

**FACULTAD LATINOAMERICANA
DE CIENCIAS SOCIALES**

SEDE FLACSO ECUADOR

**TESIS DE MAESTRIA EN CIENCIAS SOCIALES CON
ESPECIALIZACION EN ESTUDIOS DE GENERO**

***DISCURSOS SOBRE EL VIH/SIDA: UN ESTUDIO EN
PAREJAS HETEROSEXUALES VIVIENDO CON VIH/SIDA***

MARIA AMELIA VITERI BURBANO

DIRECTORA DE TESIS: Gioconda Herrera

**LECTOR/AS: Tatiana Cordero
Fernando García**

Quito, julio 17, 2003

ÍNDICE

PÁGINA

BREVE SÍNTESIS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO

1	PRESENTACION DEL PROBLEMA	
	1.2 Preguntas de Investigación.	7
	1.3 Metodología.	8
2	GENERO Y SEXUALIDAD A PARTIR DE LA CORPOREIDAD	17
	2.1 El nacimiento sexual del cuerpo.19
	2.2 Representaciones y jerarquías de género en la sexualidad.	25
	2.3 Negociaciones de la sexualidad en la vida cotidiana28
	2.3.1 Estigma de las personas viviendo con VIH/SIDA33
3	REPRESENTACIONES DEL VIH/SIDA EN HOMBRES Y MUJERES.	37
	3.1 El estigma "la mala vida".	38
	3.1.2 La culpa cristiana.	44
	3.2 Las representaciones se hacen cuerpo. . .	47
	3.2.1 El VIH/SIDA en los espacios sociales.	47
4	SEXUALIDAD, AFECTIVIDAD Y NEGOCIACIÓN DE LA PROTECCIÓN.	54
	4.1 El condón y los vínculos afectivos.55
	4.2 Significados atribuidos al condón.	62
	4.3 Embarazo, procreación y muerte.	65

4.4	Conciencia de riesgo en poblaciones heterosexuales en relación con hombres que tienen sexo con hombres (HSH).	68
-----	---	----

5	RELACIONES DE PODER EN PAREJAS HETEROSEXUALES VIVIENDO CON VIH/SIDA.	72
----------	---	-----------

	CONCLUSIONES.	83
--	-----------------------	----

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

1 Cuadro referencial informantes

Guía para estudios de caso

Guía de preguntas para entrevistas a profundidad

Vocabulario observado en el tema de VIH/SIDA

CAPITULO CUATRO

SEXUALIDAD, AFECTOS Y NEGOCIACIÓN DE LA PROTECCIÓN

Las construcciones sociales de las identidades y expectativas de género influyen fuertemente la expresión de las actitudes y comportamientos sexuales. Los estereotipos de género usualmente determinan el deseo y la habilidad, tanto de hombres como de mujeres, de protegerse a sí mismos y a sus parejas de embarazos no deseados, ITS y VIH/SIDA. Las diferencias de sexo por tanto son experimentadas como diferencias de género.

De esta forma, hombres o mujeres asimilan normativamente una serie de creencias, costumbres, valores de una forma de representar el mundo, adquiriendo posiciones distintas –de acuerdo a su sexo- en la estructura del poder social.

El presente capítulo explora las posibilidades de mirar los cuerpos y la diversidad de matices expuestos en la expresión sexual, que estarán nuevamente atravesadas por el género, en el entendimiento de que el significado de las diferencias está ligada a la violencia simbólica (Pástor 1998).

A pesar de afirmar y reconocer incluso con certeza que están expuestos/as al riesgo del VIH/SIDA, hombres y mujeres no adoptan en su totalidad conductas preventivas que implicarían negociar con sus parejas acerca de los comportamientos sexuales y el uso de los métodos. Como han mostrado numerosos estudios, la relación entre conocimientos (información), actitudes y prácticas, no es lineal (Gagno 1991), hecho que se torna visible en la información recolectada, al buscar mirar con detenimiento las formas de relacionamiento sexual que a partir de la afectividad, actúan como

impedimentos para negociar sexo seguro, y cómo los afectos se imprimen en la adopción de prácticas específicas.

En este contexto y de acuerdo a los testimonios, hombres y mujeres confrontan serias dificultades –aunque distintas- al momento de protegerse contra el VIH/SIDA. El poder social tradicional continúa asociado con características y atributos considerados como masculinos o femeninos. Para los hombres la introducción del uso de condón con sus parejas se torna difícil al existir la asociación de condón con infidelidad, dejándolos al “descubierto”.

En el caso de las parejas de las mujeres, evitan su uso por considerar que la relación sexual se torna poco placentera... “no se siente igual”, entre otros motivos que se analizan a continuación.

4.1 El condón y los vínculos afectivos

El discurso religioso es uno de los puntos de partida para el amor romántico. El discurso romántico es utilizado para explicar inconsistencias con mandatos divinos: mientras uno peque por amor, todo puede ser perdonado. El amor es así visto como una fórmula limpiadora del pecado (Schifter 1995).

Para una gran mayoría de la población, el sexo es una parte esencial del amor, aunque el amor puede no ser esencial para el sexo.

Esta idea de “amor”, ligada también a la idea de estabilidad, puede por tanto afectar significativamente actitudes hacia la protección de sí mismo y de la pareja, como se transluce en el testimonio de Fariño a continuación, considerando que posee un alto riesgo de transmisión por parte de su esposa que tiene VIH/SIDA:

“Luisa mi esposa, es mi primera mujer, entonces no veía necesidad de usar condón”.
(Fariño)

La ilustración más antigua que se conoce de un hombre usando un condón durante el acto sexual se halla pintada en la pared de una cueva en Francia. Tiene de 12,000 a 15,000 años. Los condones se han utilizado como protección contra las infecciones por transmisión sexual desde el siglo dieciséis, y para prevenir embarazos desde el dieciocho (Himes 1963).

A partir del siglo XIX, la corriente moralista –en los Estados Unidos principalmente- ha atacado el uso del condón, reforzando el binomio condón-libertinaje, relegándolo al mundo de lo clandestino, inmoral, propio de grupos que realizan prácticas sexuales “impropias”²². Para ello, aquellas personas opuestas al derecho de opción han distorsionado y afianzado ciertos mitos para desanimar al uso del condón. El primero es el creer que el hecho de que con sólo hablar de condones o dárselos a la gente los volverá sexualmente promiscuos (Hartigan 1997). El segundo tiene relación con disminuir la confianza en el condón como método para prevenir VIH/SIDA, aduciendo que éste se “filtra” por los poros microscópicos del látex. El tercero incluso culpa al condón de cáncer cervical. El condón es también asociado con falta de sensibilidad, antinaturalidad, interferencia con la espontaneidad de una relación, incomodidad, y otras expresiones como lo testifican los/as informantes.

“No utilizamos condón, tuve la T y pastillas anticonceptivas en la actualidad... él dice que (el condón) es feo y no se siente bien... se puede decir que ni los he visto” (Euarda)

En un estudio específico llevado a cabo en Buenos Aires, uno de los hallazgos importantes fue que “a medida que se fortifica el vínculo con la

²² 2003. Planned Parenthood. La verdad acerca de los condones, www.plannedparenthood.org/espanol

pareja, disminuyen los cuidados anticonceptivos” específicamente, el coito interrumpido favorece al uso del condón (Zamberlin 1999).

En otros estudios llevados a cabo en Argentina, Chile y Colombia, los varones ven la necesidad de utilizar el condón sólo en casos que identifican como de riesgo, reforzando así la asociación del preservativo con la infidelidad, la desconfianza, el peligro, la prostitución y la promiscuidad, por tanto el uso del condón con la pareja estable es visto como innecesario, tomando en cuenta que son mujeres conocidas que –aparentemente- no representan amenaza de ITS. Usar preservativo con la pareja estable resulta contradictorio y puede ser interpretado como una señal de desconfianza (Ibid).

La percepción de la reproducción como dominio femenino actúa para que los varones se distancien de la anticoncepción y la deleguen en sus parejas. Por ello, las mujeres se llevan el costo físico y psicológico de la anticoncepción mientras que los hombres quedan al margen.

Recordemos que a las trabajadoras sexuales se les ha llamado “reservorios de transmisión”. Existe un tipo de vigilancia médica sobre las trabajadoras sexuales y esta población es considerada como “riesgosa” para evitar que el VIH se propague.

Lo dicho, sin mencionar los escasos o nulos efectos colaterales del condón en comparación a los cambios hormonales y posibles molestias asociadas a los anticonceptivos hormonales o intrauterinos, en donde son los cuerpos de las mujeres los que soportan sus efectos.

El condón podría ser incluso utilizado como una forma de prolongar el tiempo de eyaculación en los hombres, lo cual contribuirá a un incremento en el placer de las mujeres, al alargar el encuentro sexual. Este es uno de los

puntos fuertes del condón que ha sido pasado por alto a favor de la masculinidad y la idea del “pelo a pelo” como más satisfactorio.

Por tanto, la asociación del condón con lo *promiscuo*, libertino y por ello inestable y casual, atravesará todos los niveles, incluyendo el trabajo sexual en donde las trabajadoras sexuales enfrentan los mismos peligros en su vida íntima no comercial que las mujeres que no trabajan en la industria del sexo.

En los esfuerzos para promover cambios de comportamiento entre las trabajadoras sexuales, se ha encontrado que el área de mayor resistencia es aquella que involucra las relaciones no comerciales con su pareja estable. Aunque la mayoría de las trabajadoras sexuales en EEUU espera usar condones con sus clientes, no ocurre lo mismo cuando se trata de parejas estables (Carovano 1992).

Entre las profesionales del sexo, el condón marca una división al interactuar los afectos no sólo con sus parejas estables sino también con sus clientes estables, cuyo vínculo es diferenciado a través de la no-utilización del condón. Incluso muchos clientes se tornan amigos de las trabajadoras sexuales para lograr relaciones sin protección, por un lado, y por otro para evitar poner de relieve el hecho de que están pagando por sexo.

Los programas no se concentran en la educación tanto a clientes como a aquellos hombres con quienes ellas mantienen relaciones sexuales estables, como los “chulos” ni tampoco se reconoce que no todo el sexo es “trabajo”.

De esta manera, la asociación del profiláctico o condón con relaciones relegadas al espacio público, al de la calle, fuera del espacio privado, del hogar, crea y fortalece la dicotomía público-privado, reflejada en los discursos de Fina y Eduarda como se narra a continuación.

Fina no sólo reconoce y acepta las relaciones extramaritales de su esposo sino que le culpabiliza por no haber utilizado condón con “las otras” para poder cuidar el hogar fijo, estable.

“Mi reacción no fue violenta, ¿sí quisiera reprocharle pero para qué? Si él se hubiera cuidado con sus relaciones extras..., debió cuidarse con ellas para cuidar el hogar, el fijo, el estable... ahora no tengo resentimientos”.

Eduarda realiza una reflexión similar, aunque extiende la utilización del condón a su hogar, representado por ella:

“a pesar de haber dormido con otras mujeres a él (su marido) no se le ocurrió la necesidad de prevención contra el VIH a través del condón” (Eduarda)

El hecho de ver al condón como una acción concreta sólo en casos que se identifican como riesgosos, refuerza la asociación del preservativo con la infidelidad, la desconfianza, el peligro, la prostitución y la promiscuidad.

“Para mi, mis parejas siempre han sido estables entonces la relación sexual como tal no era lo principal.. pienso que hay gente que se le baja la inteligencia al sexo... y entonces no sentí necesidad de usar condón.... La persona que me transmitió el VIH/SIDA era cliente de la bodega y un día me preguntó sarcásticamente ‘a ti te gustan las mujeres’? Así que ahí me llegó”. (Miguel)

“Las personas solteras usan con más facilidad el condón, ya casadas cambia” (Fina)

“Si tuviera sexo en un encuentro casual me protegería y no le contaría que soy positiva (seropositiva)... si sería una cuestión estable cambiaría la cuestión” (Luz)

Aunque Eduarda conocía de la relación extramarital de su esposo con una ex-novia, no vio la necesidad de protegerse, con el atenuante de que no poseía la información necesaria para hacerlo.

En el caso de Alvaro, su percepción de riesgo y el nivel de conocimiento del VIH/SIDA no se tradujo en medidas preventivas:

“Llevaba una vida sexual muy activa sabía que tenía que usar preservativo pero no lo hacía”. (Alvaro)

Esto marca una importante diferencia entre hombres y mujeres en el nivel de acceso y calidad en la información, y las acciones que se tomen o se dejen de tomar a partir de ello, que serán nuevamente estructuradas en el género, la raza, el estrato socio-económico, entre otras variables.

“Sentí miedo, no tenía información sobre la enfermedad... pensaba que se morían enseguida, pensaba que iba a ver morir a mis hijos y a mi esposo” (Fina)

Entre las mujeres entrevistadas por ejemplo, Marisol manejaba mayor información sobre el VIH/SIDA al tener formación superior; sin embargo, su testimonio indica que dicho conocimiento era insuficiente:

“Tuve una reacción histérica, pensaba que una se moría enseguida pero el médico me dio información, ayuda, apoyo.” (Marisol)

“No utilizaba ningún método ni de barrera ni anticonceptivo previo a conocer mi status como seropositiva” (Marisol)

En el caso de Luisa, Fina y Ma. José, se entreteje el acuerdo implícito y socialmente aceptado en cuanto a que los hombres tengan sus “escapaditas”, en contraste con la dificultad de abordar el tema de la infidelidad como tal aunque, como se pudo analizar en el capítulo anterior, las mujeres remontan dichas escapadas al “pasado”.

“Mi marido venía cada dos meses, dos días y se iba... andaba con otras mujeres. la semana que pasaba en Esmeraldas andaba borracho y con otras” (Luisa)

“Antes de casarse mi esposo era muy mujeriego pero nos casamos y se mejoró aunque al año tuvimos problemas de faldas pero se resolvieron... no creía necesario cuidarme con mi esposo aunque mi esposo estuvo con otra persona... por mi parte veo la infidelidad como algo super difícil”. (Fina)

“Mi esposo tenía escapaditas entonces, era físico culturista” (Ma. José)

Conforme a lo expuesto, el condón tiene una fuerte relación con el tipo de vínculo y se basa en el grado de confianza que se tenga sobre la pareja.

Esto se deriva de que el uso del condón ha estado vinculado a propósitos contraceptivos, las campañas de prevención han puesto énfasis en la función anticonceptiva del condón, como lo visibilizan los testimonios:

“Utilizaba ocasionalmente condones pero quizá para prevención de embarazos, sobretodo antes de tener la segunda niña... al contraer VIH nos informamos y decidimos cuidarnos...mi marido también pensaba que el condón era feo pero si lo usaba” (Fina)

“A veces utilizábamos preservativos pero para embarazo.. yo le proponía el condón, el protestaba pero finalmente accedía, decía que no es lo mismo” (Ma. José)

Para Eduarda, una forma de probar la fidelidad de su marido durante su matrimonio era el hecho de que él *“siempre llegaba a dormir”*. El sexo es nuevamente asociado con el espacio de la noche, los excesos asociados a las fiestas, discotecas que están dirigidas para el público nocturno. Se asocia por tanto el espacio público de la calle con mayores posibilidades de tener sexo.

Por otra parte, la utilización del condón como método de prevención contra embarazos, más no contra el VIH/SIDA, es claramente ejemplificada en el siguiente relato:

“Desde hace 8 meses utilizamos condón siempre y también píldoras anticonceptivas, hemos conversado y si ella se pone mal quién va a cuidar al bebé, eso hizo que utilizáramos el condón contra el VIH/SIDA”. (Fariño)

Es igualmente interesante analizar el hecho de que la protección en el caso de Fina y Fariño no va ligada a una protección del cuerpo de Fariño *per se* sino por su posible imposibilidad de cuidar al niño en caso de contraer VIH/SIDA.

4.2 Significados atribuidos al condón

Conforme al estudio realizado, se puede observar que la vivencia de la sexualidad no varía una vez contraído el virus, al mantenerse las relaciones de poder entre los géneros. La negociación del condón implica obstáculos tanto para hombres como para mujeres, sin hacer con ello un paralelo en los diferentes niveles de negociación de las personas que estarán, como hemos visto, atravesados fuertemente por las representaciones e imaginarios alrededor de la sexualidad y el género.

Las parejas serodiscordantes del estudio, (en las que una es VIH+ y la otra VIH-) a menudo se enfrentan al dilema de cómo mantener la confianza y la satisfacción sexual. Para algunas parejas arriesgarse a perder el compromiso y la intimidad de la relación es más dañino que el riesgo de transmisión de VIH.

El caso de Miguel y Alvaro es particularmente ilustrativo. Al conocer su estatus, se vieron imposibilitados de proponer la utilización del condón a sus esposas, al no haber sido una práctica constitutiva en sus relaciones sexuales pasadas. La introducción de este método en la cama significaría levantar las sospechas de sus respectivas esposas, lo cual pondría en peligro la relación y visibilizaría aquellas relaciones fuera del matrimonio.

Miguel es monje tibetano. Dentro de su religión pudo optar por el matrimonio o la castidad y él optó por el matrimonio. Al hablar con un médico sobre su estatus seropositivo, el primer consejo que recibió fue el de la utilización del condón, ante lo cual él manifestó: “cómo le voy a pedir eso a mi esposa después de 18 años de vida sexual normal y ahora a usar condón, así que evité las relaciones sexuales, además ya estaba sintomático²³”

²³ Se refiere a síntomas visibles y específicos relacionados al SIDA.

Miguel utiliza el término “normal” al referirse a su vida sexual, en un nivel discursivo está situando y relacionando lo “anormal” con posibilidades sexuales fuera del matrimonio y asociadas al uso del condón, a pesar de que tampoco lo haya utilizado con sus parejas extramaritales.

El caso de César muestra tanto la representación del VIH/SIDA para parejas inestables como el hecho de que a pesar de tener la información necesaria relacionada con el VIH/SIDA, al elucubrar sobre una relación de pareja futura con otra persona tampoco utilizaría condón.

“Si Luisa muere y yo volvería a rehacer mi vida, con esta experiencia buscaría una persona tan noble como Luisa y dentro de un matrimonio, de un compromiso estable no me cuidaría con condón ni le pediría la prueba del VIH porque sería un insulto, como decirle ‘quiero saber tu pasado’. (César)

En el caso de una pareja de seropositivos existe un riesgo de reinfección al no utilizar ningún método preventivo: si la persona está siguiendo una terapia contra el VIH y el VIH ha pasado a ser resistente a esa terapia, es posible que se transmita al compañero sexual la modalidad resistente al VIH, con lo cual es factible que se malogren los beneficios de las terapias para la otra persona, además de que se incremente el virus, que sería el caso de Eduarda su marido.

Sin embargo, ante la pregunta sobre la utilización del condón, Eduarda contestó que “de repente” aunque al final de la entrevista la escuché comentar que “casi ni los conozco (a los condones)”.

El esposo de Marisol conoce el riesgo de reinfección; sin embargo, el uso del condón no ha estado entre sus prácticas sexuales habituales.

Durante una reunión informal con Fina, Luisa y Eduarda, al hablar de las posibilidades de negociación de las mujeres en relación con el condón, la

respuesta generalizada fue “pero si es que el hombre no se quiere poner qué se le va a hacer”.

Buscando salidas ante esta respuesta la contestación fue “está difícil ahí”. Incluso ante la alternativa del condón femenino Eduarda acotó que “si eso se ve, el hombre va a decir *sácatelo*”.

Miguel, de acuerdo a su testimonio, no se preocupó por el VIH/SIDA lo cual “le costó la vida” (sí se preocupó por el tema de la anticoncepción). El partía del pensamiento de que si él no es virgen porqué va a pedir a ella que lo sea y que le cuente su vida sexual pasada.

De acuerdo a su relato esta pareja era muy liberal y preparada; no pensó que podía tener VIH. Incluso no se vio en riesgo al volver con su esposa a pesar de esta relación anterior.

Al momento del despliegue del VIH/SIDA, en los hombres y mujeres heterosexuales entrevistados/as, se presentan ciertos cambios en su vida sexual como son que eviten e incluso dejen de tener relaciones sexuales con sus parejas.

Por el contrario, estudios con poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH)²⁴ indican que éstos siguen siendo sexualmente activos, aunque usan preservativo.

Comportamiento sexual no es por tanto lo mismo que deseo sexual, y la actividad sexual no debe regular la identidad sexual.

La variante en las parejas heterosexuales es la dificultad de introducir condones en sus relaciones estables, al tener menor conciencia de riesgo por un lado y al haber naturalizado su sexualidad de acuerdo a la matriz

²⁴ 2002. Corporación Kimirina. Impacto del VIH/SIDA en la Calidad de Vida de las personas.

heterosexual que implicaría automáticamente menos riesgo, conforme al discurso médico y su propagación a través del discurso de los medios.

El presente estudio por tanto indica que tanto hombres como mujeres, al intentar introducir condones en una relación, generarán –en su mayoría- la desconfianza en cuanto a la fidelidad propia y/o de la pareja. La diferencia marcada por el género será que las mujeres serán adicionalmente vistas como “listas” para tener una relación sexual. Adicionalmente, tanto hombres como mujeres piensan que el condón quita “sensaciones” y es visto por tanto como una interferencia en lo sexual.

4.3 Embarazo, procreación y muerte

...como nodriza, madre, vientre, útero, lo femenino se reduce, apelando a una sinécdoque, a un conjunto de funciones representativas.

En un intento por superar la imposibilidad de ser mujer únicamente sin ser madre, presente en todas las sociedades, el asunto debe girar sobre el derecho de las mujeres a “ser una persona sexual y a separar la sexualidad de la procreación”, así ganará paulatinamente espacio para ejercer la sexualidad tomando control sobre sus decisiones.

La Declaración de Barcelona en relación con las mujeres y el VIH/SIDA otorga a éstas la posibilidad de vivir una sexualidad libre, con seguridad y con placer independientemente de la edad, estado de VIH u orientación sexual.

También tienen el derecho a elegir ser madres y tener hijos/as independientemente de su condición serológica para el VIH y su orientación sexual.

El énfasis en las identidades de “madre” y “puta” ha permitido que las acciones encaminadas a prevenir el VIH/SIDA en las mujeres, en su gran mayoría destinadas a trabajadoras sexuales, sea un esfuerzo por proteger la salud del hombre y del niño gestante, más no del cuerpo de la mujer como tal.

Retomando a Carovano (1992), solamente cuando la mujer está embarazada o considerando quedar embarazada, es cuando se le confronta directamente con el posible riesgo de contraer el VIH, aunque generalmente en el contexto social por el niño que todavía no ha nacido.

El tratamiento que reciben las madres seropositivas está diseñado para proteger al niño/a. Usualmente lo obtendrán hasta el momento del parto. Inmediatamente después deben encarar la posibilidad de que traen al mundo a un niño/a sano que probablemente estará destinado a la orfandad.

La prueba de anticuerpos en la mujer embarazada es rutinaria y se ha convertido en la norma en muchos países desarrollados. La única alternativa que se da a las mujeres en edad fértil es que si están en peligro de infectarse, deben protegerse del SIDA usando métodos que eliminen la posibilidad de concebir. Los medios para prevenir la transmisión sexual del VIH son tan limitados que han revelado la contradicción entre la prevención de la infección y el rol reproductivo de las mujeres.

Los condones y el sexo sin penetración son actualmente los únicos medios al alcance de hombres y mujeres sexualmente activos para evitar el VIH, lo cual representa un problema para las que quieren concebir considerando que la sociedad afianza el binomio mujer-madre, instando a las mujeres a serlo o de lo contrario excluyéndolas de ciertas redes sociales.

Se observa por tanto una agudización de la no individuación de las mujeres, al no importar los riesgos que ellas corran en el embarazo sino el “producto”, es decir el bebé gestante.

Al intentar tender un puente entre hombres y mujeres al momento de decidir sobre su posible contagio o no -en el caso de esposos y esposas que aún no son (o no saben que son) seropositivos-, el testimonio de Alvaro es contundente:

“a mi esposa no le importa contagiarse, ella me lo ha dicho” (Alvaro)

El caso de Marisol permite mirar a la relación entre VIH/SIDA, procreación y la idea de trascender la muerte a través de una nueva vida: el niño o niña gestante. En su testimonio, Marisol comenta que ella se embarazó pensando en dejarle a él “algo suyo”,

“Hace pocos meses conocí a un chico de Portoviejo, él quería algo serio, le expliqué lo que tenía y él me dijo que no le importaba, me trató lindísimo, me pidió matrimonio y nos casamos el 22 de noviembre, 3 meses después del encuentro. El es menor a mi. Nos cuidamos pero quedé embarazada, él dice que de algo se ha de morir y no le importa contagiarse, yo pensé en dejarle algo mío”.

Marisol tiene información adecuada sobre el alto riesgo que corre con el embarazo y con la exposición repetida al VIH, y la posibilidad de transmitir el virus al bebé en gestación (entre el 30 y 50 por ciento un estimativo de transmisión vertical). Su discurso es contradictorio: al buscar un embarazo no estaba protegiéndose con condón como manifestó en alguno de sus testimonios.

Tradicionalmente la mujer le ha dado prioridad a las necesidades de salud de sus hijos sobre las suyas propias y no hay evidencia que sugiera que el SIDA está cambiando esta norma.

En un estudio realizado en Puerto Príncipe (Haití) se encontró que los embarazos eran tan comunes entre las mujeres infectadas con VIH como entre el grupo de control de mujeres que no estaban infectadas (Population Council 2002).

4.4 Conciencia de riesgo en poblaciones heterosexuales en relación con hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Los hombres tienen sexo con otros hombres por varias razones que van desde el deseo o la recompensa, porque no hay mujeres disponibles (cárceles, estados de guerra), o bien porque son forzados a ello.

De acuerdo al testimonio de un informante encarcelado en Costa Rica (Schifter 1999), los hombres necesitan usar su pene para sentirse hombres, y si no encuentran mujeres, entonces penetran a otro hombre.

Siguiendo el informe de Alianza VIH/SIDA Internacional (2002), la mayor parte de los actos sexuales entre hombre son consensuales, aunque hay otras que involucran ciertos niveles de coerción económica, psicológica o física.

Los conceptos sociales que se manejan en un intento por entender las relaciones sexuales entre hombres reflejan la forma en la que la sociedad ha construido las nociones de bueno y malo, normal y anormal, situando a esta práctica entre lo malo y lo fuera de lo normal.

Es así como se puede hablar de una politización de la identidad sexual de los hombres que tienen sexo con hombres, al estar las definiciones de comportamiento sexual marcadas por las identidades de género en donde existen ciertos roles y atributos característicos o “propios” de cada género. Esta politización permite mirar la sexualidad con cierta flexibilidad, inhibiendo

su naturalización, producto de la interposición de una matriz heterosexual que define estructuralmente a una sociedad.

Al trascender los limitantes de dicha estructura, los HSH están mejor posibilitados que los heterosexuales, a utilizar mecanismos para su negociación y protección de ITS y VIH/SIDA, a través del condón, en sus relaciones sexuales.

El caso de Antonia, travesti²⁵, quien ejercía el trabajo sexual en Guayaquil previo a su conocimiento del VIH/SIDA, indica lo mencionado,:

“sí utilizaba condones... si ellos no querían les ponía o les forzaba o finalmente no tenía relaciones”.

Un estudio sobre el Impacto del VIH/SIDA en la Calidad de Vida de las personas realizado por Kimirina evidenció, de igual manera, que los hombres que tienen sexo con hombres se hacen voluntariamente la prueba por tener mayor conciencia de riesgo, mientras que los heterosexuales lo hacen por solicitud del médico.

Fariño, esposo de Fina se hizo la última prueba de VIH/SIDA hace dos años. Aunque comenta constantemente que está próximo a hacerse una, aún no lo ha hecho, por tanto desconoce su estado.

En el caso del esposo de Marisol, quien está en riesgo debido a la falta de uso de condón para poder tener un embarazo, afirma que se hará la prueba el año entrante. Mientras tanto al tocar el tema de una posible transmisión él evita mencionarlo, cambia la conversación, recurre al humor.

²⁵ Forman parte del grupo transgénero. Pueden ser hombres o mujeres, homosexuales, heterosexuales o bisexuales que se visten y arreglan siguiendo los modelos establecidos para el otro género.

Miguel es un hombre con mucha confianza en sí mismo y facilidad de palabra y convencimiento. Al referirse a su esposa, comenta que son completamente opuestos; cuando él le planteó el tema de la separación por su excesiva "mamitis", ella le dijo que se vaya no más porque su familia (original) era más importante.

Miguel considera que su esposa es sintomática por tanto seropositiva, pero que no tiene ninguna posibilidad de manifestárselo:

"en la familia de mi esposa se maneja un matriarcado, al saber de mi estatus de seropositivo me iban a matar, salí a tiempo con lo que llevaba puesto, mi hijo menor me avisó"

En relación con la pareja seropositiva con la que estuvo durante el periodo de separación con su esposa, menciona de igual forma que "ella quería dominarle pero yo no le dejaba".

En este contexto, la prevención definitivamente implica una posición ante la vida, una determinada percepción y el deseo de evitar la muerte. Prevenir por tanto sería asumir un reto sistemático ante la amenaza de enfermedad y muerte; defender la tesis de que el futuro se construye sobre el material del presente y del pasado, que contrario a las creencias populares, nos haga creer que sobre el devenir no todo está ya escrito, que ante la discriminación de circunstancias imponentes, la persona puede escribir algo o mucho de su historia (Ortiz 1998), en este caso, en su vivencia del VIH/SIDA.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CAPITULO CINCO

RELACIONES DE PODER EN PAREJAS

HETEROSEXUALES VIVIENDO CON VIH/SIDA

Existe un orden simbólico que organiza la forma en la que nos percibimos como mujeres u hombres, masculino-femenino que a su vez condicionará nuestra experiencia corpórea. Para Piuissi (1999), la diferencia sexual (ser hombre o mujer) debe ser tratada como significativa, no como significado. Es decir, el sexo no debe funcionar como un sistema que define posiciones dicotómicas entre los sexos, vinculado a funciones y papeles otorgados y a suposiciones sobre lo que se espera de un hombre o una mujer (Bonilla 1998)

Desde este enfoque, el análisis del presente capítulo profundiza en las interacciones de pareja y la negociación de la cotidianidad, en donde se visibiliza un incremento de la capacidad de decisión por parte de las mujeres cuyos esposos contrajeron el virus en primera instancia.

En la mayoría de sociedades, se asume que las mujeres son cuidadoras voluntarias de sus familias como también cuidadoras de la comunidad. Se espera que las mujeres mayores asuman una mayor responsabilidad como proveedoras de cuidado, mientras que las mujeres adolescentes podrían ser forzadas a dejar sus estudios escolares para cuidar a niños/as menores u otros miembros de la familia que lo requieran. Consecuentemente, se espera que las mujeres provean la mayor parte del cuidado para personas viviendo con VIH/SIDA.

La expectativa de las mujeres como las proveedoras fundamentales de la atención a las personas viviendo con VIH/SIDA, tiene como consecuencia un alto grado de recarga psicológica y física –entre otras-, especialmente si dicho cuidado debe ser proporcionado adicionalmente a otros trabajos, incluyendo tanto aquel remunerado fuera de casa, como el que llevado a cabo en la familia. Lo dicho se magnifica cuando las mujeres en sí se enferman, al no existir una estructura que permita que ellas también sean cuidadas y atendidas de similar forma (Reid 1992).

Sin embargo, en el estudio realizado, esta construcción propicia un cambio en las relaciones de poder en la vida cotidiana de la pareja, favorable a las mujeres, en aquellas parejas en las que el hombre contrajo inicialmente el virus y posteriormente la esposa, una vez que él mostraba síntomas de SIDA.

En este contexto, y siguiendo a Connell (1987), es necesario distinguir la relación global o macro del poder, en donde las mujeres están subordinadas a los hombres en la sociedad como tal, de las situaciones locales o micro en hogares, lugares de trabajo, etc.

Al explorar la relación entre el despliegue por parte de la pareja hombre del VIH/SIDA y el incremento o disminución de la capacidad de toma de decisiones dentro del núcleo familiar (en su relacionar cotidiano en cuanto a relaciones de poder)²⁶, se encontró que los hombres entrevistados viviendo con VIH/SIDA, presentan un alto índice de culpabilidad al ser los transmisores iniciales del virus a su pareja mujer.

²⁶ Considerando que las mujeres viviendo con VIH del presente estudio, supieron de su estatus seropositivo posteriormente al diagnóstico de su esposo, y como consecuencia de dicho despliegue.

La culpabilidad, conjuntamente con la sintomatología del SIDA, hace de los hombres seres más vulnerables, propiciando una disminución de poder que se torna visible en los testimonios de las parejas mujeres:

“Había comunicación pero ahora hay más comunicación”. (Fina).

“La mía (relación de pareja) se mejoró porque yo mando... antes él decía algo y eso se hacía, ahora él pregunta y yo decido. Gané mucho, mucho yo.”.
(Eduarda)

“Inicialmente él tomaba mucho, ahora mi marido no toma y pasa más tiempo en la casa” (Fina)

Luisa, quien contrajo el virus en una relación anterior a la actual, -lo cual la sitúa en el papel anverso de poder transmitir el virus a su marido actual- no ve cambio en la relación en términos de decisiones, más bien afirma que “cuando recién nos casamos él decidía igual y ahora yo pregunto más y él sigue teniendo la última palabra”.

Connell (1987), realiza una conexión entre autoridad y masculinidad como uno de los ejes principales de la estructura de poder del género. Es así como los estereotipos tradicionales marcados por la condición patriarcal de las mujeres, las definen como *seres-para-los-otros*, estructuradas por la sexualidad, el trabajo... *para dar vida, sentido y cuidado a otros* (Lagarde 1998).

En el presente estudio, el rol tradicional asignado a las mujeres se magnifica en las dinámicas de pareja del VIH/SIDA, creando una dependencia tanto moral como física por parte de sus parejas varones, al fungir de cuidadoras y ‘víctimas’ en un doble papel. Las mujeres son quienes los acompañan al médico, suministran los medicamentos, consuelan, deciden sobre su alimentación, las actividades recreativas y el tiempo a pasar en casa.

De esta manera el tiempo libre para las mujeres viviendo con VIH/SIDA es escaso o nulo, y la posibilidad de descanso al ser sintomáticas es casi inexistente, debiendo preocuparse por la salud de los maridos.

Al formar parte de una estructura en donde mujer es casi un sinónimo de madre, las actividades como dadoras de cuidado de las informantes, se incrementaron con la enfermedad de sus parejas:

“estoy despierta hasta las 10h00 porque mi esposo tiene que tomar la pastilla” (Fina)

Sabina Lovibond realiza un análisis sobre lo que ella denomina una ética del cuidado, en donde existe un significado social que nos ha sido asignado como dadoras de cuidados, lo cual puede convertirse en una práctica relacional, como vemos en los casos presentados.

Lo dicho genera una oposición entre el papel de “víctimas” pasivas del virus y el de dadoras de cuidado que genera a su vez un empoderamiento al obtener la posibilidad de tomar decisiones en el hogar, que de otra forma no hubiese sido posible. Los casos específicos del análisis en cuestión están atravesados por las variables de capacidad de cuidado por un lado y, por otro, por la culpa de sus parejas que les permite ganar un escalafón en la escalera del poder.

Al adoptar los hombres con VIH/SIDA un cuerpo que requiere de un soporte emocional fuerte, además del físico, están sujetos a la voluntad, cariño y dedicación de su pareja, que en un futuro próximo compartirá con él similares dolores y posteriormente la muerte.

Si se relaciona dicho empoderamiento con las posibilidades de negociación de uso de condón (o de prácticas menos riesgosas como el sexo sin penetración), por ejemplo, se observa una brecha o una no-relación.

Ampliando lo expuesto, no se puede realizar un paralelo entre las posibilidades de decisión en el terreno de la cotidianeidad con las mismas posibilidades en el terreno de lo sexual. Lo uno no va intrínsecamente ligado a lo otro.

Por otro lado, de acuerdo a lo mencionado en el capítulo cuatro, el uso del condón imposibilita la reproducción, que a su vez marca un nuevo distanciamiento entre los posibles deseos de maternidad creados y reforzados por la cultura en el binomio mencionado entre mujer-madre. El énfasis otorgado a las relaciones penetrativas en la cultura latinoamericana tampoco permite mirar otras posibilidades de interacción en la cama no centradas alrededor de la penetración.

Al indagar sobre posibles diferencias en los niveles discursivos y corporales de las personas que contrajeron el virus por parte de sus parejas, las acotaciones no varían.

En esta misma línea, de acuerdo a diversos estudios realizados por ONUSIDA (2000), los hombres –en su mayoría- han sido educados de tal manera que el mostrarse enfermos los situará en un status de vulnerabilidad, haciéndolos “menos hombres”. Cuando realmente enferman, es posible que soporten la enfermedad o soliciten asistencia sanitaria solamente como último recurso.

Si los hombres “de verdad” no se (muestran) enfermos, entonces no sería propio de “un hombre” preocuparse de evitar los riesgos en relación con las prácticas sexuales no seguras, considerando que existe una conexión entre autoridad y masculinidad que actuará como uno de los ejes principales de la estructura de poder de género (Connell 1987).

Es el caso de Fariño que -aunque se sabe en riesgo- no toma las medidas preventivas adecuadas ni conoce su estatus. Mira su situación como

una cruz que debe cargar, la mira con resignación y sus sentimientos de rabia están orientados hacia la imposibilidad de continuar con las metas trazadas inicialmente, y con la posibilidad de que su niño pueda ser seropositivo.

Dichos sentimientos de rabia contruidos alrededor de las dinámicas de poder dentro de las relaciones de género, provocan situaciones de violencia como en cualquier pareja heterosexual.

Fariño ha tenido despliegues violentos manifiestos en ciertas ocasiones como cuando Luisa relata que “él me hizo moretones por atrasarme al paseo y yo le lancé la tapa de la olla”. Además, en ocasiones amenaza a Luisa con esta idea de que aunque la persona seropositiva conocía su estado, le transmitió el VIH/SIDA *a propósito*.

“ tú me infectaste, tú sabías y me infectaste!... me voy a ir, vas a ver si estoy infectado”

Ante lo dicho, la estructura patriarcal también da lugar a que las mujeres sean culpadas por la propagación de VIH, incluso indirectamente como ilustran los testimonios de Miguel a continuación:

“Yo le tenía bronca, resentimiento (a la esposa) porque ella era la culpable indirecta de que yo tenga otra pareja -por tanto de que contraiga el VIH/SIDA-”.

“Creo que ella sí sabía (la segunda pareja) y que fue de esas personas que se dedican a transmitir el virus”.

Estudios realizados por ONUSIDA²⁷ muestran que cuando un varón con VIH empieza a desarrollar el SIDA, es precisamente él quien tiene más probabilidades de recibir atención de su familia.

²⁷ 2000. Los varones y el SIDA: un enfoque basado en consideraciones de género, ONUSIDA-Suiza.

Estudios efectuados en República Dominicana y México, han puesto de manifiesto que las mujeres casadas con SIDA suelen regresar al hogar paterno, porque es muy poco probable que reciban la atención adecuada por parte de sus esposos (en los casos en los que ellas desarrollan la enfermedad primero).

Estudios adicionales realizados en Africa, revelan que las familias están más dispuestas a solicitar tratamiento médico, y es más probable que dediquen una parte importante de sus ahorros para un miembro masculino de la familia con SIDA, que para uno femenino.

Otro punto que gira alrededor de los hallazgos, es la idea de trascender la muerte a través de la unión-amor de la pareja viviendo con VIH/SIDA, como lo demuestra el testimonio de Luz en donde la muerte como lazo de unión cobra cuerpo: “vamos a estar juntos, morir juntos”.

Los testimonios de una de las directoras de proyecto de Kimirina validan esta información, al haber encontrado patrones muy similares en su trabajo de campo e investigaciones, en donde las parejas en su mayoría, lejos de “separarse”, permanecen unidas. El VIH/SIDA obra como un espacio de convivencia en donde lo que se comparte incluirá la vivencia con VIH/SIDA y sus dolores, angustias y frustraciones.

Como se ha podido observar a lo largo del capítulo, la feminidad organizada como una adaptación del poder masculino, enfatiza el cuidado hacia otros como virtudes femeninas. Las mujeres “reales”, las verdaderas mujeres van a ser aquellas buenas madres y buenas esposas, cuidadoras, preocupadas por el bienestar de... sus padres, hijos, hermanos, etc.. Ejemplificando, se puede afirmar que los roles han sido sexuados.

La problemática por tanto sienta sus bases sobre la definición y oposición entre lo masculino y femenino dado especialmente por los roles y las actividades, sin considerar que son los significados atribuidos culturalmente y no las acciones, lo que conlleva una inequidad en las relaciones de poder.

CONCLUSIONES

Al cuestionar la definición social de las personas a partir de su cuerpo, este estudio pretendió –desde el feminismo- problematizar la construcción del sujeto al mirar las relaciones que se establecen entre las personas, a partir de la corporeidad, la sexualidad, las representaciones de género y el cuerpo con VIH/SIDA.

La sexualidad ha estado estructurada socialmente, y definida y regulada por el grupo social con mayor poder político y económico, (c.f. Kitzinger 1979, Kelly 1997, Foucault). Por ello, bajo el término sexo se han caracterizado y unificado no sólo las funciones biológicas y rasgos anatómicos, sino también la actividad sexual.

Dentro de este marco, el análisis realizado brinda algunas luces sobre la relación entre sexualidad, construcciones sociales y representaciones de género y VIH/SIDA, en donde las entradas teóricas y las herramientas metodológicas han mostrado diferentes posibilidades dentro de las dinámicas de poder entre los sexos.

La construcción de la sexualidad, que descansa sobre una matriz heterosexual y que está atravesada por una estructura patriarcal, disminuye -tanto en mujeres como en hombres- la posibilidad de negociación de una sexualidad segura, representada a través del uso del condón.

Retomando a Feher (1995), la historia del cuerpo humano no es tanto la historia de sus representaciones como la narración de sus modos de construcción, lo cual puede llevar a una transformación del cuerpo puesto que

evita las oposiciones excesivamente monolíticas entre ciencia e ideología, autenticidad y alineación.

Al dejar de satanizar al VIH/SIDA a través de sus representaciones traducidas en estigmas –conforme se ha podido observar en el capítulo tres- se podrán desarrollar estrategias de promoción del condón ya no como discurso de muerte sino de placer y cuidado propio y de otros. Lo dicho considerando que estas prácticas estarán estrechamente vinculadas con las representaciones tejidas alrededor de la masculinidad y la feminidad.

La medicalización del cuerpo, es decir, la forma en la cual éste ha sido higienizado en la modernidad, acentúa las posibilidades de tratar al VIH/SIDA como una enfermedad moral que vendrá a “castigar” a todas aquellas personas que salgan de la norma establecida. Será por tanto el placer sexual el que recibirá amonestaciones, al estar éste relacionado con un comportamiento sexual “impropio” -especialmente en las mujeres- en las cuales se ha ocultado, silenciado, invisibilizado la posibilidad del placer, poniendo de relieve el sexo como un acto reproductivo (y por tanto penetrativo) *per se*.

Las formas de representación en relación con el sexo y con el género estarán por tanto fuertemente ligadas al estigma que conlleva un virus que es en realidad “neutro”, pero que ha sido cargado con prejuicio por la sociedad a través de una construcción específica de la enfermedad de acuerdo a lo planteado en el capítulo dos.

Es así como el cuerpo con VIH/SIDA ha sido utilizado como un instrumento para volver al orden moral, juzgando todas las formas de relacionamiento sexual que no se encuentren dentro de los estándares de la familia nuclear, heterosexual. Esta es una de las formas a través de las cuales

se niega el cuerpo, convirtiéndolo únicamente en un medio para sancionar prácticas asociadas con lo “no-moral”.

Los significados atribuidos al condón y la idealización del amor romántico –particularmente la conexión de sexo sin protección con la idea de estabilidad, amor, compromiso- impedirá, desde la afectividad, una acción real que se torne en protección contra el VIH/SIDA, hecho que se visibiliza en los testimonios presentados.

En cuanto a aspectos como acceso y nivel de información sobre sexualidad y VIH/SIDA, se puede concluir que el cambio de comportamiento no se realiza sobre la base de un conocimiento o conciencia; éste deberá seguir un proceso adicional de autovaloración que se traduzca en prácticas sexuales seguras.

El estudio además muestra claramente cómo en la división tradicional del trabajo entre hombres y mujeres, la prestación de asistencia a los miembros de familia enfermos (en este caso puntual, las parejas hombres) recae sobre la mujer -hecho que se evidencia aún más en el caso del VIH/SIDA- más no viceversa. La estructura de poder tradicional no varía, manteniéndose los roles asignados por sexo.

Sin embargo, en materia de relaciones de poder, el VIH/SIDA confiere a las mujeres cuyas parejas fueron infectadas en primera instancia, ciertas posibilidades mayores de decisión en el plano cotidiano, justamente al evidenciarse la vulnerabilidad a la cual quedan sujetos los hombres viviendo con VIH/SIDA²⁸.

²⁸ Considerando que un individuo aislado puede ser dominante en una relación y estar subordinado en otra (Mouffe 1996)

El VIH/SIDA simboliza una muerte en vida inicial y una muerte “real” posterior. Se observa que las parejas del estudio viviendo con VIH/SIDA afirman su unión y solidaridad a través de la enfermedad. También es interesante mirar el caso del embarazo, en dónde éste es utilizado como una forma de trascender la muerte que provocará el virus.

Ante lo dicho, se hace imprescindible rescatar, visibilizar la experiencia femenina –y masculina-, tomando en cuenta no sólo la forma de construcción histórica de las relaciones de género sino quién las construye y las cuestiona, desde una concepción de género como categoría analista (Scott 1996).

Siguiendo a Mouffee (1996), la deconstrucción de las identidades esenciales tendría que considerarse como la condición necesaria para una comprensión adecuada de la variedad de relaciones sociales donde se habrían de aplicar los principios de libertad e igualdad.

En esta misma línea es necesario reconocer que las mujeres somos sexualmente activas más allá de la procreación y del estigma de ser catalogadas como buenas o malas, en relaciones estables o casuales, etc.

El hecho del encuentro sexual como tal, debe trascender los estigmas, prejuicios y estereotipos. El sexo también significa placer, considerando que – como se mencionó al inicio- el discurso patriarcal sienta sus bases en la idea del amor como sacrificio, vinculando el significado del amor y confianza al no uso del condón, es decir, el nivel de afectividad jugará un papel preponderante al momento de decidir sobre protección contra el VIH/SIDA.

Estudios a futuro deberán prestar atención a cómo el VIH/SIDA, al aparecer en condiciones similares a tantas otras enfermedades (cólera, tuberculosis, lepra, enfermedades de transmisión sexual) es asociado con lo

sucio, lo pobre, lo promiscuo en contraste con el cambio de valores y costumbres sociales con respecto a la sexualidad.

De igual forma, es necesario profundizar en las diferentes maneras en las que el VIH/SIDA refuerza la sociedad de la vigilancia, al ser las personas viviendo con VIH/SIDA sometidas a pruebas clínicas sin consentimiento, denegado su acceso a resultados, sancionados/as sus parejas sexuales con el consiguiente estigma²⁹.

En el caso particular de las mujeres del estudio, ninguna fue informada de la infección de sus parejas sino hasta cuando sus maridos decidieron desplegar la información, con el riesgo equivalente de transmisión.

Por otro lado, existe amplia evidencia de la falta de información sobre las condiciones clínicas particulares de las mujeres viviendo con VIH/SIDA (la relación entre los procesos hormonales y los efectos diferenciados de los retrovirales, por citar un ejemplo) al no ser sus definiciones de caso sujetas a investigaciones prioritarias (Reid 1992).

El incremento en el número de niños que corren el riesgo de contraer el VIH debido al porcentaje elevado de infección de las mujeres ha hecho que se formulen nuevos programas orientados hacia la mujer embarazada.

En este contexto, es necesario continuar explorando cómo la estructura patriarcal puede tornar la preocupación por el SIDA entre las mujeres, no como un interés por la mujer en sí misma, sino más bien en un afán de preocupación primordial por la salud del hombre y del niño.

²⁹ Es el caso puntual de Machala, de la Dirección Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública que posee un sistema de control y vigilancia orientado hacia trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres principalmente.

El impacto de esta forma de pensamiento, se refleja en el hecho de que hasta la fecha, la mayoría de los programas de prevención del SIDA para las mujeres han sido diseñados para aquellas vinculadas a la industria del sexo, al haber sido identificadas como una de las principales fuentes de infección con el VIH.

Cabría, de igual manera, reflexionar también sobre lo siguiente: a pesar de que desde un análisis biológico las mujeres estarían en mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA -al ser las mujeres la parte receptiva en el coito heterosexual, una gran superficie de la mucosa vaginal se expone al semen, que contiene una mayor concentración de virus que el fluido vaginal- los estudios y esfuerzos de diferentes índoles han sido y están siendo dedicados a poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, invisibilizando nuevamente a aquellas mujeres en relaciones heterosexuales, incluso menos aún a aquellas en relaciones lesbianas o bisexuales.

Recapitulando, tanto mujeres como hombres deben tener la posibilidad de decidir cuándo, dónde y con quién tienen relaciones sexuales, añadiendo a este derecho sexual y reproductivo básico, la posibilidad de cuidado propio desde el cuerpo: un cuerpo libre de mitos e ideas sobre la afectividad que puedan impedir ese cuidado, y con la plena conciencia de su derecho al placer³⁰, liberando a las personas viviendo con VIH/SIDA del estigma y la muerte simbólica a la que son sujetos/as.

A manera de comentario propio, la construcción de un cuerpo erotizado no exclusivamente genital quizá nos permita recuperar nuestros cuerpos: cuerpos de hombres y de mujeres en donde exista un espacio para decidir

³⁰ el énfasis será mayor en las mujeres, al haber sido privadas del placer como se trata en la reflexión teórica, capítulo dos

sobre las prácticas sexuales propias, otorgándonos no sólo una cuota de placer sino de responsabilidad en relación con nuestras decisiones en las prácticas sexuales. Al hacerlo, se estarán trascendiendo de alguna forma las dicotomías establecidas que otorgan poder a grupos considerados como subordinados (las mujeres) en contextos como los del VIH/SIDA y colocan a los grupos de poder (los hombres) en situaciones de vulnerabilidad tan similares como las de las mujeres (entendiendo las diferencias de vulnerabilidad alrededor de las representaciones de género).

BIBLIOGRAFÍA

AUBEL, Judi. 1994. Directrices para estudios en base a la técnica de grupos focales. FNUAP. Chile

AMOROS, Celia. 1994. Hongos hobbesianos, setas venenosas*, en *Feminaria*, Año VII, No. 12, Buenos Aires

ALLIANCE. 1996. The International HIV/AIDS Alliance: Sexuality, Gender And Sexual Health Experience to date and action proposals

ALIANZA. 2002. VIH/SIDA Internacional. Entre hombres: hombres que tienen sexo con hombres, VIH y salud sexual

ALLIANCE.1996. Derechos de las personas que viven con VIH y de la comunidad, Ecuador

BADINTER, Elizabeth. 1984:147 en Diez Mintegui, Carmen. Maternidad: ¿hecho natural? ¿Constructo ideológico?, *BiTarte* 7

BONILLA, Amparo. 1998. Los roles de género. Pirámide, en Fernández, Juan. *Género y Sociedad*, Madrid. pp 141-176

BREA, José Luis. s.f. Sida: el cuerpo inorgánico. en www.accpa.org/numero1/sida.htm

BRAIDOTTI, Rosi. 2002. Sujetos nómades, corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea. Paidós, Buenos Aires

BUTLER, Judith, 2002. *Cuerpos que importan, sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Paidós. Buenos Aires

BUTLER, Judith. 1993. *Bodies that Matter. On the discursive limits of sex*, Routledge, New York

BUTLER, Judith. 1990. *Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault* en *Teoría feminista y teoría crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío*, Ediciones Alfons el Magnanim, Valencia

BRETON, Le. David. 1990. *Antropología del Cuerpo y modernidad*. Ediciones Buenos Aires. Argentina

BOURDIEU, Pierre. 1998. *La Masculinidad*. Abya Yala, Quito-Ecuador

BOURDIEU, Pierre. 1991. *La distinción*. Taurus humanidades, España

BOURDIEU, Pierre. 1997. *Sobre la televisión*. Editorial Anagrama, Barcelona

CARLESSI, Caroline. 1995. Feminismo, una cuestión de poder. Movimiento Manuela Ramos, Lima Perú

CEPAM. 2000. Imaginarios urbanos y violencia intrafamiliar. Quito-Ecuador

UNIFEM. 1999. CEDAW and the gender dimensions of the HIV/AIDS pandemic. Nueva York

CALHOUN, Craig. s.f. El problema de la identidad en la acción colectiva, en Javier Auyero. Caja de Herramientas, El lugar de la cultura en la sociología norteamericana, Univ Nacional de Quilmes

CAROVANO, Kathryn. 1992. Más que madres y prostitutas: volviendo a definir la necesidad de la prevención del SIDA en la mujer, JHU, AIDSCOM

CAROVANO, Kathryn. 1995. UNDP HIV and Development Program in Issues Paper No. 15., HIV and the challenges facing men

CEPLAES, Mujeres contracorriente. 1998. Voces de líderes indígenas. Alfer Impresores, Ecuador

CARR, Adam, 1991. Behavior Change in response to the HIV epidemic: some analogies and lessons from the experience of gay communities, Issues Paper 7, UNDP

DESMOND, Cohen. 1996. Reid, Elizabeth. The vulnerability of women: is this a useful construct for policy and programming? Paper prepared for the CODESRIA meeting in Social Sciences and AIDS in Africa

DE CERTEAU, M. 1994. La fábula mística, Siglos XVI-XVII. Universidad Iberoamericana, México

DE CERTEAU, M. 1996. La invención de lo cotidiano, Universidad Iberoamericana, México, 1996.

CONNELL, R.W. 1987. Gender and Power. Stanford, Great Britain

CONNERTON, Paul. 1992. Bodily practices. Cambridge, Great Britain

CORIA, Clara. 1997. Las negociaciones nuestras de cada día, Paidós, Buenos Aires

CORPORACION KIMIRINA. 2002. Estudio sobre el impacto del VIH/SIDA en la calidad de Vida de las personas. Quito-Ecuador

CHIRIBOGA, Carlos del Rio. 1991. Introducción: Mujer y Sida: Conceptos sobre el tema.

COHEN, Jean L. 1996. Democracy, difference and the right of privacy, en Benhabib, Seyla, ed. Democracy & Differences contesting the boundaries of the political, Princeton Univ Press, pp 187-218

DELACOSTE, Frederique; Alexander, Priscilla 1998. Sex Work Writings by Women in the Sex Industry., Cleis Press, USA

DONZELOT, Jacques. 1998. La policía de las familias, Valencia, T.G. Ripoll

ERTEL, Danny. 1996. Negociación 2000. McGraw-Hill, Colombia

FAUSTO-STERLING, Anne. s.a. Sexing the Body, Gender Politics and the Construction of Sexuality, Basic Books, Rhode Island

FEHER, Michel. s.f. Fragmentos para una Historia del Cuerpo Humano, Parte Primera, Taurus

FISHER, Roger; Ury William; Patton, Bruce. 1997. Getting to Yes, (traducción al español por Vasco Eloísa y Hassan, Adriana) Norma, Bogotá

FLORA TRISTAN. 2001. Sexualidad y Derechos Ciudadanos. Perú.

FOUCAULT. Michel. 1989. Historia de la Sexualidad. Tomo I, Siglo XXI Editores, México

FOUCAULT, Michel. 1990. Tecnologías del yo y otros textos afines. Ediciones Piados Ibérica, Univ. Autónoma de Barcelona, Barcelona

FULLER, Norma. 2001. Masculinidades y Permanencias, Pontificia Univ Católica del Perú, Fondo Editorial, Perú

GARCES, Carlos Alberto. 1999. El cuerpo como texto. Univ Nacional de Jujuy, Argentina

GEERTZ, Clifford. 1973. La interpretación de las culturas. Editorial Gedisa. NY

GEERTZ, Clifford. 1994. Conocimiento Local. Paidós, Barcelona

GILLIGAN, Carol. 1985. La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino, Fondo de Cultura Económico, México

GOGNA, Mónica. 1999. Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia, CEDES, Argentina

GOFFMAN, Erving. 1971. The territories of the self, Chapter 2, in Relations in Public, Allen Lane, The Penguin Press

GOFFMAN, Erving, 1989. Estigma, la identidad deteriorada, Amorrortu editores, Buenos Aires

GROSZ, Elizabeth. 1994. *Volatile Bodies. Toward a Corporeal Feminism*. Indiana Univ Press, Indianápolis

GUNDERMAN, Hans. 2001. El método de los estudios de caso, en Ma. Luisa Tarrés. *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, FLACSO, México

GUTMANN, Matthew. 1999. *Las Fronteras corporales del género: las mujeres en la negociación de la masculinidad*; y *Los padres de poca madre: el machismo y la paternidad en México (1999)*; *The Vicissitudes of Men and Masculinities in Latin America*

HARRINGTON, Susanmarie. 1995. *Women & Aids: bodily representations, political repercussions*, en Wilson, Deborah; Moncere, Christine. *Genders, Bodily representations, discursions technologies*, NY University Press

HARTIGAN, John. 1997. *The Disastrous Results of Condom Distribution Program*. www.frc.org/infocus/if97k1ab.html

HILMES, Norma E. 1963. *Medical History of Contraception*. New York: Gamut Press, Inc.

KELLY, Joan. 1997. *La relación social entre los sexos; implicaciones metodológicas de la historia de las mujeres*. en Ramón-Escandón, Carmen. *Género e Historia. Antología Universitaria*. UAM, México

KITZINGER, Sheila. 1979. *Women as mothers*. Vintage Books: New York

KOFES, Suely. s.f. *Experiencias sociales, interpretaciones individuales: posibilidades y límites de las historias de vida en las ciencias sociales*, Univ de Campinas, Brasil, en Lulle, T. *Los usos de las historias de vida en las ciencias sociales*, Tomo II, Barcelona

KOGAN, Liuba. 1993. *Género, cuerpo-sexo: apuntes para una sociología del cuerpo*

LAMAS, Martha. 1994. *Cuerpo: diferencia sexual y género*. *Debate feminista* año 5, vol. 10, Sept

LANCASTER, Roger; Di Leonardo, Micaela. 1997. *The Gender Sexuality Reader*. New York

LAQUEUR, Thomas. 1994. *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Ediciones Cátedra. Madrid

LABRECQUE, Marie France. s.f. *Metodología feminista e historias de vida: mujeres, investigación y estado*, Univ de Laval, Canadá, en Lulle, T. *Los usos de las historias de vida en las ciencias sociales*, Tomo II, Barcelona

LAVRIN, Asunción. 1999. *Sexuality and Marriage in Colonial Latin America*. University of Nebraska Press

LE BRETON, David. 1995. *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. Ediciones Nueva Visión SAIC, Buenos Aires

LEON, Natalia. s.f. *El matrimonio criollo, honor y violencia conyugal, Cuenca 1750-1800*

LEON, Guadalupe. 1992. *Donde empieza mi universo - Aportes sobre la violencia de género*. CEIMME, Quito

LEDERACH, Pablo; Chupp, Marcos. 1995. *Conflicto y Violencia? Busquemos alternativas creativas*. Ediciones Clara-Semilla, Bogotá

LEDERACH, Pablo. 1996. *Enredos, Pleitos y Problemas*. Ediciones Clara-Semilla, Bogotá

LOVIBOND, Sabina. *Ética maternalista, una evaluación feminista*. En *Feminaria*, VIII, 15-18

LORENTE, Acosta Miguel y José Antonio. 1998. *Maltrato, violación y acoso*. Editr. COMARES, Granada

MONTECINO, Sonia. s.f. *Mestizos al revés y al derecho*, en Barrig, Maruja y Narda Henríquez, *Otras pieles, género y historia y cultura*, Pontificia Universidad Católica de Perú

MARTINEZ, Benlloch. 1996. *Subjetividad y género*, Episteme, Valencia

MENENDEZ, Susana. 1997. *En búsqueda de las mujeres, percepciones sobre género, trabajo y sexualidad Buenos Aires 1900-1930*. CEDLA

MIRES, Fernando. 1998. *El malestar en la barbarie. Erotismo y cultura en la formación de la sociedad política*. Nueva Sociedad, Venezuela

MOI, Toi. 1991. *Appropriating Bourdieu: Feminist theory and Pierre Bourdieu's Sociology of Culture*

MONSIVAIS, Carlos. 2003. *De cómo el prejuicio quiere ser diagnóstico y terapia*, en Letra S, abril. *El lenguaje cotidiano de los medios como vehículo central de la discriminación en México*, México

MONTECINO, Sonia. 1990. *La Conquista de las Mujeres: mestizos al revés y al derecho*, pg. 17, citado en Barrig, Maruja. *Otras pieles- género, historia y cultura*.

MORENO, Hortensia, 1999. Relaciones Sexuales, en Tristán, Flora, Sexualidad y Derechos Humanos. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Centro de la Mujer Peruana

MOUFFEE, Chantal. 1996. Por una política de la identidad nómada en Debate Feminista, México, Año VII, Vol 14, 1996

MOORE, L. Henrietta. 1998. Feminism and Anthropology. Polity Press, Cambridge, United Kingdom

NORBERT, Elías. 1994. Conocimiento y Poder. (edición, traducción y prólogo de Julia Varlea) La Piqueta

ONUSIDA, CEPAM, CDI, 1993. Despertando, FEDAEPS, MSP, SENDAS, SNV. Sexualidad y VIH/SIDA en Mujeres de Sectores Populares –

ONUSIDA. 2001. Hoja informativa. Situación general del estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA.

ONUSIDA. 2002. Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA, Suiza

ONUSIDA. 2000. Los varones y el SIDA: un enfoque basado en consideraciones de género, Suiza

ORTI, Alfonso. 1986. El análisis de la realidad social, Metodologías y Técnicas de Investigación, Alianza Editorial, Madrid

ORTIZ, Maritza. 1998. Soy una mujer de ambiente. Editorial de la Univ. de Costa Rica

OSBORNE, Raquel. 1992. La construcción sexual de la realidad. Ediciones Cátedra, Madrid

OTEGUI, Rosario. 1999. La construcción social de las masculinidades. Univ Complutense de Madrid, en Política y Sociedad No. 32, Madrid, pg. 151-160

PALMA, Milagros. 1991. La Mujer es Puro Cuento. Coté-Femmes Edition, Bogotá

PASTOR, Rosa. 1998. Asimetría genérica y representaciones de género, en Género y Sociedad, Pirámide, Madrid

PLACHY, Ridgeway, James. 1996. Red Light, Powerhouse Books, New York.

PIUSSI, Ana María. 1999. Más allá de la igualdad, en Lomas, Carlos. Iguales o diferentes? – género, diferencia sexual, lenguaje y educación, Paidós, Buenos Aires

Proyecto mujer, salud integral y educación. 1998. Género, violencia y salud, Quito

PUPPO, Flavia. 1998. Mercado de deseos. Talleres Gráficos Edigraf. Argentina

REMIEN, Robert; Senterfitt, Walton. 2000. UCSF (Center for Aids Prevention Studies) Hoja informativa, Qué necesitan las personas VIH+ en la prevención del VIH?. New York State Psychiatric Institute, CDC, CAPS

REID, Elizabeth. 1992. Gender, Knowledge and responsibility. in Mann, Jonathan, D. Tarantola and T. Netter (eds.) AIDS in the World, Harvard University Press, Cambridge, pp. 657-667.

REID, Elizabeth; Bailey, Michael. 1992. Young women: silence, susceptibility and the HIV epidemic, Issues paper 12. UNDP, New York

RICO, Blanca; Vandale, Susana; Allen, Betania; Liguori, Ana Luisa. 1997. Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina, Instituto Nacional de Salud Pública, México

ROBLEDO, Angela; Puyana, Yolanda. 2000. Etica: masculinidades y feminidades. Universidad Nacional de Colombia

ROCH, Liana. 1992. Nosotros. Recomendaciones para un VIH positivo. Grupo de Prevención SIDA (GPSIDA), Ministerio de Salud Pública Cuba, OPS

SELLER, Agnes, Feher, Ferenc. 1995. Biopolítica, la modernidad y la liberación del cuerpo. Ediciones Península, Barcelona

SCOTT, Joan. 1996. Feminism & History. Oxford University Press. England

SEDWICK, Eve K. 1990. Introducción axiomática. Epistemología del Armario, Ediciones de la Tempestad, Barcelona

SELLER, Agnes; FEHER, Ferenc. 1995. Biopolítica, la modernidad y la liberación del cuerpo. Ediciones Península

SENNET, Richard. 1997. Carne y Piedra. El cuerpo y la civilización occidental. Alianza Editorial. Madrid

SCHIFTER, Jacobo. 1995. Las gavetas sexuales del costarricense y el riesgo de infección con el VIH, IMEDIEX, Costa Rica

SCHIFTER, Jacobo. 1999. Caperucita Rosa y el Lobo Feroz, ILPES, Costa Rica

SONTAG, Susan. 1996. La enfermedad y sus metáforas y El Sida y sus metáforas. Gráfica Internacional. España

SPPEDING, Allison. 1999. Una introducción a la obra de Pierre Bourdieu, Univ. Mayor de San Andrés, Bolivia

STOLLER, Robert. 1968. Sex and gender: on the development of Masculinity and Femininity, en Lamas, Martha. Cuerpo: diferencia sexual y género. Debate feminista año 5, vol. 10, Sept

STOLCKE, Verena. 1992. Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad. Revista Márgenes. Encuentro y debate. Año 5, No. 9. Edición Sur: Casa de Estudios del Socialismo. Lima

TUBERT, Silvia. 1968. La sexualidad femenina y su construcción imaginaria. Ediciones El arquero, Madrid

THE POPULATION COUNCIL. 2002. Horizons Report. Operations in Research in HIV/AIDS

UNICEF/UNIFEM. 2000. UNAIDS "Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, UNAIDS "AIDS Epidemic Update", UNICEF "Progress of Nations 2000" and UNIFEM pilot studies

UNAIDS, 1999. AIDS – 5 years since ICPD, Emerging issues and challenges for women, young people & infants, discussion document, KPC group, United Kingdom

UNFPA. 2001. Los varones y el Sida: un enfoque basado en consideraciones de género, Quito-Ecuador

UNIFEM. s/f. How to empower women to negotiate safe sex, Madhu Bala Nath, India

UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY. 1999. El cuerpo como texto. Editorial Universidad Nacional de Jujuy, Argentina

VARELA, Julia; Alvarez, Fernando. 1989. Sujetos Frágiles. Fondo de cultura económica, España

VERNANT, Jean Pierre. s.f. Cuerpo oscuro, cuerpo resplandeciente en Feher, Michel. Fragmentos para una Historia del Cuerpo Humano, Parte Primera, Taurus

WACQUANT, Loic. 1991. Un arma sagrada. Los boxeadores profesionales: capital corporal y trabajo corporal en Auyero, Javier, Caja de Herramientas, UNQUI, Buenos Aires

WEEKS, Jeffrey. 1998. Sexualidad. Paidós, Univ Nacional Autónoma de México, México

WILKINSON, Sue. 1998. Focus groups in feminist research: power, interaction and the co-construction of meaning, Women's Studies Research Group, Loughborough Univ UK

WILTON, T. 1997. Engendering AIDS: Deconstructing Sex, Text and Epidemic, London: Sage Publications. London: Sage Publications.

WHO. 2000. VIOLENCE AGAINST WOMEN AND HIV/AIDS: Setting the Research Agenda, Meeting Report, Geneva

WELBOURN, Alica. 1999. Gender, Sex and HIV: how to address issues that no-one wants to hear about – Paper presented at the Geneva Symposium: "Tant qu'on a la Santé, published in the book of that name by DDC, UNESCO and IUED

ZAMBERLIN, Nina. 1999. La Otra mitad, un estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad. En Gogna, Mónica (comp.) Feminidades y masculinidades, CEDES, Argentina

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

CARRASCO, Ximena. Carrión, Nidia. 2000. Género y Realidad Andina. Cuarto encuentro de universidad de la subregión Andina. Univ de Cuenca

ROSETO, Rocío; Reyes, Ariadna. 1997. Es como la luna nuestro pensamiento... Testimonio e historias de vida de mujeres del Chimborazo. Proyecto de Desarrollo de la Mujer Rural, Ecuador

CARACTERÍSTICAS DE LOS INFORMANTES

EUDES					
NOMBRE	EDAD	EDUCACIÓN	LUGAR DE ORIGEN	NO. HIJOS/AS	ESTADO CIVIL
Fina	27	Bachiller – contadora	Guayaquil	2	Casada
Eduarda	22	Bachiller	Carchi	1	Casada
Luisa	25	No terminó estudios secundarios	Esmeraldas	2	2do matri
Hipólito	33	Egresado Filosofía y Teología	Santa Rosa	-	Soltero
Miguel	58	Teólogo, Filósofo, Estudios en Psicología y astrología Técnico en estética Administración	Colombia, Bogotá	5	Separado
Fariño	29	Estudios secundarios	Esmeraldas	1	Casado**
Antonia*	25	No terminó estudios secundarios	Guayaquil	-	Soltera
Ma. José +	33	Bachiller	Quito	3	Viuda
KIMIRINA					
Marisol	34	Licenciatura	Portoviejo	2	Casada
Luz	42	Bachiller – activista	Guayaquil	1+	Viuda
Alvaro	38	Bachiller	Manabí	2	Casado

* travesti

**esposo de Lourdes

GUIA PARA ESTUDIOS DE CASO

1. ¿Cómo estaban regidas sus prácticas sexuales, en términos de utilización del condón, u otras formas de prevención?
2. ¿Cómo percibe su capacidad para negociar la utilización del condón con su pareja (antes y después del diagnóstico de su pareja y el suyo)?
3. ¿Cuanto tiempo ha transcurrido desde que recibió el diagnóstico de VIH/SIDA?
4. ¿Cuanto tiempo ha transcurrido desde que desarrolló el SIDA (si ese es el caso)?
5. ¿Se consideraba en riesgo de contraer el VIH/SIDA? SI/NO. Por qué.
6. En el caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿qué impidió que tome una acción concreta al respecto para evitar la transmisión?
7. ¿Existía violencia familia antes de conocer el diagnóstico?
9. ¿Cuál fue la reacción de su pareja ante el despliegue de VIH? Explique.
10. ¿Cuáles fueron las consecuencias de la revelación del estatus de seropositiva para la pareja? Se produjo una separación temporal, definitiva, o se mantuvo la pareja. Explique.
11. Describa el tipo de relación afectiva, etc. mantenida anteriormente al diagnóstico.
12. Explorar el estigma que sufren las mujeres viviendo con VIH/SIDA, dado que se considera que han “fallado” en su rol de madres, etc.
13. Explorar los sentimientos de culpabilidad y el estigma que sufren los hombres viviendo con VIH/SIDA.

GUIA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

NOMBRE:

EDAD:

LUGAR DE PROCEDENCIA:

NUMERO DE HIJOS E HIJAS:

EDAD DE LOS HIJOS:

EDAD DE LAS HIJAS:

ESTADO CIVIL:

1. CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA PREVIO AL DIAGNOSTICO POSITIVO:

2. CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE EL CONDÓN COMO MEDIO DE PREVENCIÓN DE VIH/SIDA :

3. METODO UTILIZADO PARA PREVENIR EL EMBARAZO:

4. UTILIZACION DEL CONDON PARA PREVENCION DE VIH/SIDA PREVIO AL DIAGNOSTICO POSITIVO:

Ocasionalmente ____ Regularmente _____ Rara vez ____ Nunca

- EXPLIQUE LAS RAZONES DE UTILIZACION DEL CONDON

5. SENTIMIENTOS HACIA PAREJA AL CONOCER SOBRE EL DIAGNOSTICO POSITIVO:

6. CAMBIOS PERCIBIDOS EN LA RELACION ANTE DESPLIEGUE DE SU DIAGNOSTICO

VOCABULARIO A SER OBSERVADO AL HABLAR DE VIH/SIDA

El lenguaje y las imágenes evocan formas e influyen en conductas y actitudes. Las palabras elegidas ubican al periodista con respecto de los otros (sus lectores, televidentes o radioescuchas), lo distancian y lo aproximan, se establecen relaciones de autoridad o de asociación, y afectan a los oyentes de distintas maneras, los fortalecen o los desaniman, los alienan, etc. La utilización del lenguaje es una cuestión ética.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ha adoptado los siguientes principios para guiar su lenguaje relacionado con el VIH:

El lenguaje debe ser incluyente y no crear y reforzar la mentalidad o el enfoque “Ellos/Nosotros”. Por ejemplo, un término como “intervención” ubica al conferenciante fuera del grupo de personas para quien, o con quien él o ella están trabajando. Palabras como “control” establecen un tipo particular de relación distante entre el que habla y los oyentes. Se debe cuidar la utilización de pronombres como “ellos” “tu”, “los/las”, etc.

Es mejor si el léxico se toma del vocabulario del enfoque de desarrollo humano y de las corrientes pacifistas, en vez del vocabulario de la guerra. Por ejemplo evitar palabras como “campaña”, “control”, “vigilancia”, etc. Es mejor hablar de: respuestas o trabajo colaborativo frente al VIH.

Los términos descriptivos que se utilicen deben ser aquellos que han definido las propias personas de quien se va a hablar, por ejemplo “trabajadoras (es) sexuales” es un término que reemplaza a “prostitutas”. Personas que viven con VIH/SIDA es un término que prefieren estas personas infectadas en lugar de “víctimas”. En la Declaración Latinoamericana de Santiago de Cali de personas viviendo con VIH/SIDA dijeron: “Nosotros y nosotras no somos exámenes de laboratorio (positivos o seropositivos), como tampoco cargamos nada (portadores), ni somos sidosos, por lo cual exigimos – en aplicación al principio de dignidad humana – se refieran a nosotros y nosotras como personas viviendo con VIH o personas viviendo con SIDA”.

El lenguaje debe tener valores neutros, debe ser sensible al género y debe fortalecer y no debilitar. Términos como “promiscuos”, “abuso de drogas” y todos los términos derogatorios resultan alienantes, y no generan la confianza y el respeto que se necesita. Términos como “víctima” o “el que sufre” sugieren debilidad, “hemofílico (a) o paciente de SIDA” identifica a la persona solamente por su condición médica y no como persona. Se utiliza “usuarios de drogas que se inyectan” en lugar de “drogadictos”. Términos como “viviendo con VIH” reconocen que una persona infectada puede continuar viviendo bien y productivamente por muchos años.

Los términos que se utilicen deben ser muy precisos. Por ejemplo, SIDA describe las condiciones y las enfermedades asociadas con una progresión significativa de infecciones. Por otra parte, los términos utilizados incluyen

“infección de VIH”, “epidemia de VIH”, “enfermedades o condiciones relacionadas con VIH”, etc. Se utiliza “situación de riesgo” en lugar de “conducta riesgosa” o “grupos de riesgo”, ya que el mismo acto pudiera ser seguro en una situación e inseguro en otra. La seguridad de la situación debe ser evaluada continuamente.

Los términos utilizados deben ser los adecuados para poder informar con precisión. Por ejemplo, se necesita establecer explícitamente de manera que se entiendan muy bien dentro de todos los contextos culturales, las formas de transmisión del HIV y las opciones para el cambio hacia una conducta de protección.

El uso apropiado del lenguaje respeta la dignidad y los derechos de todos los interesados y evita el contribuir a la estigmatización y rechazo de los afectados, así mismo, apoya la creación de los cambios que se necesitan para superar esta epidemia.