



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

LA CONSTRUCCIÓN FEMENINA DEL RIESGO SEXUAL PARA EL VIH/SIDA

**ESTUDIO EXPLORATORIO DESDE UN ENFOQUE BIOGRÁFICO Y UNA PERSPECTIVA DE
GÉNERO EN MUJERES SEROPOSITIVAS**

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Autores:

Claudia Moreno Standen

Mario Schellman Jaramillo

Profesora Patrocinante y
Asesora Metodológica:

Irma Palma Manríquez

Santiago de Chile, 2002

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación se enmarca dentro de nuestra opción académica y profesional por aproximarnos al análisis, estudio y trabajo en temáticas relativas al ámbito de la sexualidad y la perspectiva de género. Opción que consideramos necesaria y desafiante al constatar la urgencia por el desarrollo de una investigación social que esté orientada a contribuir, desde una perspectiva seria y rigurosa, al quebrantamiento crítico de los discursos hegemónicos que hoy en día se imponen en nuestro país.

Nuestras familias han sido un importante referente en esta tarea, al incentivarnos y acompañarnos en estos desafíos. Gran parte del resultado de esta memoria se debe a su permanente preocupación y apoyo.

En este proceso de trabajo, ha sido de especial importancia la guía, supervisión y consejos de la profesora Irma Palma, quien con mucha generosidad aceptó patrocinar esta Memoria. Su acompañamiento lúcido y riguroso, así como su permanente disponibilidad han constituido una importante fuente de confianza para el buen término de esta investigación.

Queremos agradecer también al Proyecto FONDEF "Producción y Transferencia de un Modelo Educativo Conversacional en Sexualidad y Salud Reproductiva dirigido a Jóvenes" del Centro de Estudios de Género y Cultura en América Latina de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, por haber becado esta investigación y habernos invitado a participar del Taller de Tesistas Becarios, espacio que nos permitió compartir y contrastar los avances del estudio recibiendo importantes comentarios y sugerencias para su desarrollo. En particular quisiéramos agradecer a la profesora Olga Grau por su constante preocupación y sus importantes sugerencias para enfrentar los desafíos de la investigación.

Del mismo modo queremos agradecer a Antonio Stecher por haber colaborado en la revisión de este trabajo.

Finalmente, y de modo especial, quisiéramos agradecer y dedicar este trabajo a las ocho mujeres que tuvieron la generosidad de compartir sus vidas con nosotros, con el convencido anhelo que ello contribuirá al enfrentamiento de la expansión de la epidemia del SIDA entre las mujeres de nuestro país.

*Para mis padres, Lucía y Alberto,
por haberme enseñado que otros mundos son posibles.*

*Para mis hermanos, Marcela, Rodrigo y Francisca,
por la complicidad de nuestras risas y nostalgias.*

*Para Elisa, mi tía,
por la generosidad de su amor.*

*Para Antonio,
Por que en nuestro amor se revelan mis sueños,*

Claudia

*Para Alex,
en cuyos ojos descubrí mi mirada*

Mario

*La incertidumbre mece la cuna de la moral,
la fragilidad la acecha a lo largo de la vida*

Zigmunt Bauman

INDICE

PRESENTACIÓN	7
I. INTRODUCCIÓN	9
1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	12
2. RELEVANCIA.....	18
II. OBJETIVOS	20
1. OBJETIVOS GENERALES	20
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
III. MARCO TEÓRICO	21
1. EL VIH-SIDA	21
1.1 Epidemiología del VIH/SIDA.....	23
Situación Mundial de la Epidemia del VIH/SIDA	23
Situación Nacional del VIH/SIDA	24
Caracterización de la Epidemia en Chile.....	28
1.2 El Carácter Simbólico del SIDA.....	30
2. LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO SEXUAL PARA EL VIH/SIDA.....	35
2.1 El Advenimiento de la Sociedad del Riesgo	35
2.2 Aproximaciones Conceptuales al Riesgo	38
2.3 Los Enfoques del Riesgo.....	40
a) Enfoque Técnico.....	41
b) Enfoque de la Percepción de Riesgo.....	42
c) Enfoque Construcccionista del Riesgo.....	51
3. MUJER: GÉNERO, SEXUALIDAD Y VIH/SIDA.....	58
3.1 Introducción al Concepto de Género	58
3.2 Los Sistemas Sexo/Género.....	60
La Identidad de Género	62
La Dimensión Relacional del Género.....	63
3.3 Los Sistemas Sexo/Género y la Sexualidad.....	64

3.4	Sexualidad: Discursos y Prácticas en el Chile de hoy. La Convivencia de Modelos Tradicionales y Emergentes	66
3.5	Vulnerabilidad de la Mujer en relación al VIH	70
	Vulnerabilidad Biológica.....	71
	Vulnerabilidad Epidemiológica	72
	Vulnerabilidad Social y Económica	72
	Vulnerabilidad Cultural.....	73
IV.	<u>METODOLOGÍA.....</u>	<u>77</u>
1.	PERSPECTIVA METODOLÓGICA.....	77
1.1	Aspectos Generales	77
1.2	Perspectiva de Investigación: Enfoque Biográfico	79
1.3	Tipo de Estudio	80
2.	TÉCNICA UTILIZADA: LA ENTREVISTA BIOGRÁFICA	80
2.1	Diseño de Entrevista	82
3.	CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	83
3.1	Descripción de la Muestra	85
4.	TRABAJO DE CAMPO.....	88
5.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	89
V.	<u>ANÁLISIS</u>	<u>92</u>
	La Constitución de Repertorios Sexuales	115
	La Emergencia Comunicacional del VIH/SIDA.....	117
	Los Discursos Oficiales de la Prevención	118
	La Supremacía del Amor	120
VI.	<u>CONCLUSIONES</u>	<u>122</u>
VII.	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>127</u>
VIII.	<u>RESUMEN</u>	<u>133</u>

Presentación

La presente investigación tiene por objetivo indagar acerca de la construcción de riesgo sexual en relación al VIH/SIDA en mujeres seropositivas con anterioridad a la adquisición del VIH, con especial atención al análisis de las variables de género que intervienen en dicha construcción.

Para ello, se valdrá de las teorías que acerca del riesgo se han desarrollado, intentando dar cuenta a través de una perspectiva crítica de los diversos modos de comprensión de este concepto, hasta proponer la utilización de la conceptualización que del riesgo han desarrollado algunos autores a partir de la teoría socioconstruccionista. A partir de esta cosmovisión, se desarrollará un estudio de campo tendiente a contrastar dicha perspectiva en mujeres que adquirieron el VIH.

En primer término se presentará la delimitación del problema a estudiar, formulando las preguntas que orientan la investigación, para luego señalar la relevancia de la misma en el campo de la prevención sexual para el VIH/SIDA.

En segundo lugar se expone el marco teórico que sostiene la investigación, el cual está compuesto de tres capítulos: *VIH/SIDA*; *Construcción del Riesgo Sexual para el VIH/SIDA* y *Mujer: Género, Sexualidad y VIH/SIDA*. En el capítulo sobre VIH/SIDA se transitará por algunos antecedentes generales acerca de la epidemia, sus orígenes, epidemiología actual y lugar simbólico que ocupa en el imaginario social. El segundo capítulo se aproxima a la problemática del riesgo sexual; con ese fin nos detendremos sobre la articulación del concepto de riesgo con el contexto de la modernidad, revisaremos las distintas aproximaciones conceptuales que del riesgo se han desarrollado, para finalmente, revisar críticamente a través de una articulación con las políticas y programas de prevención de VIH/SIDA los distintos enfoques teóricos de riesgo sexual desarrollados hasta ahora. A partir de esta revisión sostendremos el enfoque construccionista del riesgo como opción teórica de la investigación. Finalizando el marco teórico y correspondiendo al tercer capítulo, revisaremos el desarrollo del concepto de género, proponiéndolo como herramienta de análisis; explicitaremos una determinada conceptualización sobre la sexualidad coherente con el concepto de género, nos detendremos en las

transformaciones de los discursos y prácticas en relación a la sexualidad en nuestro país en las últimas décadas, y por último observaremos los elementos que ubican a las mujeres en particular en una situación de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Esta revisión nos permitirá incluir críticamente los elementos – identidad de género y relaciones de género – en la construcción de la noción de riesgo sexual que desarrollan las mujeres frente al VIH/SIDA.

Como tercera parte, asentaremos las bases metodológicas de la investigación, para lo cual definiremos las ventajas de utilizar un enfoque cualitativo de investigación, en particular el enfoque biográfico. Con él como marco, presentaremos a la entrevista biográfica como la técnica a utilizar, al permitir ésta reconocer las variables socio-históricas de la vida de las mujeres que permitieron una determinada construcción del riesgo sexual. En este mismo capítulo presentaremos la muestra utilizada para la investigación, sus características sociales, demográficas y epidemiológicas más relevantes; así como también el trabajo de campo propuesto y la metodología para el análisis de resultados.

En cuarto lugar, pasaremos a revisar el análisis de los resultados, tendiente a buscar patrones, ejes, similitudes y diferencias en las distintas entrevistas desarrolladas, proponiendo un marco interpretativo del fenómeno estudiado para las preguntas de la investigación.

Finalmente, procederemos a revisar las conclusiones del estudio, las que incluirán propuestas teórico-prácticas para contribuir al debate acerca de la prevención, sentido y propósito de la investigación.

I. INTRODUCCIÓN

El SIDA no es una enfermedad cualquiera. De hecho, no es sólo una enfermedad en particular sino que un conjunto de ellas. Su especificidad no reside exclusivamente en su carácter epidémico, al cual la tecnología biomédica no ha podido encontrar una cura, y que, hasta la aparición de las terapias antiretrovirales, llevaba a quienes la padecían a una muerte inexorable. Como señala Jeffrey Weeks (2000) esta es una enfermedad que a pesar de su reciente aparición, lleva consigo una alta carga de historias. Primero, por su connotación altamente sexual, por un lado debido a que la vía sexual es una de las formas más efectivas de transmisión de la enfermedad y, por otro, porque el SIDA emergió en un momento particular de la llamada historia de la sexualidad, de importantes flujos y cambios en los valores sexuales y en los patrones de interacción sexual y en especial debido a que se reprodujo primariamente en grupos de hombres homosexuales, una comunidad altamente sexualizada y foco del debate moral de las sociedades occidentales. En segundo término, por los desafíos que la epidemia ha planteado no sólo a la investigación biológica y farmacológica, sino que a la investigación social; la crisis que ha generado sobre las políticas económicas, sociales y de bienestar. Su carácter queda bien descrito en las palabras de Jonathan Mann, "la epidemia del SIDA se ha extendido por todo el mundo siguiendo siempre las fisuras de cada sociedad".

En todo sentido, el SIDA sobrepasa lo que podría ser una simple emergencia epidemiológica, complejizando y desafiando todos los desarrollos éticos, pedagógicos y sociales de la prevención, tal como ha sido entendida en la salud pública y en las ciencias sociales.

Cuando hace ya veinte años comenzaron a presentarse los primeros casos de SIDA en el mundo, nadie imaginó la rapidez de su avance. El hecho de que los primeros casos de personas viviendo con el VIH se presentaran en varones homosexuales, usuarios de drogas intravenosas, personas pobres de los centros urbanos y otros, hizo pensar que el virus solo se manifestaba en ciertos contextos poblacionales más bien marginales, lo que retrasó una política de prevención orientada hacia la población en general. Esto propició además la instalación de la idea de lo sexual como causa de la enfermedad y no como vía de transmisión de la misma, ayudando a la estigmatización de la epidemia. Una vez en

marcha, las políticas y estrategias de prevención para el VIH/SIDA han tenido un desarrollo acelerado, en gran medida porque la lógica de la epidemia ha llevado a un continuo cuestionamiento de las herramientas hasta este momento utilizadas y a la generación de nuevas, aún cuando no del todo eficaces, políticas de prevención.

Si bien la prioridad por la prevención está condicionada principalmente por la inexistencia de una vacuna que inmunice frente al virus o de una cura que revierta la adquisición de éste, el problema de una respuesta efectiva al VIH/SIDA de ningún modo se reduce a una cuestión técnica, quedando demostrado desde el inicio de la década de los noventa la importancia de la investigación social y de la producción de conocimiento para la comprensión de la epidemia. Esto no sólo en el ámbito particular de la prevención sino en relación a temas más generales como lo relativo a las formas de organización – tanto materiales como simbólicas – de la sexualidad, a la construcción de las identidades sexuales, a la constitución de comunidades sexuales, a la vinculación de la sexualidad con los sistemas sexo-genéricos, entre otros, todos estos aspectos de incuestionable impacto a la hora de dimensionar el fenómeno del VIH/SIDA desde un punto de vista integral y no sólo como un problema de salud física.

El que los mensajes orientados a la prevención tengan una perspectiva eminentemente masculina, el que las intervenciones en sí mismas velen las tensiones existentes en los contextos sociales, que no hayan podido hasta ahora dar cuenta de la diversidad de maneras en que se organizan y significan las sexualidades, no puede ser atendido como un ocultamiento ni como una negligencia. Los mensajes de la prevención revestidos por el lenguaje técnico de la epidemiología y la medicina, no han logrado dar cuenta de todas las dimensiones involucradas en el problema (en el que la dimensión biológica es una más). Es por ello que la reflexión debe aproximarse al campo de lo epistemológico, con el objeto de pensar como estas intervenciones, ancladas a un referente teórico particular, suponen, la mayor parte de las veces de manera implícita, una determinada concepción del riesgo y del sujeto. En este sentido, se impone el desafío de develar las concepciones de riesgo y sujeto implícitas en estas estrategias y estas prácticas de prevención. Dicho ejercicio tiene una finalidad ética y práctica, toda vez que tales concepciones reproducen ciertas normas sociales, protegen instituciones, producen y reproducen determinadas relaciones de poder.

La epidemia del SIDA ha tenido el valor de haberse configurado en un espacio social crítico que interpela al conjunto de la sociedad. El SIDA remece implacablemente los lugares más recónditos de la privacidad, enfrentando a cada persona con su sexualidad, su relación con el otro, con la intimidad de su individualidad. Cuando citamos a Jonathan Mann en relación a las fisuras de la sociedad por las cuales el SIDA ha hecho su recorrido en estas dos décadas desde su aparición, tenemos la sensación de visualizar una suerte de mapa, de radiografía de las tensiones que articulan nuestra sociedad. Estas fisuras pueden verse hoy, a propósito de la epidemia del VIH/SIDA, al revisar la condición de marginalidad y discriminación de una serie de grupos y poblaciones a las que se les asigna la condición de 'implicados', 'culpables' o 'sucios', o a los que al no asignárseles responsabilidad o posibilidad de ser afectados, quedan sumidos en el olvido obstaculizándoseles el acceso a la prevención.

No parece casual que el VIH/SIDA afecte principalmente a los más pobres, a las mujeres, a los niños, a aquellas comunidades marginales dentro de las urbes modernas, a los homosexuales. La comunidad homosexual ha sido capaz de articularse y reaccionar de manera cohesionada ante la epidemia, de la cual fueron sus primeras víctimas. Si bien en un principio llevaron todo el peso de lo que significaba el SIDA, han logrado a través de su movilización visibilizarse como comunidad, logrando avances importantes en relación a la reducción del contagio entre sus miembros. Este proceso ha permitido poner de manifiesto la extrema situación de vulnerabilidad en que se encuentran otros grupos que no han tenido la posibilidad de organizarse o acceder directamente a estrategias de prevención. Las mujeres son uno de estos grupos vulnerables, aumentando en el mundo y en Chile progresivamente las cifras de mujeres que viven con el VIH. Creemos que gran parte de la responsabilidad en este hecho se debe a la manera en como ha sido enfrentada la prevención hasta ahora. No es un hecho casual el que se haya dado de esa manera. Sin duda, las relaciones de poder que mantienen a las mujeres en un lugar de subordinación no se tejen solo en las relaciones laborales, de estudio, acceso a oportunidades u otros aspectos sociales, sino que también, y especialmente, en el ámbito de la intimidad de la pareja, la familia y la sexualidad.

Es en este sentido que se torna urgente proponer nuevas formulaciones y estrategias de prevención que consideren y no anulen estas tensiones en las que están implicadas las mujeres. Develar el sustrato básico de ellas, cual es el la articulación de los elementos de

género en una o más construcciones de riesgo determinadas que desarrollan las mujeres, podrá ayudarnos en esta tarea. Este es el propósito y sentido de esta investigación.

1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Los estudios en sexualidad han desarrollado un nuevo campo de investigación-acción al incluir en ellos aspectos relacionados con la epidemia del VIH/SIDA. Estos se han diversificado y, a propósito del desarrollo de las investigaciones centradas prioritariamente en el campo de su prevención, especialmente en el estudio de las percepciones de la población en cuanto a su posibilidad de adquirir el virus VIH, se ha dado curso a estudios que relevan un nuevo concepto: el riesgo sexual.

El riesgo, más ampliamente, pero en gran medida por la emergencia del VIH/SIDA, se ha consolidado como un concepto central para la epidemiología y la salud pública, siendo utilizado para describir los patrones diferenciales de morbilidad o mortalidad asociados con un evento. Técnicamente, el término riesgo en salud se refiere al exceso de morbilidad o mortalidad asociado con la exposición a un ambiente, condición o patógeno (Kendall, 1995). De manera más amplia, éste es definido como un "fenómeno interno, maleable y manejable por la misma persona, manifestado por presencia o ausencia de control individual frente a la exposición del organismo a determinadas contingencias que conllevan un riesgo de contagio" (CONASIDA/ANRS, 2000, p.217). Desde esta perspectiva, el riesgo no sólo lo constituye la exposición al patógeno en sí, sino que la falta de habilidades de control en la propia conducta.

Sucede que a pesar de su centralidad, o quizás debido a ella, el concepto de riesgo es escasamente explorado en relación a su significaciones e implicancias. En general, en los estudios que exploran teorías y/o intervenciones en la línea de la prevención del VIH/SIDA, rara vez se explicita el uso del término riesgo, el cual, sin embargo, es usado con frecuencia. Tampoco se hace referencia a las investigaciones de la teoría social que han estudiado el tema del riesgo, aún cuando las referencias a los desarrollos de las ciencias sociales sobre los conceptos de salud y enfermedad, la centralidad del discurso

biomédico en las sociedades modernas, o el énfasis de la sexualidad como una construcción social y simbólica han sido ampliamente incorporados.

Para lograr develar esta construcción es relevante desarrollar el ejercicio teórico de revisar los enfoques teórico-epistemológicos que del riesgo se han desarrollado y que están implícitamente a la base de las estrategias de prevención que se han diseñado para el VIH/SIDA. En la medida que sea posible develar dicha articulación será posible reconocer los alcances de tales enfoques, ya sea desde su crítica o desde sus aportes.

Conceptualmente se pueden delimitar distintos enfoques en la investigación social del VIH/SIDA aunque no es posible trazar un eje lineal en relación a la historia de los desarrollos teóricos sobre el riesgo y la prevención. En este sentido, los enfoques que revisaremos en esta investigación, no deben ser entendidos como una serie de fases sucesivas sino más bien como representantes de una amplitud de las investigaciones desarrolladas en relación al tema y, como señala Parker (2000), como indicativas de los tipos de problemas que deben ser considerados en el desarrollo de las nuevas agendas de investigación en VIH/SIDA.

Ahora bien, a fin de desarrollar una definición teórica, esta investigación se sostendrá en la crítica que diversos autores han desarrollado a los programas tradicionales de prevención, y en su base, a las conceptualizaciones de riesgo que éstos traen implícitas, proponiendo un enfoque que permita considerar las dimensiones socio-culturales que el concepto de riesgo traería consigo, relevando como una de las de mayor relevancia la de género.

Intentando avanzar en esta línea, diversos autores han comenzado a respaldarse en las teorías construccionistas para estudiar y proponer una definición de riesgo que de cuenta de los aspectos socioculturales e históricos que lo determinarían.

Esta aproximación, a la que han contribuido autores como Douglas (1992, 1996), Wildavsky (1992), Kendall (1995), parece central para comprender la importancia del concepto de riesgo sexual en el diseño y desarrollo de estrategias de prevención para el VIH/SIDA. A través de este enfoque, la presente investigación pretende por un lado

dialogar con los enfoques de prevención y de riesgo tradicionales, y por otro, promover nuevas miradas para enfrentar la emergencia social del VIH/SIDA.

El enfoque de la construcción social del riesgo ha sido conceptualizado de una manera diferente a los llamados enfoques de la racionalidad y de la percepción del riesgo. En primer lugar, porque su emergencia se debe a las lecciones aprendidas dentro del contexto de la epidemia, y no son sólo intentos de reproducir líneas de intervención que han tenido su origen a raíz de otras temáticas (prevención del tabaquismo, del uso de drogas, sedentarismo, etc.). En ese sentido incorpora no sólo los desarrollos académicos y técnicos sobre investigación social de la epidemia, sino todo el bagaje de la acción a nivel comunitario y político en torno a ella.

El enfoque construccionista del riesgo se debe en gran parte a los aportes de Mary Douglas (1996) quien, desde la antropología cultural, defiende la noción de riesgo como un constructo social, la idea de que el riesgo es, a la postre, un proceso social, que involucra no solo al individuo y sus comportamientos, sino que el plano de las interacciones, lo social y lo cultural.

Este progresivo abandono de la focalización en conductas de riesgo individuales, y la emergencia de una preocupación por los fenómenos interaccionales y socioculturales han permitido hacer sentido con la idea de que la sexualidad no se encuentra enraizada en el exclusivo dominio de lo subjetivo, sino que los significados y prácticas sexuales se encuentran socialmente organizados, es decir, con la noción de sexualidad como construcción social, que ha desarrollado un importante volumen de investigación a partir de los aportes de Foucault (1998) sobre la historia de la sexualidad, y a desarrollos más recientes de teóricos como Rubin (1989,1996), Weeks (1998, 2000), Gagnon (1980, 1995, 1999) y Parker (1995,1996, 2000).

Una estrategia pensada desde este enfoque puede abrir paso a transformaciones más amplias que consideren, pero a la vez cuestionen, los valores que una sociedad desea para sus miembros, que incluya en su diseño no sólo los contextos culturales y sociales, sino que también las historias personales que se ponen en juego en la adopción individual de estrategias preventivas. Que tenga la capacidad de movilizar a los sujetos como

colectivos de acción, considerándolos no sólo como objetos de intervención sino como actores sociales.

Asumimos que la incorporación de un concepto de riesgo entendido como una construcción social, permite dar cuenta de la manera en que las instituciones sociales norman ciertas reglas del juego. En verdad, que la investigación y la intervención social orientada a la prevención, como todo saber, no queda exenta del juego de producir y reproducir los fenómenos sociales, entre ellos, las diferencias de género. Sin embargo, el develamiento de esos juegos de poder abren el paso para la posibilidad de reconstruirlos, resignificarlos de una manera que sea más justa y más precisa para las poblaciones más vulnerables.

Ahora bien, los estudios e investigaciones hasta ahora realizados en el campo de la prevención del VIH/SIDA y el riesgo sexual, generalmente han sido desarrollados en poblaciones susceptibles de llevar a cabo acciones que las sitúan en una posición de vulnerabilidad, es decir, en el caso del VIH/SIDA, en población seronegativa. Estos estudios han pretendido responder a preguntas tales como: ¿cuál es la percepción de riesgo que tienen las personas de adquirir el VIH? y ¿qué acciones desarrollan las personas para evitar adquirir el VIH?

Estas preguntas están dirigidas en general a hombres y mujeres, ya sean homo, bi o heterosexuales (en su mayoría a hombres homosexuales) de edad y condición social variables, cuya característica común es no ser portadores del virus, es decir, estas preguntas se han formulado a propósito de la población seronegativa y su fin, sin lugar a dudas, es de naturaleza preventiva.

Sin embargo, parece de relevancia formular estas preguntas a la población seropositiva, es decir, a aquélla que ya ha adquirido el virus del VIH. Su respuesta podría darnos luz acerca de la noción de riesgo que habrían construido antes de la adquisición del virus, y cómo esta noción de riesgo se articuló con el uso de prácticas riesgosas que habrían causado la adquisición del virus; información de indiscutible valor para la generación de acciones preventivas futuras.

Ahora bien, la mayoría de los estudios acerca del VIH/SIDA (ya sean estudios sociales, bio-médicos, epidemiológicos, etc.) se han desarrollado en población homosexual masculina, y se han constituido en ejes generadores de nuevos conocimientos. La razón de aquello, como ya vimos, tiene que ver con que en un inicio, la epidemia afectó prioritariamente a dicha población, constituyéndose tempranamente como grupo de riesgo, orientándose las acciones de prevención, tratamiento e investigación hacia dicho grupo. Esto generó que los resultados y conclusiones de dichas acciones se hayan convertido en pautas de análisis para toda la población, invisibilizando a otros grupos afectados, sobretodo a mujeres heterosexuales, las que tanto biológica, epidemiológica y socialmente son más vulnerables que la población masculina.

Frente a ello, no sólo parecería interesante hacer la pregunta de la prevención a la población que ya ha adquirido el virus, sino además a aquella que dentro de dicha marginalidad son doblemente marginadas, las mujeres que viven con VIH.

En Chile, siguiendo la tendencia mundial, se ha ido produciendo progresivamente un crecimiento mayor de casos de SIDA en mujeres que en hombres, incluyendo todos los mecanismos de transmisión, que se refleja en la proporción entre hombres y mujeres y en el incremento relativo de cada sexo en el tiempo. Es así como las tasas se incrementaron 5,27 veces entre 1990 y 1995 en las mujeres y 1,7 veces en los hombres; y la razón entre casos de hombres y mujeres, descendió de 315:1 en 1990 a 7,3:1 en 1996, indicando que se está produciendo una feminización de los casos de SIDA (Sepúlveda, 1999).

En Chile, la Comisión Nacional del SIDA ha informado la notificación de 7502 personas viviendo con VIH/SIDA, de las cuales, el 10,3% son mujeres. El sentido común podría llevarnos a pensar que las mujeres que han adquirido el VIH en nuestro país, por vía sexual, han tenido muchas parejas sexuales o que son mayoritariamente trabajadoras sexuales. De hecho los escasos trabajos y acciones que han pretendido abordar la temática del VIH/SIDA en la mujer, se han enfocado desde el área del comercio sexual. Las cifras, sin embargo, indican que el 46% de las mujeres que viven con VIH son dueñas de casa y un 39% operarias, no siendo significativa la incidencia de casos en mujeres que ejercen el comercio sexual (CONASIDA, 2000).

Estos datos cobran relevancia toda vez que muchos de los programas de Estados y Gobiernos orientados a la prevención de la transmisión del VIH, no han abordado las problemáticas específicas de las mujeres, no considerando las características subjetivas, sociales, históricas y culturales que asisten a la configuración del repertorio de prácticas sexuales femeninas. Es en este sentido, que las dimensiones aportadas por el concepto de género cobran especial relevancia al permitir dar cuenta de variables no considerados en los análisis desarrollados hasta ahora.

La discriminación a la que están sometidas las mujeres en la sociedad actual, las expone a ser más vulnerables a adquirir el virus del SIDA en una relación heterosexual, que su par hombre. Las mujeres que viven con VIH, presentan la experiencia de ser doblemente discriminadas: en su condición de mujer, discriminación con la que nacen; y en su condición de vivir con VIH, discriminación que adquieren.

Sin lugar a dudas una investigación que considera los aspectos y problemas antes planteados tiene como finalidad última contribuir al debate que a propósito de la prevención del VIH/SIDA se ha desarrollado. Ahora bien, a fin que esta contribución pueda tener repercusiones reales en los planes, políticas y estrategias de prevención, se desarrollará en base en tres opciones teóricas que se desplegarán en el estudio, y cuya posibilidad de aplicabilidad está dada por tres desplazamientos metodológicos que fundamentarán la relevancia de la investigación:

- 1) De la pregunta por la población seronegativa a la pregunta por la población seropositiva; es decir, se incorpora la experiencia de los afectados.
- 2) De la pregunta por el comportamiento sexual a la pregunta por la construcción de riesgo, es decir, se incorpora un giro epistemológico.
- 3) De la pregunta por la población masculina homosexual a la pregunta por las mujeres heterosexuales; es decir, se incorpora a un grupo tradicionalmente marginado en las acciones destinadas a enfrentar la propagación del VIH/SIDA y con ello la introducción de la dimensión de género.

Estos tres desplazamientos teórico-metodológicos fundamentarán la relevancia de la investigación, y darán nuevas luces acerca de la pregunta fundamental que orienta los esfuerzos de toda acción frente al VIH/SIDA, cual es, la pregunta por la prevención.

Finalmente, a modo de cierre, es preciso señalar que el problema a investigar, que permitirá considerar los resultados de la investigación como una contribución relevante para el debate acerca de la prevención, está dado por dos preguntas que lo delimitan:

¿Qué elaboración del riesgo sexual para el VIH/SIDA fue construida por un grupo de mujeres antes de adquirir el VIH/SIDA? y ¿Cómo esta construcción se articuló con prácticas sexuales riesgosas que facilitaron la adquisición del VIH?

2. RELEVANCIA

Como señalamos anteriormente, la gran mayoría de los estudios tendientes a dar respuesta a la pregunta por la prevención del VIH/SIDA se han desarrollado sobre la base de una serie de supuestos que han tendido a ocultar algunos aspectos que, a nuestro juicio, deben ser considerados para responderla acertadamente. El énfasis que se ha puesto en considerar como realidades universales del VIH/SIDA y su prevención los tres elementos antes planteados – seronegatividad, comportamiento sexual y homosexualidad masculina – han contribuido en gran medida a generar este proceso de invisibilización.

Considerar otras realidades, a nuestro juicio, dotará de relevancia y originalidad los aportes que esta investigación pueda desarrollar en el enfrentamiento del VIH/SIDA. En este sentido, la relevancia de la investigación está sobre la base de tres aspectos que ésta considera:

- 1) La biografía de los sujetos afectados por el VIH/SIDA nos permitirá adentrarnos en sus propias experiencias preventivas, en reconocer sus conceptualizaciones del riesgo y, por ello, su cercanía o lejanía con la prevención; sus prácticas sexuales y los sistemas valórico-sexuales a su base en el momento de adquirir el VIH/SIDA; en definitiva,

Estos tres desplazamientos teórico-metodológicos fundamentarán la relevancia de la investigación, y darán nuevas luces acerca de la pregunta fundamental que orienta los esfuerzos de toda acción frente al VIH/SIDA, cual es, la pregunta por la prevención.

Finalmente, a modo de cierre, es preciso señalar que el problema a investigar, que permitirá considerar los resultados de la investigación como una contribución relevante para el debate acerca de la prevención, está dado por dos preguntas que lo delimitan:

¿Qué elaboración del riesgo sexual para el VIH/SIDA fue construida por un grupo de mujeres antes de adquirir el VIH/SIDA? y ¿Cómo esta construcción se articuló con prácticas sexuales riesgosas que facilitaron la adquisición del VIH?

2. RELEVANCIA

Como señalamos anteriormente, la gran mayoría de los estudios tendientes a dar respuesta a la pregunta por la prevención del VIH/SIDA se han desarrollado sobre la base de una serie de supuestos que han tendido a ocultar algunos aspectos que, a nuestro juicio, deben ser considerados para responderla acertadamente. El énfasis que se ha puesto en considerar como realidades universales del VIH/SIDA y su prevención los tres elementos antes planteados – seronegatividad, comportamiento sexual y homosexualidad masculina – han contribuido en gran medida a generar este proceso de invisibilización.

Considerar otras realidades, a nuestro juicio, dotará de relevancia y originalidad los aportes que esta investigación pueda desarrollar en el enfrentamiento del VIH/SIDA. En este sentido, la relevancia de la investigación está sobre la base de tres aspectos que ésta considera:

- 1) La biografía de los sujetos afectados por el VIH/SIDA nos permitirá adentrarnos en sus propias experiencias preventivas, en reconocer sus conceptualizaciones del riesgo y, por ello, su cercanía o lejanía con la prevención; sus prácticas sexuales y los sistemas valórico-sexuales a su base en el momento de adquirir el VIH/SIDA; en definitiva,

reconocer porqué las mujeres que adquirieron el VIH no lograron prevenir con éxito la adquisición de éste.

- 2) La conceptualización del riesgo sexual como construcción social nos permitirá reconocer las variables socio-culturales que asistieron a una determinada conceptualización de “estar en riesgo” o “no estarlo”, y a través de qué dispositivos sociales estas se articularon en la subjetividad y en las biografías de las mujeres para permitir su paso a la seropositividad.
- 3) Las variables de género implicadas en la construcción de riesgo que desarrollan las mujeres nos permitirán reconocer por un lado, el rol de los procesos de identificación subjetiva en la construcción de riesgo, y por otro, la dimensión relacional de género que proveyó de un terreno factible para que los esfuerzos preventivos no hayan tenido éxito.

El focalizar la investigación en estos tres ejes teórico-metodológicos nos permitirá contribuir al debate acerca de la prevención con hallazgos nuevos, originales y de valor teórico - práctico.

II. OBJETIVOS

1. OBJETIVOS GENERALES

1. Indagar sobre la construcción de riesgo sexual en relación al VIH/SIDA en mujeres seropositivas con anterioridad a la adquisición del VIH/SIDA.
2. Analizar las variables de género que intervienen en la construcción del riesgo sexual en mujeres seropositivas con anterioridad a la adquisición del VIH/SIDA.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1 Identificar y describir la articulación los distintos elementos presentes en la biografía de las mujeres seropositivas que asistieron a la construcción de riesgo sexual en relación al VIH/SIDA con anterioridad a la adquisición de éste.
- 1.2 Identificar la relación entre riesgo sexual para la adquisición del VIH construida por mujeres seropositivas y los contextos de interacción sexual que concurren a la adquisición del VIH/SIDA.
- 2.1 Identificar y describir los aspectos relacionales de género que intervienen en la construcción de riesgo sexual en relación al VIH/SIDA en mujeres seropositivas con anterioridad a la adquisición de éste.
- 2.2 Identificar y describir los aspectos de la identidad de género que intervienen en la construcción de riesgo sexual en relación al VIH/SIDA en mujeres seropositivas con anterioridad a la adquisición de éste.

III. MARCO TEÓRICO

1. EL VIH-SIDA

En 1981, durante un congreso realizado en la ciudad de San Francisco, algunos investigadores dieron a conocer a la comunidad científica la presencia de enfermedades poco habituales (neumonía por *pneumocystis carinii* y sarcoma de Kaposi) en una serie de pacientes varones con conducta homosexual previamente sanos (Sontag, 1995; Sepúlveda, 1998).

En diciembre de ese mismo año, un artículo aparecido en *New England Journal of Medicine*, describía los casos de un grupo de siete hombres que, sin mediar razón médica aparente, presentaban graves infecciones, que con anterioridad sólo habían atacado a individuos cuyo sistema inmunológico se hallaba en extremo debilitado o personas de muy avanzada edad (Swenson, 1988).

Pronto surgirán nuevos casos de similar sintomatología en receptores de transfusiones de sangre, individuos adultos de África Central y niños nacidos de madres afectadas por la misma situación; dicha sintomatología fue agrupada por la comunidad científica internacional bajo el nombre de *Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)*¹.

Dadas sus características, todo hacía pensar que el SIDA podía ser causado por un agente transmisible que se adquiría por contacto con fluidos sexuales y/o sanguíneos que lo contuvieran y que tenían la particularidad de atacar al sistema inmunológico del organismo debilitándolo progresivamente, lo que provocaría, en definitiva, la expresión de múltiples complicaciones de salud como las descritas anteriormente y que llevaban en la casi totalidad de los casos a la muerte.

¹ Una característica común de esta nueva enfermedad era la presencia de una progresiva y severa inmunodeficiencia en personas que previamente no tenían esta condición. De ahí su nombre: *Síndrome*, porque se presenta como un conjunto de signos y síntomas relacionados; *de inmunodeficiencia adquirida* para distinguirlo de formas congénitas de inmunodeficiencia (Sepúlveda, 1998, p.11).

En 1983 Luc Montagnier y su grupo de investigadores en el Instituto Pasteur de Francia, detectaron en ganglios linfáticos de un paciente con SIDA un virus al cual denominaron 'virus asociado a la linfadenopatía'. Un año más tarde Robert Gallo y sus colaboradores, en EE.UU., confirmaron la presencia de este virus en los pacientes con SIDA, denominándolo HTLV-III. Posteriormente, en 1986, la comunidad internacional acordó denominar a este nuevo virus como Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH² y se le identificó como el agente patógeno causante del SIDA (Sepúlveda, 1998).

La primera evidencia de infección humana con el VIH se encontró en muestras de suero obtenidas en África durante 1959. Por esto es de suponer que los primeros casos de SIDA comenzaron a ocurrir en la década de los sesenta. Luego, a través de los procesos migratorios, el virus se habría difundido por todo el mundo. Sin embargo, debido al largo periodo latente entre la infección con VIH y el desarrollo del SIDA, los que ahora se presumen primeros casos no se presentaron sino hasta 1978 (Sepúlveda, 1998).

En las personas que viven con VIH, es posible encontrar unidades virales presentes en número variable en la gran mayoría de sus secreciones. Sin embargo, tan sólo en la sangre y fluidos sexuales (fluidos vaginales y semen) se encuentra en número tal que es capaz de transmitir la infección, por tanto, sólo a través del intercambio de estos fluidos es posible la transmisión del virus. Además, la transmisión, para ser efectiva, necesita de un volumen relativamente abundante de secreciones o pequeñas pero continuas inoculaciones (como en el caso de contagio de los consumidores de drogas intravenosas). Es por esto que hoy en día se encuentra definido que solo existen tres vías de transmisión del VIH, estas son: las vías sexual, sanguínea y vertical³.

² Pronto se definiría que el VIH correspondería al tipo retrovirus, que se incorpora a un tipo especial de célula, los linfocitos T4 (célula huésped), y que es capaz de mantenerse latente en ella incluso por años (etapa que se conocerá como la de portador asintomático). Sin embargo, en algún momento, el virus comienza a reproducirse y logra salir de la célula huésped rompiendo su membrana, lo cual provoca la muerte del linfocito T4. Esta destrucción comienza a ser progresiva y se expande a todos los linfocitos T4, terminando por destruir el sistema inmunológico del organismo, a tal grado que la persona se vuelve vulnerable a infecciones oportunistas, que en situaciones normales serían rechazadas. Se conocerá con el nombre de SIDA, entonces, a la última etapa de este proceso, es decir, al momento en que el organismo es atacado por infecciones oportunistas. En el curso de la investigación científica se ha identificado la existencia de dos tipos de VIH y de diversos sub-tipos de cada uno de ellos. Inicialmente se conoció el VIH-1, de mayor prevalencia a nivel mundial y de más rápida progresión a la etapa SIDA. En 1985 se identificó un segundo tipo de VIH, llamado VIH-2, el cual se encuentra principalmente en África Occidental; según estudios, este segundo tipo, se transmitiría preferentemente por vía sexual, siendo menos eficiente su transmisión y menos agresivo su desarrollo comparativamente con el VIH-1, ya que se replica con mayor lentitud en el organismo lo que retarda la aparición del SIDA (Sepúlveda, 1998).

³ a) *Transmisión Sexual*: A nivel mundial más de 75% de las infecciones por VH, se asocia con transmisión por vía sexual, tanto en adolescentes como en adultos. El principal factor de riesgo para esta vía es el sexo no

Desde el comienzo de la epidemia, la comunidad científica internacional ha desarrollado una serie de investigaciones orientadas, por un lado, al desarrollo farmacológico con el fin de revertir la infección en aquellas personas que adquirieron el VIH, y por otro, al desarrollo de una vacuna que inmunice a las personas que no han adquirido el virus. Si bien se han logrado grandes avances en la primera dirección, consiguiendo en muchos casos la cronicidad de la infección, no se ha logrado ni revertir completamente la presencia viral en el organismo, ni elaborar una vacuna eficaz que prevenga su adquisición. Es por esto, que la educación y la prevención primaria, se constituyen, hasta este momento, en las herramientas de mayor efectividad para evitar la propagación del virus a otros seres humanos.

1.1 Epidemiología del VIH/SIDA

Situación Mundial de la Epidemia del VIH/SIDA

Las últimas estimaciones de ONUSIDA (Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA), muestran que hasta fines de 2000, existían en el mundo, un total de 36.1 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, cifra superior en más de un 50% a lo proyectado para ese año en 1991. De este total, 16.4 millones correspondían a mujeres

protegido. En la mayoría de casos la infección por VIH se adquiere por contacto sexual heterosexual. La práctica sexual donde se hace más efectiva la transmisión es el sexo anal receptivo, tipo de relación que es practicado no sólo por hombres homosexuales y bisexuales, sino también por parejas heterosexuales. Otras prácticas sexuales donde puede efectuarse la transmisión del virus es a través de la penetración vaginal y el sexo oral. En la transmisión sexual, la magnitud de la carga viral es un elemento que favorece el contagio, lo que aumenta el riesgo de transmisión. Por otra parte el tiempo de exposición a la sangre y secreciones sexuales durante la relación, sería una variable de riesgo en la medida que esta exposición es más extensa y prolongada. Y por último la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual representa un aumento en el riesgo de adquirir el virus, por las manifestaciones que provoca como inflamaciones, úlceras, sangramiento y diferentes grados de lesiones en los genitales, tanto interna como externamente.

b) *Transmisión Sanguínea*: Una segunda vía de transmisión es la sanguínea, la que puede efectuarse tanto por el uso compartido de jeringas utilizadas por los consumidores de drogas intravenosas, lo que constituye una práctica de alto riesgo, como también a través de transfusiones de sangre completa o de alguno de sus productos tales como las plaquetas o los glóbulos rojos contaminados por el VIH. En Chile en junio de 1987, el Ministerio de Salud normó la obligatoriedad de la realización del examen de detección del VIH a todos los donantes de sangre, disminuyendo así la probabilidad de transmisión por esta modalidad.

c) *Transmisión Vertical*: La tercera vía descrita corresponde a la transmisión vertical, de madre a hijo, lo que puede ocurrir durante el embarazo, el parto o la lactancia. Es importante aclarar que no todos los hijos de madres portadoras del virus lo adquieren, pero a pesar de ello la transmisión vertical representa a nivel mundial el segundo modo más frecuente de diseminación del virus y la principal vía de adquisición del VIH en niños.

representando el 45,4 % de los casos, y 1.4 millones a menores de 15 años. Desde el inicio de la epidemia hasta esa fecha el número de defunciones estimadas era de 21.8 millones de personas, 3 millones de éstas, ocurrieron durante el año 2000 (CONASIDA, 2000).

En la actualidad⁴ más del 95% de las personas que viven con VIH/SIDA residen en países en desarrollo y un 70% corresponden a personas del África Subsahariana. En América Latina se estima que 1,4 millones de personas viven con VIH/SIDA y que 150.000 adquirieron la infección durante el año 2000. La principal modalidad de transmisión en Latinoamérica la constituyen las relaciones sexuales entre hombres, seguida por las prácticas asociadas al uso de drogas inyectables, apreciándose desde la década del 90, un incremento importante de la transmisión heterosexual. Sin embargo, existe gran variabilidad del patrón de transmisión al interior de la región. Así, por ejemplo, en Argentina la categoría de exposición mayoritaria es el uso de drogas inyectables (CONASIDA, 2000).

Situación Nacional del VIH/SIDA

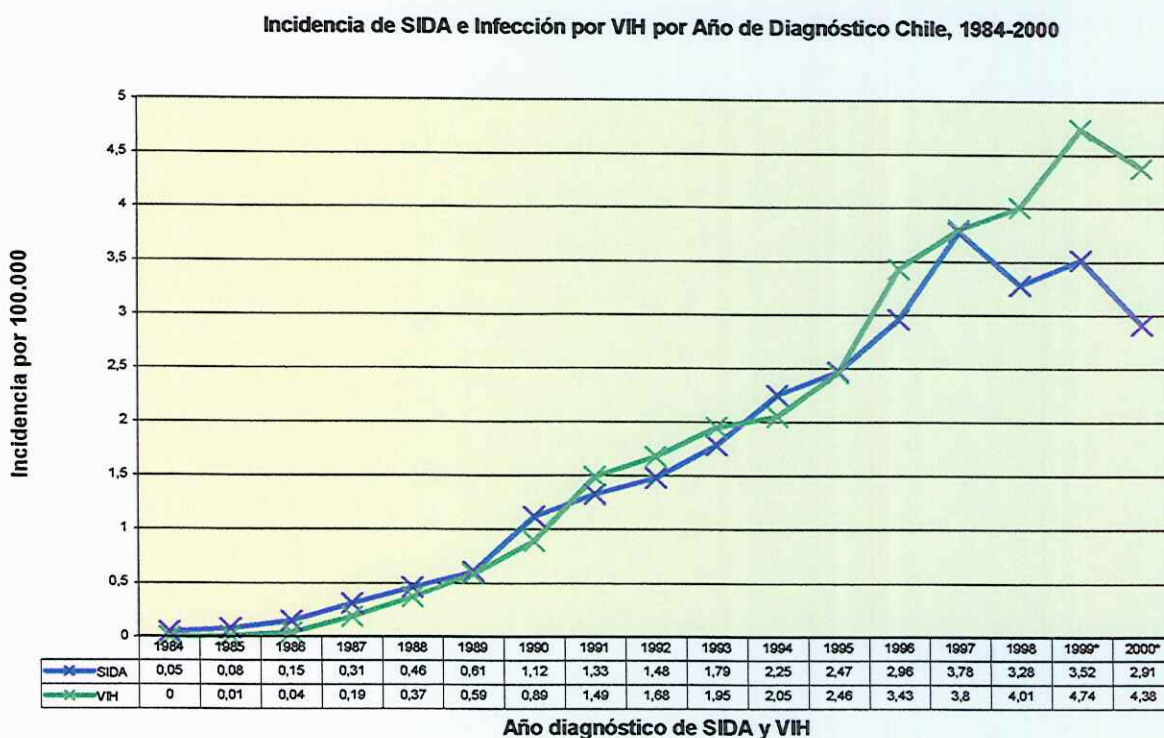
Casos de SIDA e Infección por VIH

El primer caso chileno de SIDA se notificó en 1984; hasta Diciembre de 1999 se han notificado 4.085 enfermos y 4.640 personas VIH positivo asintomáticas en las trece regiones del país. Se ha informado el fallecimiento de 2.705 personas a causa del VIH/SIDA hasta la misma fecha. Así también, la tasa de incidencia acumulada de casos de VIH/SIDA en Chile alcanza a 27.6 por 100.000 habitantes, y la tasa de crecimiento anual de casos es del 20% (CONASIDA, 2000) (*ver gráfico 1*). Finalmente, en su último informe la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA, estima que 22.514 personas han sido afectadas por el VIH/SIDA en Chile, cifra que incluye las personas fallecidas, y que 19.479 personas viven actualmente con el virus. Sin embargo, considerando las indicaciones de ONUSIDA, que señalan que por cada persona diagnosticada existen 5

⁴ Los datos que se consignan son los disponibles en el último Boletín Oficial (N° 13, 2000) emitido por la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA, no habiendo actualizaciones a la fecha.

más que no lo saben, VIVOPOSITIVO⁵ estima que, a la fecha, en nuestro país existen 40.000 personas afectadas por el VIH/SIDA (VIVOPOSITIVO, 2001).

GRÁFICO 1



Categorías de exposición declarada en casos de SIDA

Al estudiar las categorías de exposición al riesgo de adquirir VIH se aprecia que la principal vía de transmisión es la sexual (con el 93.4% de los casos); mientras la transmisión sanguínea alcanza el 5.1% y la transmisión madre-hijo constituye el 1.5% del total de casos (CONASIDA, 2000).

⁵ VIVOPOSITIVO es la Coordinadora de Agrupaciones de Personas que Viven con VIH/SIDA en Chile. Como parte de su acción, esta organización desarrolla estudios e investigaciones de la situación del VIH/SIDA en nuestro país; en este sentido se instalan como una posición alternativa a la voz oficial representada por la CONASIDA.

Distribución por edad al diagnóstico de SIDA

Los principales grupos de edad afectados tienen entre 20 y 49 años y concentran el 84.9% de los casos. Los menores de 20 años representan el 2.6% y los mayores de 50 el 12.5% de los casos, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos (CONASIDA, 2000).

Epidemiología de la Mujer y VIH/SIDA

En Chile, el primer caso de una mujer que adquirió el VIH fue registrado en 1985, un año después que el primer caso presentado en un hombre. Esto evidencia una característica distintiva del comportamiento epidémico en nuestro país con respecto a otras naciones, existiendo en Chile casos de VIH/SIDA en mujeres desde el comienzo de la epidemia en contraste con el comportamiento inicial homo-bisexual masculino de la epidemia en la mayoría de los países occidentales (VIVOPOSITIVO, 2001).

El análisis de los casos de SIDA acumulados desde el inicio de la epidemia hasta el presente, arroja una mayor proporción de hombres, que constituyen el 89.2% de los casos, frente a un 10.8% que son mujeres.

Cabe señalar que, como ya se ha enunciado, en los últimos años se ha observado un crecimiento mayor entre los casos de VIH/SIDA entre las mujeres. Al analizar las notificaciones anuales de casos de SIDA se puede confirmar que a partir del año 1990 se ha producido un incremento porcentual mayor de mujeres enfermas (33%) que de hombres (25%) (VIVOPOSITIVO, 2001). Esto se refleja en la proporción entre hombres y mujeres, cuya brecha se ha acortado a través del tiempo, desde 15:1 en 1991, llegando a 7.2:1 en 1998 (último año considerado con cifras definitivas) (CONASIDA, 2000) (*ver gráficos 2 y 3*).

GRAFICO 2

Casos de SIDA por Año Diagnóstico y Sexo Chile, 1984-2000

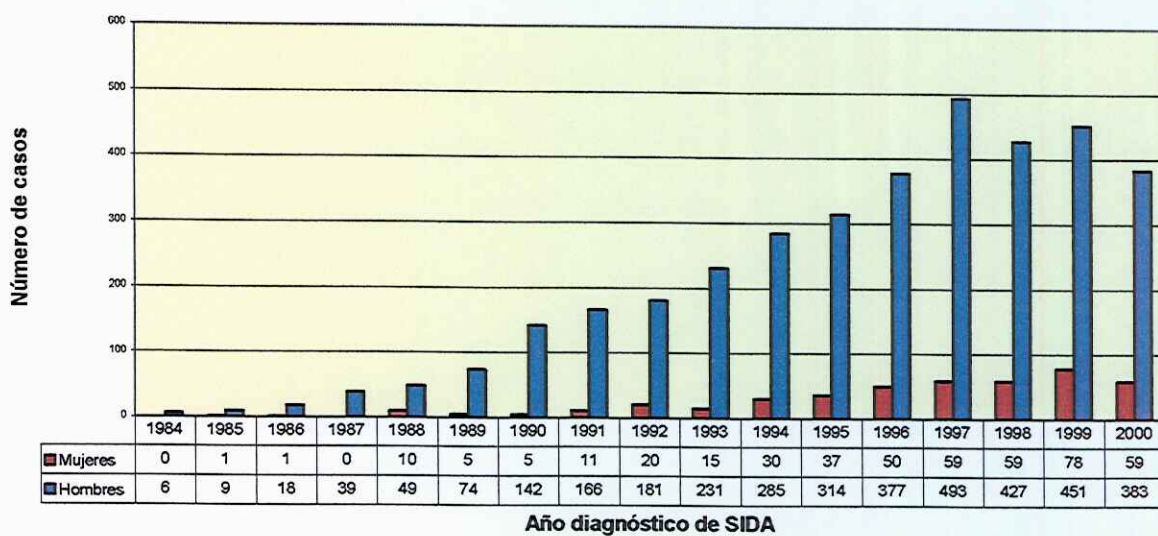
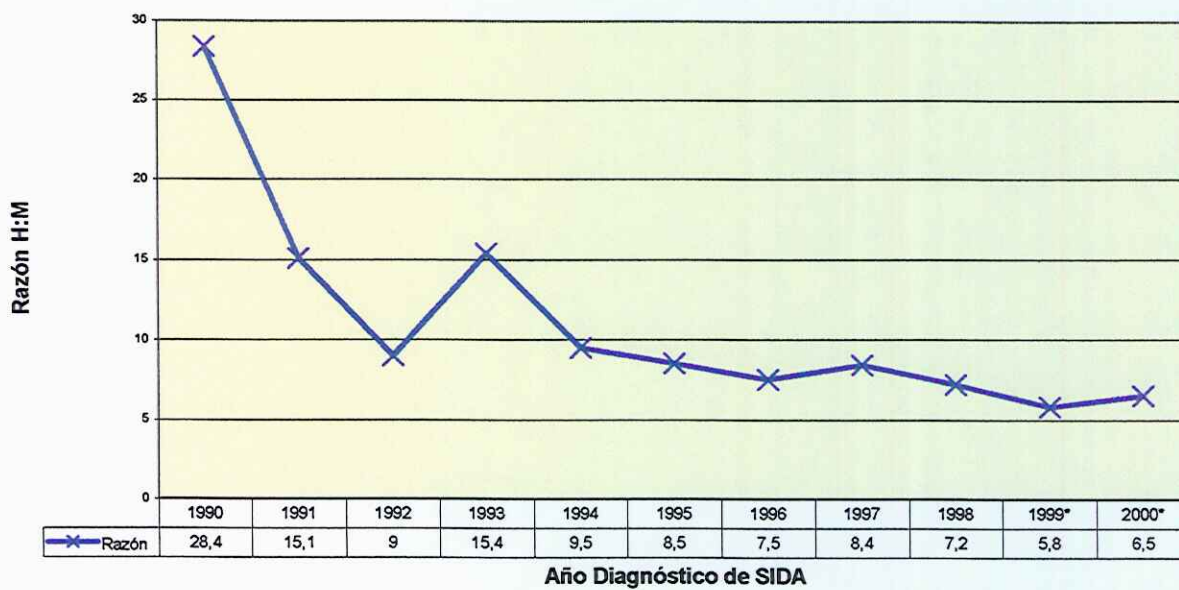


GRÁFICO 3

Proporción Hombre:Mujer en Casos de SIDA Chile, 1984-2000



Las cifras informadas por CONASIDA a este respecto, indican que desde 1984 hasta el 2001, han sido notificadas por VIH 719 mujeres, de las cuales 370 fueron diagnosticadas de SIDA. Además se informa el fallecimiento de 235 de estas mujeres (VIVOPOSITIVO, 2001).

En relación a las vías de transmisión del virus, hasta 1998 el 70% de las mujeres declaró haber adquirido el VIH por vía sexual heterosexual, un 11,3% por transfusión sanguínea, un 3,8% por uso de drogas intravenosas, un 11.3% por transmisión vertical y un 3.8% no específica o no sabe la forma en que lo adquirió (VIVOPOSITIVO, 2001).

Caracterización de la Epidemia en Chile

A partir de las investigaciones epidemiológicas desarrolladas, se ha generado una caracterización del comportamiento y de las tendencias de la epidemia en nuestro país. Esta caracterización puede resumirse en un conjunto de categorías que presentamos a continuación:

CUADRO 1

Feminización	Indica un crecimiento mayor a lo largo del tiempo de los casos de SIDA en mujeres en comparación a los hombres (incluyendo todas las categorías de exposición). Se observa el comportamiento del indicador razón hombre:mujer, el que muestra una tendencia a la disminución, es decir, la brecha entre ambos sexos se acorta indicando un incremento mayor en los casos de SIDA en mujeres.
Heterosexualización	Indica un crecimiento relativo mayor a través del tiempo de casos transmitidos por relaciones sexuales entre hombres y mujeres comparados con los casos transmitidos por relaciones sexuales entre hombres.
Pauperización	Se refiere al desplazamiento de la epidemia hacia grupos poblacionales con menor nivel socioeconómico. Se evalúa a través del análisis de las variables escolaridad y ocupación contenidas en la notificación de casos.
Escolaridad	Si se compara el nivel de escolaridad en mujeres entre 15 y 49 años con VIH/SIDA a través del tiempo, se observa un incremento en la proporción de mujeres notificadas que sólo tienen educación básica, este aumento es más marcado entre el período 90-92 comparado con 93-95. También existe una clara disminución del nivel de educación superior, sin embargo, estas diferencias no alcanzan significación estadística. Igual análisis realizado

	<p>para los hombres notificados muestra que las diferencias están en el nivel de educación media y superior, estas diferencias tienen significación estadística al comparar el período 90-92 con 93-95, observándose que aumentan los casos en hombres que sólo tienen enseñanza media ($p = 0,04$) y disminuyen en aquellos que tienen escolaridad superior ($p = 0.01$). El período 93-95 versus 96-98 no presenta diferencias significativas. De acuerdo al análisis se concluye que existe una clara tendencia al deterioro del nivel de escolaridad tanto en hombres como en mujeres con VIH/SIDA, afectando mayoritariamente a personas con menor nivel educacional a través del tiempo.</p>
Ocupación	<p>En todos los períodos estudiados, las dueñas de casa alcanzan la mayor proporción entre las mujeres notificadas (promedio 51%), lo que es representativo de la realidad nacional, puesto que la mitad de las mujeres chilenas lo son. En ellas no existen diferencias importantes a través del tiempo. Las diferencias están dadas en las operarias y oficinistas, cuya proporción aumenta, en tanto en las mujeres profesionales la presencia de casos disminuye a través del tiempo. En el caso de los hombres, se observa una disminución importante a través del tiempo en los profesionales y un aumento en los operarios y estudiantes. Por primera vez se observa un deterioro en el nivel ocupacional (en ambos sexos), concordante con lo observado en la escolaridad y reafirmando la tendencia a la pauperización de las personas notificadas.</p>
Edad	<p>Los resultados indican que el diagnóstico de infección VIH y/o SIDA disminuye progresivamente en las edades entre los 15 y 24 años. En la etapa de adultez la situación es inversa, aumentando a través del tiempo el diagnóstico a estas edades. Dos razones podrían explicar lo descrito antes: Los jóvenes adoptan conductas preventivas, representando un impacto de los programas implementados y/o las terapias antiretrovirales evitan la evolución a SIDA, alargando el período asintomático de la infección y retrasando la aparición de enfermedades marcadoras a edades mayores.</p>
Localización	<p>Describe el lugar de residencia de los casos declarados. Esta es de localización urbana; sin embargo, se aprecia un desplazamiento de los casos hacia localidades rurales.</p>

Fuente: *Boletín Epidemiológico Semestral sobre SIDA N° 13*
 CONASIDA, Diciembre 2000

1.2 El Carácter Simbólico del SIDA

Hasta este punto, nos hemos referido a aquellos aspectos 'objetivos' que definen la epidemia del VIH/SIDA: sus orígenes, sus características biológicas y epidemiológicas, su comportamiento demográfico, su caracterización social y el estado actual de la epidemia en nuestro país.

Hemos intentado relevar la gravedad del fenómeno al que nos enfrentamos, sin embargo, esta realidad parece no ser el SIDA, o por lo menos, no serlo del todo. Esta mirada no parece dar cuenta de la repercusión en el imaginario social que ha causado esta enfermedad.

Ciertamente todas las enfermedades están asociadas en el imaginario social, en mayor o menor medida, a algunas características comunes que las denotan de manera negativa, como el mal, la proximidad de la muerte, el dolor, etc. Sin embargo, en la historia de la humanidad han existido algunas enfermedades que, debido a sus características específicas y diferenciales, han sido dotadas aun de mayores cargas simbólicas. Una de ellas es el VIH/SIDA.

¿Cuál es la particularidad de esta enfermedad que la hace un fenómeno que no permite ser explicado solamente desde su realidad biológica y que requiere también ser abordada desde su dimensión simbólica? Para algunos autores el SIDA tendría una cara oculta. La cara de la interpretación humana, cargada de miedos, expiaciones y culpas, de fantasías punitivas y sentimentales adosadas desde siempre a lo disfuncional, al mal. La misma cara que alguna vez tuvieron otras grandes enfermedades a lo largo de la historia como la peste medieval, la tuberculosis y la sífilis victoriana, y el cáncer a principios del presente siglo. Esta cara oculta, oscura, es la *metáfora social*, metáfora que ha subjetivado todas estas y otras enfermedades a lo largo de la historia, desligándolas de su compleja, pero certera realidad biológica, anclándolas en el reino de lo inaceptable, en el lado nocturno de la vida (Sontag, 1995; Weeks, 1995).

Revisar este fenómeno desde una mirada histórica y simbólica es útil para poder comprender la epidemia del SIDA desde otra perspectiva: la llamada "*anatomía interna* de

la epidemia del SIDA" (Sontag, 1995, p.22); ésta ha sido sorprendentemente similar a aquellas enfermedades que, desde siglos, moldearon el ser y hacer de occidente. La proliferación de metáforas acerca del SIDA, entonces, responde a esta herencia metafórica que recibe de fenómenos epidémicos previos, pero también a sus propias características.

Dos son las enfermedades que con mayor rigor definirán la dialéctica de la metáfora en el plano de la salud. La sífilis y el cáncer. Ambas nos interesan por razones diversas, sin embargo, lo que los hace relevantes a la hora de pensar la condición metafórica del SIDA es que estas enfermedades, por sus propias particularidades, han preparado los discursos, las metáforas a partir de las cuales ha sido pensado el SIDA y que han influido en el imaginario de las sociedades contemporáneas. Por un lado, tenemos la atribución a la sífilis de un profundo contenido de carácter sexual; y, por otro, la relación estrecha que existió, al menos durante todo el siglo XIX y la mayoría del XX entre el cáncer y la muerte. Ambas características: sexo y muerte se asociarán, tal vez por primera vez en la historia de la salud moderna, en el SIDA. La metáfora que conllevará el SIDA, entonces, supondrá en gran parte una reedición de las metáforas sociales que se desplegaron para estas dos enfermedades (Sontag, 1995).

Este proceso de asignación de un lugar simbólico al SIDA, ocurre además en un contexto político y cultural de grandes y profundos cambios que lo influyeron.

El hecho de que el SIDA fuera identificada por primera vez en una población específica, las comunidades masculinas homosexuales de los Estados Unidos, que ya estaban sometidas a la marginación y a exacerbados ataques políticos y culturales debido a su importante crecimiento en las décadas anteriores, configuró radicalmente la respuesta inicial de la sociedad norteamericana y mundial a la nueva epidemia. La reacción social se dirigió a dichos grupos rechazándose la idea de que la epidemia pudiera extenderse al resto de la sociedad. De esta manera, la propagación del virus a otras poblaciones (niños, mujeres, hombres heterosexuales) sufrió un proceso de invisibilización que se tradujo en políticas sociales deficientes para abordar la epidemia en estas poblaciones.

El SIDA aparecía además en un momento en que, pasados los años sesenta y setenta, identificados como años de *liberación sexual*, se producía el crecimiento de un clima

moral que buscaba un retorno a los *valores tradicionales*, por lo que fue utilizado como chivo expiatorio de grupos conservadores que deseaban mostrar el decaimiento de la cultura y los valores a través de la crítica a las comunidades homosexuales norteamericanas (Weeks, 1995).

Pero el SIDA no aparecía sólo en un escenario proclive a una reacción social como la que experimentó debido a sus implicancias morales y culturales. El virus se encontró, también, con un momento político y económico notablemente desfavorable para el inicio de programas eficientes que buscaran frenar su expansión.

Las políticas económicas de occidente, lideradas en los años ochenta por sectores conservadores tanto en Estados Unidos y Europa, estaban focalizadas en implantar un nuevo concepto de sistemas de servicios públicos, dentro de los cuales se encuentra la salud pública, basado en la generación de un nuevo *individualismo* y en contra de las tradiciones de la *seguridad social* que el *estado de bienestar* había querido asegurar en las décadas anteriores. Esto significó que en un principio, se dirigieron pocos recursos para la detención e investigación de la nueva enfermedad, hasta que la epidemia estuvo fuera de control (Weeks, 1995).

Mientras que la enfermedad se expandió hacia otras comunidades marginales (en especial hacía las más pobres, las comunidades afroamericanas y los usuarios de drogas), pareciendo eximir a la población 'normal' heterosexual de la gran mayoría de los países occidentales, devastando ya a los países pobres, se le comenzó a asociar con la dimensión de la *otredad*, de lo perverso, lo marginal, lo desconocido, se convirtió en "la enfermedad de los ya enfermos" (Weeks, 1995, p.158). Esto confirió un estigma a los afectados que ha persistido: el de culpables, de implicados, de participantes.

La reacción social se empeñó en separar estas dos clases de personas, los culpables y los inocentes, los implicados y los inmunes, hablando esto de una cultura que temía el impacto del cambio sexual que el SIDA traería, tanto para heterosexuales como para homosexuales; se temía a la complejidad social, a la diversidad moral (Weeks, 1995).

De esta manera, por lo menos durante el *debut* de la primera década, el SIDA se despojó de su realidad biológica, de lo que la constituía como enfermedad, y se revistió con un

nuevo ropaje: el *simbolismo*. El SIDA pasó a ser el símbolo de la "cultura en desacuerdo consigo misma, de un problema global que evocaba un sinnúmero de pasiones, moralidades y prejuicios locales, el epítome de una civilización cuyos valores eran inciertos, donde el placer caminaba con la enfermedad y la muerte" (Weeks, 1995, p.159).

Pero, ¿a partir de que mecanismos el SIDA llega a afianzarse en este lugar simbólico?

Como ya fue mencionado, la sífilis y el cáncer originaron los prototipos de casi todas las imágenes y metáforas vinculadas al SIDA. A pesar de que en sentido estricto el SIDA no es una única enfermedad, sino que el espacio para que cientos de ellas se expresen, se ha prestado para que así se le considere, como una sola enfermedad, en gran parte porque se le supone, como al cáncer y a la sífilis, una única causa.

De esta manera la metáfora del SIDA es dual: Cuando se lo considera como un proceso, se lo describe igual que al cáncer, una invasión. El cáncer aporta a la metáfora del SIDA la idea de la *irreversibilidad*, la no vuelta atrás, el *proceso invasivo hacia la muerte*. Una muerte tremendamente lenta, y en soledad; cuando se lo considera desde sus formas de transmisión, se invoca la metáfora de la sífilis: la polución, es decir, la transmisión a través de fluidos corporales, comúnmente sexuales (Sontag, 1995).

Esta idea de muerte es la que trae consigo el SIDA, la muerte en soledad, la muerte incorregible, incurable, irresistiblemente sola. Sin embargo, el sujeto que padece SIDA no es visto, de manera alguna como en el cáncer, como un sujeto paciente, que espera la enfermedad, que no se involucra. El sujeto que padece SIDA, por el contrario, se le supone responsable, es activo en su contagio. En el SIDA, el sujeto *actúa* para contagiarse, el contagio no es posible sin la propensión a realizar acciones que lo favorezcan.

Inmediatamente el SIDA, al igual que la sífilis, es asociado a ese *hacer en el sexo*, pero no a una acción cualquiera, sino al *hacer perverso*. Se le supone como una enfermedad *moralmente corruptora* pues hablaría de dimensiones *anormales* del sexo, del sexo prohibido, de la promiscuidad.

(Referencia?)

El SIDA está bastante delimitado biológicamente, se le conoce con un grado alto de exactitud, al menos en lo que se refiere a formas de transmisión, tratamiento, prevención, etc. No se puede suponer, por tanto, que su uso metafórico busque subvertir una realidad confusa, que sea un intento de aclarar algo que no se entiende. La metáfora del SIDA supone entonces un proceso de reacción social.

La metáfora social del SIDA ha logrado instalarse homogéneamente en la mayoría de las sociedades occidentales, y es por tanto, una variable fundamental en el proceso de construcción del riesgo al VIH/SIDA que desarrollan las culturas y las personas en su interacción social.

Referencia?

Esta dimensión simbólica se erige en un nivel de tal importancia en relación a cómo la sociedad ha reaccionado a la epidemia y cómo influye en que las personas se vinculen con ella, que ha generado una gran proliferación de discursos, valores y normas. Frente a este hecho creemos que esta es una dimensión fundamental a considerar en cualquier intento de comprensión del riesgo sexual e intervención a través de programas de prevención.

2. LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO SEXUAL PARA EL VIH/SIDA

Corresponde ahora revisar el concepto de riesgo sexual y cómo este responde a una serie de variables que lo explican y determinan. Para ello comenzaremos revisando el lugar que ha ocupado el riesgo durante la modernidad utilizando una aproximación sociohistórica que demostrará su preponderancia y centralidad como fenómeno social actual. Luego recogeremos algunas de las más importantes aproximaciones conceptuales al fenómeno estudiado. Finalmente pasaremos a revisar tres enfoques posibles de reconocer en relación al riesgo y en particular al riesgo en salud, cuales son el enfoque técnico, el enfoque de la percepción de riesgo y el enfoque construccionista. En este punto, nos detendremos con especial atención en la revisión del enfoque de la percepción de riesgo, dada su vinculación directa con la gran mayoría de las estrategias de prevención del VIH/SIDA desarrolladas hasta ahora, las cuales también revisaremos a la luz de sus postulados. Siguiendo con el análisis, revisaremos el enfoque construccionista del riesgo que, haciéndose cargo de un análisis crítico de los enfoques anteriores, propone un nuevo abordaje del fenómeno a través de una vinculación explícita con aspectos sociales, históricos y culturales. La revisión de este enfoque nos permitirá asentar la posición teórica que orientará la investigación y el estudio de campo posterior.

2.1 El Advenimiento de la Sociedad del Riesgo

Diversos autores sostienen que la construcción del concepto de riesgo es un evento reciente, una manifestación propia de la modernidad, que ha cubierto y reemplazado los conceptos premodernos de suerte, fortuna y destino (Giddens, 1996; Kendall, 1995).

No existe cultura no moderna que no haya incorporado en algún sentido las nociones de suerte y destino como elementos fundamental de su filosofía. En ellas, el mundo no se consideraría un conjunto de acontecimientos sin relación en el que los únicos agentes de orden son la naturaleza y el ser humano, sino como algo intrínsecamente configurado que relaciona a la vida humana con los sucesos del universo (Barrientos, 1998).

Es así como los “riesgos” de la era premoderna aludían a peligros masivos, catastróficos y generalmente de orden natural (terremotos, inundaciones, plagas, etc). La noción de “riesgo” premoderno aludía por tanto a un peligro colectivo, que por sus características era percibido como causal y determinado. Frente a esta visión las antiguas culturas desarrollaron técnicas dispares para enfrentar los acontecimientos “riesgosos” y elaboraron determinados mecanismos culturales que dotaban de certidumbre a la existencia futura (oráculo, adivinación, brujería, religión y magia) (Barrientos, 1998).

El riesgo aparece como concepto propiamente tal en la transición de la baja edad media a la edad moderna temprana, permeando las ideas de fortuna y destino con los componentes característicos de la modernidad (Giddens, 1996).

Es de este modo como el concepto de riesgo comienza a ligarse a la concepción moderna de racionalidad y a la concepción temporal de futuro. El riesgo, en este contexto, tiene la pretensión de convertirse en una unidad de medida del enfrentamiento del peligro y la búsqueda de la seguridad social, así como también pretende generar una tecnología capaz de medirlo, prevenirlo y gestionarlo ‘objetivamente’. Del mismo modo, aunque contradictoriamente, la modernidad con su pretensión de generación de sujetos autónomos y libres, elabora una noción de riesgo como experiencia condicionadora o mediadora de dicha autonomía, como un costo de la libertad personal.

Con el avance de la modernidad, y el advenimiento de la modernidad tardía⁶, el concepto de riesgo se masifica en su uso y en la experiencia cotidiana, alcanzando los más diversos órdenes sociales (trabajo, salud, relaciones de pareja, sexo, etc).

⁶ La *modernidad tardía*, como ha sido denominada por Giddens (1995b), se caracteriza en primer lugar, por un proceso de globalización creciente, dado principalmente por las innovaciones científico-tecnológicas y la economía capital de mercado. Esta universalización se entiende en contracción del tiempo y del espacio, por la porosidad de las fronteras, la nueva trama de redes, la cooperación internacional y la importancia de lo local. En segundo lugar, por un proceso de individualización, entendida no en términos del individualismo clásico, sino de la desvinculación del individuo respecto de su entorno tradicional. Este es el proceso por el cual el individuo conquista su autonomía, socavándose así las normas, creencias y convenciones que habían asegurado la cohesión de la vida social. Simultáneamente, este descubrimiento de “sí mismo” supone el plantearse el lazo con el otro, de ello se generan nuevos vínculos sociales. Y en tercer lugar, por una reformulación de las identidades colectivas. Las personas desarrollan en su convivencia diaria lazos de pertenencia y compromiso mediante los cuales pueden dar sentido a la acción. De esto devienen las preguntas por el ¿quiénes somos “nosotros”? ligada a la identidad social y por el ¿cómo vivimos juntos? que tiene como consecuencia la pluralidad de identidades (PNUD, 2000)

A partir de la radicalización de la modernidad, el riesgo ya no está conceptualizado como una mediación social sino que pasa a ser un elemento constitutivo de las sociedades. A este respecto, Ulrich Beck (1996) plantea que, a partir de la implantación de la modernidad tardía, se estaría en presencia de una sociedad del riesgo.

Este concepto – sociedad del riesgo – hace referencia a una doble experiencia en la sociedad actual:

1) Por una parte, la posibilidad cada día mayor de que se produzcan daños que puedan afectar a buena parte de la humanidad, estos podrían ser daños causados por catástrofes repentinas (por ejemplo, la explosión de una central nuclear) o por catástrofes larvadas (por ejemplo, la paulatina destrucción de la capa de ozono). Estos daños están asociados a la universalización de la tecnología y a sus consecuencias negativas por la abolición de las barreras nacionales, de clases sociales y generacionales. De esta forma, según Beck, nos encaminamos hacia una nueva modernidad, en la cual el eje que estructura nuestra sociedad no es más la clásica distribución de bienes, sino “la distribución de males, nos guste o no, es la distribución del riesgo más que de la riqueza lo que moviliza hoy a numerosos colectivos sociales” (López y Luján, 2000, p.20).

2) Por otra parte, la sociedad del riesgo consiste en la presencia cada vez mayor de decisiones arriesgadas dentro de la conducta cotidiana. Citando a Beck (1998), “la sociedad del riesgo comienza donde termina la tradición, cuando, en todas las esferas de la vida ya no podemos dar por supuestas las certidumbres tradicionales. Cuando menos podemos confiar en las seguridades tradicionales, más riesgos debemos negociar” (Beck, 1998; en López y Luján, 2000, p.21).

Desde esta perspectiva, se afirma que en algunas ocasiones las situaciones sociales de peligro están estrechamente vinculadas a la desigualdad de las situaciones de clase y de capas, “pero (las sociedades del riesgo) hacen valer una lógica de reparto esencialmente diferente: los riesgos de la modernización afectan más tarde o más temprano también a quienes los producen o se benefician de ellos. Contienen un *efecto bumerang* que hace saltar por los aires el esquema de clases.” (Beck, 1998, p.29). Sin embargo, López y Luján señalan que la problemática de la distribución del riesgo está lejos de sustituir a la problemática de la distribución de la riqueza. Según estos autores, si bien es cierto que

los peligros ya no se circunscriben a un lugar geográfico, una clase social o incluso a la generación presente; también es cierto que al mismo tiempo que los riesgos se globalizan, la distribución de la riqueza y la distribución del conocimiento científico-tecnológico es cada vez más inequitativa. En este contexto, en sociedades en desarrollo, como la latinoamericana, el análisis de la sociedad del riesgo a la luz de las desigualdades sociales presenta hoy un interés especial.

2.2 Aproximaciones Conceptuales al Riesgo

A fin de comenzar a revisar las aproximaciones conceptuales al riesgo, apelaremos en primer lugar al Diccionario de la Real Academia Española que, en una primera acepción, define el riesgo como la “contingencia o proximidad de daño”. La ‘proximidad’ hace referencia a un proceso mediado por la ‘probabilidad’ como componente necesario del riesgo: “no en vano el juego y el cálculo de probabilidades se erigen como protagonistas en algunos de los modelos de toma de decisiones en situaciones arriesgadas” (Blanco et al., 2000, p. 44).

De esta manera, tomando como punto de partida la definición del Diccionario de la Real Academia Española, el riesgo se asociaría, mediando voluntad o no, a la probabilidad de un daño, elemento fundador de incertidumbre. Es así como, “el riesgo no va unido a la certeza, ni a la temeridad suicida sino a su acontecer incierto y con él, establecemos un peligroso juego de complicidades, puramente azarosas en muchos de los casos, que nos colocan con no poca frecuencia al borde del abismo” (Blanco et al., 2000, p.44).

Para J. Frank Yates, el riesgo se define fundamentalmente en torno a las posibles pérdidas que entraña, las cuales se concretan en: a) pérdidas potenciales; b) significado de dichas pérdidas; c) incertidumbre de esas pérdidas. Por ello, el riesgo, refiere el autor, no es una característica del evento en sí, sino que “...representa una interacción entre la alternativa y la persona que asume el riesgo frente a ella” (Yates y Stone, 1992, en Blanco et al., 2000, p.45), ubicándolo en una dimensión subjetiva.

Van del Pligt (1996) ha vuelto sobre esta misma idea: “un riesgo puede ser definido como una acción que entraña la posibilidad de una pérdida”, una idea muy parecida a la que maneja Wagenaar (1992) aunque éste coloca el riesgo no sólo en relación la pérdida sino a lo largo de “la probabilidad de un evento indeseado”. De hecho, añade el autor a modo de conclusión de esta definición, “podemos decir que las conductas de riesgo siguen los pasos de una acción seleccionada al cabo de un proceso probabilístico” (Wagenaar, 1992, en Blanco et al., 2000, p.45).

Slovic (1997), sostiene que los dos factores en torno a los cuales la gente define el riesgo tienen que ver con el temor (la falta de control, su potencial dañino, su involuntariedad, etc.) y el conocimiento (si es un riesgo observable o no, si la gente que lo corre lo conoce o no, si tiene efectos inmediatos o retardados, etc.) (Blanco et al., 2000).

Las aproximaciones teóricas anteriormente abordadas, nos entregan dos importantes conclusiones como elementos a tener en cuenta para reconocer la red constructiva de la definición del riesgo:

- la incertidumbre de los resultados que puede acarrear correr determinados riesgos,
- la posibilidad de que esos resultados se salden en pérdidas para el sujeto (es decir, que vayan asociados a un daño más o menos irreparable) o, por el contrario, se salden en ganancia (Blanco et al., 2000).

Ahora bien, “cuando hablamos de riesgo estamos hablando de las relaciones que se establecen entre una persona y las alternativas que tiene delante de sí, las actividades que realiza, o los eventos a los que se enfrenta. Por tanto, el marco en el que se inscribe toda esta compleja gama de acontecimientos relacionados con la conducta de riesgo es idéntico al que aparece en otros muchos ámbitos del comportamiento humano: por una parte, la persona con todo su bagaje perceptivo, emotivo, motivacional, representacional, actitudinal, y un largo etcétera, y por otra parte, una parte de la realidad que se nos ofrece con una cierta dosis de realismo y en algunos momentos hasta de contundencia” (Blanco et al. 2000, p.47). Sin embargo, es necesario reconocer que entre estos dos elementos, el bagaje personal y la realidad, se cruzan y entrecruzan una red no despreciable de interconexiones tendientes a articular estos elementos en una lógica bastante alejada del sentido común. A esta articulación, es a lo que llamaremos la construcción de la noción de

riesgo, la compleja trama de elementos que se conjugan para que una persona evalúe o no, un evento potencialmente nocivo como peligroso.

2.3 Los Enfoques del Riesgo

Utilizando como punto de partida las definiciones de riesgo antes planteadas, distintas perspectivas de las ciencias sociales han intentado generar modelos explicativos del fenómeno del riesgo. Estos modelos están a la base de las diferentes estrategias preventivas que se han elaborado para enfrentar diversos fenómenos considerados nocivos para ser humano, entre ellos el VIH/SIDA. Ahora bien, las estrategias de prevención consideran implícitamente una determinada aproximación al riesgo, y pocas veces esta articulación es problematizada. Como veremos, todo enfoque de riesgo asume una determinada concepción de sujeto, y en este sentido, su alcance se encuentra limitado por el modo en que consideran la compleja relación de ese sujeto (racional, cognitivo, social, en interacción) con el mundo.

Bajo esta premisa, en adelante revisaremos las distintas perspectivas de riesgo, articulándolas desde una perspectiva crítica con los modelos preventivos que, a propósito del VIH/SIDA, se han difundido hacia la población. A través de esta revisión crítica, llegaremos a defender, como base teórica de la presente investigación, las ventajas de pensar el fenómeno del riesgo como una construcción social.

Siguiendo a López y Luján (2000), presentaremos estas perspectivas teóricas agrupadas en tres metamodelos del abordaje a la noción de riesgo, los que hemos llamado 'enfoques del riesgo': enfoque técnico, enfoque de la percepción del riesgo y enfoque constructorista. Si bien estos abordajes pueden ser situados en una relación histórica, no deben ser vistas como una serie de fases sucesivas, sino como representantes de la amplitud de actividades desarrollados en respuesta a la epidemia del VIH/SIDA⁷.

⁷ Siendo el objetivo particular de esta investigación la aproximación al riesgo sexual para el VIH, hemos privilegiado teóricamente una aproximación a las estrategias de prevención a partir de las conceptualizaciones del riesgo, definiendo los tres enfoques mencionados. Sin embargo, desde la perspectiva de la historia de las acciones en torno a la prevención del VIH/SIDA, es posible establecer otra mirada: una primera etapa caracterizada por los abordajes individualistas, en los cuales el foco de la atención es el individuo y su comportamiento; una segunda etapa, que integra el contexto social y lo instala como eje de la acción

a) Enfoque Técnico

Para los modelos teóricos agrupados en este enfoque, el riesgo es entendido como una “propiedad objetiva de sucesos y actividades, con probabilidades concretas dadas (aunque no siempre estimables con precisión) que dependen de cómo sea el mundo” (López y Luján, 2000, p.66).

El objetivo operativo de este enfoque es desarrollar una medida universalmente válida para el riesgo con ayuda de la cual puedan establecerse comparaciones entre distintas clases de riesgo, es decir obtener un criterio racional de aceptabilidad de los riesgos en relación a su probabilidad y sus consecuencias (López y Luján, 2000).

Dentro de este enfoque, ocupa un lugar significativo la *Teoría de la Decisión*, la que considera que el riesgo es igual al producto de la probabilidad y de la magnitud del daño. En ese sentido, el riesgo sería un fenómeno objetivo, en tanto es medible y calculable.

Según el enfoque técnico, las personas serían individuos aislados que se comportan de forma natural como ingenieros, midiendo y calculando los riesgos que se les presentan y tomando decisiones racionales frente a ellos. De esto se desprendería que la sola información compensaría la debilidad cognitiva de las personas y su comprensión tendría como consecuencia la adopción de una conducta “saludable”. (López y Lujan, 2000).

Este modelo teórico del riesgo, operó implícitamente durante gran parte del siglo XX para la elaboración de los modelos de prevención en salud⁸. Aquí podrían ubicarse aquellas concepciones epidemiológicas clásicas que utilizan el concepto de riesgo asociado a la

preventiva, en que destaca la introducción del concepto de vulnerabilidad; y una tercera etapa, en la cual individuo y contexto se articulan, atendiendo especialmente a los aspectos políticos de la epidemia. Si bien la aproximación individualista y de la construcción social del riesgo son fácilmente identificables en el esquema que nos hemos trazado – las primeras corresponderían a los enfoque técnico y de la percepción del riesgo, y el segundo al de la construcción social del riesgo – el enfoque de la vulnerabilidad no ha sido incorporado. Sin embargo, y reconociendo su importancia, lo abordaremos posteriormente, cuando desarrollemos las particularidades del tema del VIH/SIDA en relación a la mujer (acápites 3.5 de este marco teórico)

⁸ Como ejemplo de este caso aplicado al VIH/SIDA podemos mencionar que durante gran parte del tiempo que ha transcurrido desde que comenzó la epidemia, los modelos de prevención utilizaron como teoría básica de la prevención la Teoría de la Acción Razonada, la cual explica las conductas voluntarias (como las conductas sexuales) en relación a que las personas desarrollarían un procesamiento y evaluación de la información disponible y actuarían racionalmente conforme a esta evaluación. Por ejemplo, bastaría con que las personas pensarán en las consecuencias negativas de las relaciones sexuales no protegidas, para que efectivamente se protegieran con el uso de preservativo. (CONASIDA/ANRS, 2000).

salud para describir los patrones diferenciales de morbilidad o mortalidad asociados con un evento. Técnicamente, el término riesgo se referiría al exceso de morbilidad o mortalidad asociado con la exposición a un ambiente, condición o patógeno (Kendall, 1995).

Gran parte de las campañas de información masiva para el VIH/SIDA, tienen a la base esta lógica, que privilegia la entrega de información. No solo supone la racionalidad del individuo en cualquier evento, sin considerar otras variables vinculadas al comportamiento, sino que reproduce la distinción entre cultura popular y saber científico, entre no-saber y saber.

Sin embargo, la disonancia entre las estimaciones técnicas del riesgo y la percepción que las personas tienen del mismo dieron lugar a un cuestionamiento del modelo y al surgimiento de las *teorías de la percepción del riesgo*.

b) Enfoque de la Percepción de Riesgo

Desde los años 70' comienza a extenderse una prolífica literatura y diversas corrientes sobre el riesgo desde la psicología. En general este enfoque toma como punto de partida la discrepancia entre lo que técnicamente es estimado como un riesgo aceptable y lo que las personas están realmente dispuestas a aceptar.

En general asume una suerte de "dualismo de propiedades" (López y Luján, 2000, p.69), ya que reconoce la realidad objetiva del riesgo en los mismos términos que lo hace el enfoque técnico pero, por otro lado, el riesgo es aquí entendido en términos de representación cognitiva, es decir, como un estado mental de agentes individuales (riesgo percibido), con probabilidades subjetivas y grados de aceptabilidad (determinables y sistematizables) que dependen de una serie de variables contextuales vinculados a estados de creencias o disposiciones de comportamiento del individuo⁹.

⁹ Para este enfoque el 'riesgo objetivo' existe, y en muchos casos está cabalmente medido; en el caso del SIDA, por ejemplo, el riesgo objetivo se ha entendido como la resultante de los cuatro siguientes factores:

- a) frecuencia del uso del preservativo tanto en la relación vaginal como en la anal;
- b) número de parejas con la que se han mantenido relaciones sexuales;
- c) frecuencia de la relación sexual;
- d) uso del alcohol y/o drogas asociado con la conducta sexual.

Esta línea de investigación se ha ocupado particularmente de estudiar las variables que influyen individualmente sobre la percepción y valoración del riesgo, tratando de entender la forma en que las personas evalúan el riesgo en situaciones particulares. Esto es lo que se conoce también como 'riesgo subjetivo', un tipo de riesgo que, de acuerdo con este enfoque, permite la toma de decisiones 'irracionales' de aceptabilidad (algo que no se consideraba en el enfoque técnico). El riesgo, en cualquier caso, es aquí entendido de modo multivariado.

Para las teorías incluidas en este enfoque, los riesgos afectan a la existencia del sujeto de manera no siempre idéntica, se acompañan de procesos psicológicos muy singulares, ante los cuales las personas se posicionan de manera necesariamente diferente.

Esta idea es reforzada por el planteamiento de Bromiley y Curley (1992) (en Blanco et al., 2000) que toman como punto de partida las siguientes consideraciones:

- el riesgo varía a lo largo de dimensiones personales.
- el riesgo varía a lo largo de las situaciones.
- el riesgo es distinto en función de la actividad de que estemos hablando.

De esta manera podemos entender que tres ordenes de contextualización interactúan en la generación de la percepción del riesgo: la personal, la social y el fenómeno mismo causante de un potencial peligro.

La *percepción de riesgo* se erige entonces, desde este enfoque, como la variable central, como eje axial de toda la conducta preventiva y hasta de toda la compleja gama de comportamientos relacionados con la salud. (Blanco et al., 2000)

A diferencia del enfoque técnico que ponía énfasis en un sujeto racional, capaz de tomar decisiones conductuales a partir de la 'evaluación técnica' de la 'información objetiva', el enfoque de la percepción del riesgo, presupone un sujeto de mayor complejidad que un

Sin embargo, el riesgo percibido no opera con la misma objetividad: frente a una situación de riesgo para adquirir el virus del SIDA (ya están claramente definidas y documentadas científicamente) las personas no llegan a las mismas conclusiones que los científicos acerca del alto, mediano o bajo riesgo del evento, incluso no llegan a las mismas conclusiones en eventos similares pero temporalmente diferenciados. (Blanco et al., 2000).

'procesador de información', un sujeto con características tales que le permita desenvolverse en los procesos perceptivos relacionados con los eventos riesgosos.

El supuesto de que la complejidad subjetiva trasciende a lo meramente racional, provoca que en el desarrollo de este enfoque, se vayan reconociendo otras dimensiones subjetivas (emoción, afectividad, motivación, personalidad, actitudes, sociabilidad, etc.) que permitan dar cuenta de la complejidad con que las personas se enfrentan a los riesgos.

Prohaska et al. (1990), advertían sobre la improcedencia de abordar el tema del riesgo, en el caso del SIDA particularmente, sin hacer un alto en la emoción, no sólo por las estrechas relaciones que están establecidas entre percepción y emoción, sino por la activación-excitación emocional que entrañaría la conducta ligada a la actividad sexual. Mann (1992), Roysamb (1997) y Zanna y Hadbock (1999) (citados por Blanco et al., 2000) refuerzan lo anterior al relevar cómo el estado de ánimo puede afectar, a unos más que a otros, a la hora de hacer determinadas cosas que implican riesgo. Junto a lo cognitivo y lo afectivo, y no sólo junto sino mutuamente entrelazados, se encuentra lo motivacional. Paul Slovic (1987) refiere a este respecto que "la gente está dispuesta a tolerar el riesgo procedente de aquellas actividades de las que espera conseguir algún beneficio" (Blanco et al., 2000, p.56)

Otro elemento que requiere mención es la amplia gama de estudios que van orientados a reconocer *grupos de riesgo* para las más diversos eventos nocivos. Weinstein y Nicolich (1993) habían considerado como imprescindible distinguir entre personas más o menos regularmente implicadas en conductas de riesgo (personas de alto riesgo) y aquellas otras que no juegan con esa posibilidad (personas de bajo riesgo), apoyando con ello la posibilidad de que la percepción de riesgo fuera justamente consecuencia y no causa del comportamiento. En esta misma dirección Gerrard, Gibbons y Bushman (1996) manejan también la diferencia entre grupos de alto y de bajo riesgo y apuntan a la idea de que en los primeros la mera percepción y apreciación del peligro no tiene la suficiente fuerza como para poder motivar la adopción de medidas de precaución, entre otras cosas, porque las personas pasan a formar parte de estos grupos justamente por sentirse incapaces de cambiar su conducta, o por su falta de confianza en que cambiando la conducta las cosas puedan mejorar, o por su falta de control, etc. (Blanco et al., 2000).

Lo relevante de estas aproximaciones es que cuestionan las hipótesis de ensayo-error y/o las limitaciones en los instrumentos utilizados en el procesamiento de la información y en el cálculo de probabilidades subjetivas como pieza clave y única del complejo proceso del riesgo.

Sin embargo, una vez que el enfoque de la Percepción de Riesgo generó nuevas directrices para el abordaje de los riesgos (entre ellos el VIH/SIDA), su aplicabilidad en el terreno del riesgo sexual no consiguió los objetivos planteados para la prevención.

Las intervenciones comportamentales bajo este paradigma se orientaron a modificar en los individuos la situación o magnitud de los principales 'determinantes' de las conductas sexuales, con la intención de producir un cambio en estas últimas. Diseñadas y puestas en práctica estas intervenciones se orientaban primariamente a la entrega de información, a la motivación de la conciencia de riesgo y el deseo de reducirlo, y al desarrollo de habilidades para prácticas seguras, negociación sexual, etc. sin llegar a conseguir los objetivos planteados. Especial importancia cobró, en el fracaso de este enfoque, los resultados negativos de la utilización del concepto de grupos de riesgo en los programas de prevención¹⁰. Los modelos contemplados en este enfoque, se operacionalizaban mediante la medición de conocimientos, actitudes, habilidades, conductas, etc. Sin duda la expresión metodológica fundamental de este enfoque ha sido la llamada 'encuesta CAP' (Conocimientos – Actitudes – Prácticas).

A pesar que estos modelos fueron más allá de la consideración del conocimiento como base para el cambio de comportamiento, y señalaban la existencia de otros factores psicológicos (emociones, motivaciones, actitudes, etc.), así como de elementos interaccionales¹¹ tales como las presiones sociales, su unidad de análisis era el individuo,

¹⁰ La utilización de este concepto facilitó la marginación de poblaciones que, siendo vulnerables a la adquisición del VIH, no fueron consideradas 'grupos de riesgo', y por tanto excluidas de los programas de prevención, lo que facilitó un aumento significativo en los caso de VIH/SIDA en mujeres, niños, hombres heterosexuales y jóvenes.

¹¹ Aggleton et al. (1994) han hablado de "factores sociales y comunitarios" en el entorno del comportamiento de riesgo incluyendo las presiones sociales, la expectativas culturales, las convenciones sociales referentes a determinadas conductas (la sexual, por ejemplo), el uso cultural del alcohol o drogas, factores económicos que pudieran estar en la base de la posibilidad de acceder a determinados bienes materiales relevantes para el cuidado de la salud, leyes o regulaciones que marginan a determinados grupos y/o les dificultan el acceso a la información o a los servicios de salud, ideología política y religiosa. Reforzando lo anterior, Carol Heimer (1988) releva el elenco de variables de corte macro o microsociales que, desde su punto de vista, resultan imprescindibles a la hora de abordar la conducta de riesgo, y destaca una por encima de las demás: la

un individuo en un espacio social homogéneo, sin conflictos ni relaciones de poder. (Cáceres, 1999).

Las Teorías de la Prevención del Enfoque de Percepción de Riesgo

El enfoque de la percepción de riesgo dio lugar a una importante proliferación de estrategias y modelos preventivos para enfrentar a los más diversos fenómenos considerados nocivos para la salud de la población. Varias de estas estrategias preventivas fueron aplicadas, muchas veces sin una necesaria traducción contextual, al VIH/SIDA y otras surgieron directamente de la emergencia de la epidemia.

En relación con sus elementos constitutivos, Jonathan Mann (1993) define una tipología de programas de prevención del VIH/SIDA:

Tipo I: Programas informativos: Estos son los programas de menor desarrollo, que se orientan exclusivamente a la difusión de información. En general corresponden a programas de prevención emanados del enfoque técnico, pero también están presentes en los primeros modelos de prevención del enfoque de la percepción.

Tipo II: Programas facultadores: De moderado desarrollo, estos programas incluyen esfuerzos que favorecen su autogestión y proporcionan información.

En general, según Mann, cada uno de estos tipos de programas corresponden a diferentes niveles de conceptualización de la prevención. Es así como los programas de tipo I (informativos) difunden la información desde una fuente central, utilizando medios masivos y campañas temporales para así llegar a un amplio rango de la población. La información proviene, en el mayor de los casos, de instituciones relacionadas con la salud, y tiene relación con las conductas que por consenso se consideran riesgosas. No se atiende a las relaciones entre servicios de salud y los servicios sociales. Este tipo de programas son los que se ven en los primeros estadios de los programas nacionales, los

influencia de las instituciones (de la cultura y, sobre todo, de las rutinas institucionales) sobre la percepción de riesgo, a la que añaden una segunda, también sociológica, la importancia del rol concreto que uno juegue en

cuales deberían evolucionar hacia los tipos II, aunque a veces persisten más allá del periodo habitual, sobre todo si el programa nacional contra el SIDA opera en un medio social y político ambivalente u hostil.

En una segunda etapa, que correspondería a programas del tipo II, se releva la necesidad de analizar los factores motivadores y las restricciones que operan en el comportamiento de los individuos. Esta perspectiva del 'locus individual' da lugar a la preocupación de que la información esté bien dirigida a los auditorios a los cuales se quiere llegar efectivamente. Se incluye la participación explícita de los servicios de salud y sociales; el VIH/SIDA es descrito como un 'problema de todos', que refuerza los mensajes de tolerancia y no discriminación; se utilizan una amplia gama de medios de difusión, enfatizándose los enfoques personalizados; por último la aproximación hacia la sexualidad es neutral o positiva, dependiendo también del auditorio elegido, enfocándose explícitamente al uso del condón. Estos programas privilegian la integración del sistema nacional de salud y forma alianzas con otros sectores de gobierno y otros organismos y grupos. Además promueven la descentralización, en el entendido de que la mejor manera de llegar a las personas es en y a través de sus comunidades.

A continuación presentamos un cuadro sinóptico de algunas de los modelos de la prevención de mayor relevancia en salud; la mayoría de ellos, corresponden a programas de tipo II, y en general, son los modelos más difundidos y utilizados para la prevención en VIH/SIDA.

Modelo	Principales Características
Modelo de Creencias en Salud.	Sostiene que las acciones de un individuo están basadas en sus creencias. Se identifican los elementos claves que influyen la toma de decisiones, por ejemplo, la percepción de susceptibilidad del individuo, la severidad percibida de la enfermedad y las barreras de prevención percibidas.
Teoría de la Acción Planificada	Incorpora la variable "control conductual percibido" a la Teoría de la Acción Razonada. La conducta estaría determinada no sólo por los recursos u oportunidades reales disponibles, sino por la percepción que tenga el individuo de estos recursos y oportunidades.
Teoría de la Utilidad Esperada y Modelización Económica de los	Incorpora la incertidumbre en la toma de decisiones. La teoría económica supone racional todo comportamiento, los individuos optan por la acción a la que atribuyen mayor utilidad. La teoría de la utilidad esperada insiste en la percepción individual

la manera de percibir, entender y conducirse con el riesgo. (Blanco et al.,2000).

Comportamientos Enfrentados al Riesgo	del riesgo de infección.
Teoría Social Cognitiva	Ve el proceso de aprendizaje como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva el ambiente social y físico influyen en la formación y reforzamiento de las creencias que determinan la conducta. Un cambio en alguno de estos tres componentes -conductual, físico o social – influye en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión.
Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA	Sugiere que para poder cambiar la conducta uno debiera reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado. Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor/la ansiedad y las normas sociales.
Modelo Modificado de Reducción de Riesgo al SIDA	Su objetivo es incorporar <i>insights</i> relativos a las dimensiones de género específicas de cambio de comportamiento de riesgo que han sido resaltadas en los estudios comportamentales de VIH/SIDA.
Difusión de Innovación	Ayuda a entender como las nuevas ideas o comportamientos penetran y aceptan en una comunidad. Los miembros pertenecientes a una misma comunidad adoptan nuevas conductas en diferentes medidas y responden a diferentes tipos de intervención.
Etapas de Cambio	Explica el proceso del cambio de conducta, hasta lograr mantener conductas de auto-protección. Las cinco etapas son: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Existen diferentes formas de pasar por estas etapas aun dentro de los miembros de una misma población. Las personas no necesariamente pasan a través de las etapas en la misma secuencia y a veces hasta pueden repetir algunas etapas.
Reducción del Daño	Reconoce la existencia de las conductas dañinas, la meta principal es reducir los efectos negativos de estas. En la teoría de Reducción de Daño se observa el comportamiento y las actitudes del individuo para ofrecer la forma de reducir las consecuencias negativas de la conducta en cuestión.

Fuente:
Herlocher *et al.* (1996); CONASIDA, ANRS (2000); Parker (2000)

La Crisis de Modelos de Prevención de la Teoría de la Percepción de Riesgo

Si bien es cierto los programas de prevención del VIH/SIDA han avanzado, en algunos casos, desde los programas de exclusiva información (tipo I) a programas que consideran mayormente variables facultadoras (tipo II), no es menos cierto que ambas categorías corresponden a modelos de prevención circunscritos al enfoque de percepción de riesgo,

por lo que comparten un sustrato común que ha sido puesto en tela de juicio a partir de los últimos años (Meré, 1998; Parker, 2000).

Como una forma de relevar la crisis que estos programas han desarrollado, revisaremos críticamente algunos elementos constitutivos de ellos (Meré, 1998; Parker, 2000)

1. La relevancia asignada a la información: Si bien la información es el elemento principal de los programas del tipo I (informativos), los programas de tipo II, también la consideran un elemento fundamental. Sobre la base de esto está la creencia de que, en la medida de que las personas conozcan mayor y mejor información con respecto al VIH/SIDA, sus vías de transmisión y sus mecanismos de prevención, se producirá un efecto directo en las conductas de las personas, orientándolas hacia la prevención. Sin lugar a dudas, sobre todo en el caso de los programas de tipo I, esta hipótesis ha sido cuestionada a través de los resultados mismos de los programas que la consideran. X
2. Desarrollo de mensajes y materiales: desprendido del punto anterior, pero ya no relacionado con la importancia gravitacional de la información, sino con las condiciones de producción de ella, se ha visto que los programas de prevención trabajan con información producida desde el ámbito de la salud pública y la epidemiología, lo que en general provoca el desarrollo de mensajes homogéneos que no consideran la heterogeneidad del tejido social al que están dirigidos y que suponen de antemano que la prevención es una prioridad para todas las personas. X
3. Percepción del problema del VIH y el SIDA: la mayoría de los programas de prevención consideran el problema del VIH/SIDA solamente como un problema de salud pública, y generan acciones orientadas por esta percepción; sin embargo, no hay tras ellos la consideración de variables extra-salubristas, como las económicas, laborales, socio-culturales, éticas, etc.
4. Auditorios (*audiencias / público receptor*): como en cualquier problema de salud, los programas de prevención del VIH/SIDA han desarrollado una categorización a fin de focalizar los mensajes que entregan. Sin embargo, en el caso del VIH/SIDA, esta categorización se desarrolló sobre variables fundamentalmente conductuales que

originaron, primero, la tipología de “grupos de riesgo”, y luego, de “poblaciones vulnerables” produciendo un fenómeno de invisibilización de los efectos de la epidemia en otros grupos de la población (mujeres, hombres heterosexuales, niños).

5. Canales: Las principales opciones de canales que han utilizado los programas de prevención son los medios masivos (televisión, radio, etc.). Si bien, ante el fracaso de esta fórmula se optó por otros más personalizados (cartelería, consejería, etc.) la información que allí se proporciona sigue siendo seleccionada bajo el formato de canal masivo, por lo que continúa presentando el problema de la homogeneización de la información.
6. Actitudes hacia la sexualidad: Evidentemente al ser el VIH/SIDA transmitido fundamentalmente por vía sexual, los programas de prevención han debido considerar esta temática en la elaboración de sus acciones y estrategias. Sin embargo, al ser la sexualidad un frente de batalla de posiciones ideológicas y morales de diversos grupos sociales, se ha convertido a los programas de prevención en un medio de adoctrinamiento sexual de sus receptores. Es por ello que, la mayoría de los programas de prevención presentan modelos de sexualidad ligados a interpretaciones parciales de ella, influyendo esto, fuertemente, en los mecanismos de prevención que se presentan como opción a las personas.

Reforzando esta perspectiva crítica Meré (1999) señala que en los programas de prevención del enfoque de percepción de riesgo, se enfatizan los riesgos y las consecuencias irreversibles del contagio, apostando exclusivamente por el cambio de la acción individual centrada en la responsabilidad de cada persona. Estas campañas, por tanto, están organizadas según un enfoque psicosocial de las determinantes de los comportamientos individuales (cuya principal referencia en salud pública es el modelo de creencias en salud ya mencionado).

Por otro lado, como señalan Paicheler y Quemín (citados en Meré, 1999), los programas de prevención de este enfoque, parecen dirigirse a un individuo autónomo, seguro de sí, gestor responsable de su tiempo, relaciones y necesidades. Por otro lado, el sujeto es definido por su racionalidad en cuanto dimensión central definitoria de los comportamiento en salud, que lo lleva a maximizar los beneficios y reducir los costos, independiente de

que se releve la influencia de las actitudes, motivaciones, afectos y del contexto social en el comportamiento de las personas (Meré, 1999).

Los procesos de resistencia, distanciamiento y adaptación al riesgo del VIH/SIDA verificado fuera de las normas preventivas prescritas, la persistencia de actitudes y prácticas diferentes de las esperadas a pesar de la gran cantidad de la información diseminada, expusieron las insuficiencias de los modelos basados en el enfoque de percepción de riesgo, cuestionando radicalmente esa supuesta relación unívoca entre difusión de informaciones preventivas y modificación de los comportamientos sin considerar la densidad de las condiciones concretas de la vida cotidiana (Wellings, 1994, en Meré, 1999).

c) *Enfoque Construccinista del Riesgo*

La conceptualización del riesgo como constructo social¹² se debe en gran medida a los aportes de la antropóloga cultural Mary Douglas. El trabajo de Douglas, a lo largo de su vida se centró principalmente en el estudio de los aspectos sociales de la cognición, en este sentido la pregunta que guió su prolífica obra se centró en los modos como las relaciones sociales y el contexto cultural modelan las formas en que percibimos el mundo.

¹² A partir de la década de los años setenta, se ha instalado progresivamente en las ciencias sociales y en otras disciplinas, un nuevo paradigma comprensivo de la realidad en la cual el conocimiento es entendido como una construcción social. El socioconstruccionismo se funda, como un paradigma alternativo al positivismo, a partir de los aportes de distintos pensadores y tradiciones del pensamiento, como Foucault, Gadamer, la teoría crítica, la sociología fenomenológica, y el contextualismo wittgensteniano (Tocornal y Vergara, 1998). Los postulados del socioconstruccionismo han trascendido el ámbito de la ciencias sociales llegando a instalarse en la ciencias naturales y otras disciplinas, lo que le otorga el carácter de *metadiscurso*: "un tipo de discurso cuyo alto nivel de generalidad y de abstracción, permite inspirar concreciones diversas según las peculiaridades de cada disciplina" (Ibáñez, T; 1994). Esta es una nueva concepción de la realidad, histórica, social y cultural, radicalmente diferente de aquella constituida por la racionalidad científica moderna. Su premisa fundamental es que la realidad es construida socialmente, lo que significa que no existe por sí misma, independiente del quehacer humano 'allá afuera', sino que se va generando en un proceso socio histórico, en el que el conocer como actividad humana sería parte de aquel proceso que construye la realidad (Tocornal y Vergara, 1998).

La concepción moderna del conocimiento, enmarcada en la tradición positivista y empirista, con su pretensión de objetividad que le permitiría dar cuenta de aspectos esenciales e inmutables, es decir, de las leyes que conforman la realidad, con independencia de la subjetividad, ha privado al conocimiento de su carácter construido social e históricamente, otorgando características naturales a objetos y procesos sociales. Ese proceso ha sido denominado por el socioconstruccionismo como *naturalización* (Ibáñez, T;1994).

Ahora bien, el advenimiento del construccionismo como alternativa al paradigma positivista, trae consigo los siguientes cambios epistemológicos:

- de la realidad como inmutable y externa al ser humano a la realidad como construcción social;
- del conocimiento como representación, al conocimiento como práctica social;
- el discurso como práctica social;

Ahora bien, en relación al riesgo, Douglas define dos preguntas principales: ¿Por qué algunos riesgos son ignorados y otros enfatizados?, y ¿Por qué grupos diferentes abordan el riesgo de maneras diferentes?

Las respuestas a estas interrogantes, que definen finalmente su postura en relación al riesgo, pueden resumirse en las siguientes afirmaciones:

- Todos los riesgos están cargados moral y políticamente
- Todos los peligros generan culpa y culpables
- Los culpables son seleccionados en términos de marcos de referencia sociales y culturales
- Los riesgos tienen una tendencia cultural
- Los riesgos están llenos de significados
- Las percepciones son influenciadas por valores y creencias culturales
- Las decisiones con respecto a los riesgos están basadas en formas de vida o modos de ver el mundo de los individuos

A continuación desarrollaremos los postulados de Douglas, incorporando los desarrollos de otros autores que basados en su obra han conceptualizado el riesgo como construcción social.

En su trabajo conjunto, Douglas y Wildavsky (1992) defienden el riesgo como un constructo social; señalando que el riesgo es, a la postre, un proceso social. Su propósito es desmantelar, desde el análisis cultural, el enfoque de la percepción del riesgo, ya que sostienen que este enfoque considera a los sujetos prisioneros de sus esquemas cognitivos, de unos esquemas sólidos y fijos. En cambio, los autores proponen la idea del “conocimiento como producto cambiante de la actividad social” (Douglas y Wildavsky, 1992, en Blanco et al., 2000).

En el enfoque construccionista, los riesgos no son vistos ni como propiedades objetivas que dependen de cómo sea físicamente el mundo, ni como propiedades subjetivas que dependen de cómo sean cognitivamente los individuos. Los riesgos son construcciones sociales que dependen de factores socioculturales vinculados a estructuras sociales dadas. Estas construcciones no son arbitrarias aunque si convencionales, pues son entidades funcionales dentro de tales estructuras: permiten la distribución de la culpa y la

-
- el ser humano como ser social, la dimensión humana está dada por lo social.

responsabilidad, son utilizados como reclamo para la movilización social, permiten la adaptación de la conducta individual a pautas colectivas marcadas por la opinión pública, etc. Si bien los riesgos que podamos conocer dependerán obviamente de los riesgos que existan, el inventario de éstos, a su vez, no es independiente de los presupuestos y condiciones de nuestro conocimiento. Es una interdependencia que también se daría en el caso de la evaluación de riesgos: habría una clara vinculación entre el modo de nuestro conocimiento del riesgo y los criterios de aceptabilidad. En síntesis, la naturaleza del riesgo parece depender de nuestro conocimiento y valores, de nuestros juicios epistémicos y éticos (López y Luján, 2000).

En esta concepción, el riesgo se conceptualiza en un modelo dialéctico en el que están presentes la objetivación (la construcción del riesgo objetivo, del hecho en sí, del potencial nocivo del evento) y la desobjetivación (la construcción del riesgo subjetivo, los cálculos personales y grupales respecto a él, la percepción de las probabilidades que cada uno tenemos de correr un determinado riesgo) (Blanco et al., 2000).

A diferencia de las teorías del enfoque de percepción de riesgo revisadas previamente, en este marco de análisis no se contempla la aceptación o no de riesgos como resultado de una decisión individual subjetiva. El enfoque es contextual, se centra en el estudio de los factores que hacen que determinados puntos de vista respecto al riesgo resulten dominantes en grupos sociales dados, o bien que se produzcan polarizaciones y enfrentamientos respecto de la distribución del riesgo (López y Lujan, 2000).

Este enfoque no presupone, a diferencia del enfoque de la percepción, una experiencia directa del individuo con respecto al riesgo; es en el terreno del conflicto y los procesos sociales donde se jugaría la 'aceptabilidad del riesgo' (Douglas, 1996). La mayoría de los riesgos no pueden ser percibidos directamente por el individuo sino que le llega a través de las instituciones (la ciencia, el gobierno, las ONGs o los medios de comunicación). Por tanto, en la valoración de riesgos y aceptación de tecnologías para su prevención (por ejemplo el uso del condón en el VIH/SIDA) no pesan tanto los factores de carácter individual, sino que la aceptación depende más bien de aspectos tales como valores sociales, confianza en las instituciones o transformación de la información en los medios. (López y Luján, 2000).

Douglas y Wildavsky sostienen que el riesgo no se basa en evidencia empírica ni en razones prácticas, sino que está construido culturalmente de modo que, en cada contexto social, se destacan unos riesgos y se ignoran otros. Existe así una cultura del riesgo asociada a la posición social de los actores haciendo que los peligros sean identificados como tales, comunicados y gestionados siempre a través de un filtro cultural (López y Lujan, 2000).

Desde esta perspectiva, no puede entonces hablarse de expertos en temas de aceptabilidad de riesgos, pues no existe un punto de vista privilegiado para identificar y valorar riesgos. En este sentido Douglas critica la tesis del enfoque de la percepción, que señala la discrepancia entre riesgo objetivo y subjetivo, es decir, entre probabilidad matemática v/s probabilidad psicológica, como una cuestión de debilidad cognitiva (López y Lujan, 2000). Para la autora, los peligros no son datos absolutos con los que se pueda elaborar una selección racional de los riesgos: existe una selección y una construcción social de los riesgos a través de los cuales éstos son moralizados y politizados. En este sentido, la ciencia no contribuye a la designación de amenazas más concretas, sino más bien a una selección de amenazas que no tienen relación directa con los peligros a los cuales las personas se enfrentan. La aparente objetividad científica no permite escapar al hecho que, en toda sociedad, los riesgos son seleccionados y no permite tampoco evitar una lectura socializada del riesgo (Paicheler, 1996a).

Para Douglas, toda evaluación probabilística de acontecimientos, elemento que rescata de las teorías de la percepción del riesgo, opera en un contexto de incertidumbre. Esta es más o menos bien tolerada y manejada por los individuos. La incertidumbre también da lugar a diferentes traducciones. Éstas serían fácilmente retranscritas socialmente en términos de certeza (Parsons y Atkinson, 1992, en Paicheler, 1996a).

Este movimiento de lo individual a lo social y a lo relacional, propuesto por el enfoque construccionista del riesgo, abre la posibilidad de problematizar la complejidad de instancias en que los sujetos procesan las informaciones y las articulan con su experiencia personal, las interacciones sociales de las que participan y las normas y valores vigentes, particularmente cuando éstas comprometen acciones que envuelven el propio cuerpo, una enfermedad o el riesgo de muerte así como la posibilidad del placer.

También permite reconocer y profundizar las diversidades socioculturales y las reacciones psicoafectivas movilizadas, por ejemplo, por el riesgo del SIDA.

En relación al riesgo sexual Kendall (1995) señala que éste sólo puede ser definido en un sentido multidisciplinario como un concepto socialmente construido, que debe ser históricamente situado, particularmente en relación al estudio de la sexualidad humana.

Ahora bien, el arribo de este enfoque a la investigación sexual, y particularmente a la investigación en VIH/SIDA, ha tenido como consecuencia fundamental un abandono progresivo de la focalización en conductas de riesgo individuales, frente al surgimiento de una preocupación por fenómenos colectivos (interacciones) y sistemas socioculturales de significados que albergan y dan sentido a lo sexual¹³. En este sentido, se ha propuesto la idea de que la sexualidad es una construcción social (Foucault, 1998; Rubin, 1989; Weeks, 1995, 1998, 2000). Así, comprendiendo la sexualidad como una estructura que moldea ampliamente las prácticas sexuales, la modificación de estas últimas pasa por impulsar un cambio de las culturas sexuales. Este nuevo escenario no implica la eliminación del individuo, sino más bien un redimensionamiento de su protagonismo.

Del mismo modo, como nuevo marco de análisis del riesgo, el construccionismo, permite considerar las variables de género, las que adquieren un papel preponderante pues introducen un aspecto poco valorado en el enfoque de la percepción, cual es, la posibilidad de desarrollar análisis de las relaciones de poder que se desarrollan al interior de la trama social entre hombres y mujeres, y la incorporación de la dimensión identitaria femenina en el complejo proceso constructivo del riesgo que desarrollan las mujeres. En este sentido, el género, adquiere la más importante de las relevancias en esta investigación.

En síntesis, la propuesta de considerar el riesgo como una construcción social busca instalar una perspectiva que integre los discursos y las prácticas culturales en su articulación con los aspectos subjetivos, una mirada que atiende como estos discursos y prácticas se actualizan y expresan históricamente en lo subjetivo, concretándose en los cuerpos y en las biografías. En este sentido, entendemos que la cultura está sujeta a los

¹³ Otras consecuencias que devienen de ese enfoque en el campo de la sexualidad y el VIH/SIDA es el impulso de los métodos cualitativos como alternativa a los cuantitativos y el surgimiento (en la década de los

espacios de reflexividad, propios de lo subjetivo, que se ponen en juego en el encuentro con el otro, en el lugar de la intersubjetividad.

Hacia un nuevo enfoque en Programas de Prevención del VIH/SIDA

A partir de los últimos años, una nueva serie de programas de prevención han surgido como respuesta al colapso de los programas basados en el enfoque de percepción de riesgo y al advenimiento del enfoque constructor del riesgo. Estos programas, además de proporcionar información y promover su autogestión, refuerzan como elemento central la vindicación de la comunidad.

Estos programas de tercera generación – que corresponde a los programas del tipo III de la taxonomía de Mann (1994) – reconocen las amplias dimensiones políticas y sociales de la actividad preventiva que a través de la comunidad, enfatizan la solidaridad y la defensa de los derechos humanos de las personas. Por otra parte en general son descentralizados, ya que la información proviene de diferentes organizaciones e instituciones. A pesar de distinguirse de los otros programas por su vinculación con los servicios de salud y sociales, su relación con los líderes sociales y políticos y sus actitud estratégica, también integra elementos de los programas tipo I y II, pero avanzan en considerar además los obstáculos políticos, económicos y sociales para la prevención. Desde esta perspectiva la información sobre VIH/SIDA sólo es relevante si considera las realidades sociales, culturales e individuales de las personas.

A continuación presentamos un cuadro sinóptico de los nuevos modelos de la prevención relacionados con este enfoque del riesgo y que en la actualidad se encuentran en un desarrollo inicial como estrategias preventivas para el VIH/SIDA.

Modelos	Principales Características
Intervenciones Estructurales	Tienen como objetivo alterar las condiciones estructurales que impiden o facilitan la adopción de cambios en el comportamiento. Estas son pensadas como base para la implementación de nuevas estrategias.
Movilización Comunitaria	Estimulan el activismo por parte de las poblaciones, los que son

noventa) de un creciente interés por los *derechos sexuales y reproductivos* como marco mayor de preocupación por la salud sexual y reproductiva (Cáceres, 1999).

	<p>abordados por estudios sobre la dinámica de la organización comunitaria. Las estrategias de prevención basadas en este modelo reconceptualizan los cambios en el comportamiento comunitario no sólo como resultado de la sumatoria del cambio de comportamientos individuales dentro de la comunidad, sino como una fuerza intersubjetiva e independiente que da forma a los cambios que suceden en las vidas individuales de las personas.</p>
<p>Teorías de la Transformación Social y Empoderamiento Comunitario</p>	<p>Analizan las cuestiones referentes al poder y la opresión. Desde este modelo ha adquirido gran importancia el abordaje de la educación popular de Paulo Freire que postula el carácter transformador de los procesos de aprendizaje y que, a través de ellos, los participantes tienen la posibilidad de explorar y cuestionar sus propias vidas y realidades, experimentando de esta manera, un proceso de capacitación y transformación colectiva a fin de reconocer las fuerzas que los amenazan y los oprimen.</p>

Parker (2000)

3. MUJER: GÉNERO, SEXUALIDAD Y VIH/SIDA

Considerando que el fenómeno del VIH/SIDA está definido por la connotación sexual de la epidemia, no es posible dejar de incluir en el análisis la relación e implicancias de las variables de género y sexualidad, y cómo contribuyen a la construcción social del riesgo sexual de las mujeres, objetivo de esta investigación.

Es por ello que proponemos desarrollar esta investigación desde una perspectiva de género, en tanto ésta contribuye a comprender de qué manera la sexualidad, pensada en su doble dimensión de reproducción y erotismo, es asumida y significada por las mujeres y los hombres, la sociedad y la cultura; y cómo se abren posibilidades en su transformación. Desde esta perspectiva, entendemos que los modos en que las personas, y en este caso particular, las mujeres, construyen una idea de lo que representa un riesgo en el ámbito de lo sexual, se encuentran afectados por las concepciones tradicionales de género y de los significados y prácticas hegemónicas (en relación a lo permitido, lo esperado, lo prohibido, etc.) sobre la sexualidad.

3.1 Introducción al Concepto de Género

Es posible considerar pioneros de la distinción entre sexo y género a J. Money y R. Stoller. En la década de los 50, John Money propone el término *papel de género* para describir el conjunto de conductas diferenciales atribuidas a los varones y a las mujeres (Burin, 1998). En 1968 Robert Stoller, estableció de manera nítida la diferencia conceptual entre sexo y género, como consecuencia de sus investigaciones sobre niños y niñas que, debido a problemas anatómicos congénitos, habían sido educados de acuerdo con un sexo que no correspondía al biológicamente preponderante (Pérez y Raurich, 1996; Burin, 1998).

Asimismo, los estudios etnográficos de Margaret Mead (*Sex and Temperament in Three Primitive Societies*, 1935), realizados en culturas indígenas dieron cuenta de cómo una serie de patrones que para la cultura occidental judeo-cristiana están íntimamente

asociados a las identidades sexuales masculina o femenina, en estas otras culturas se expresaban de un modo diametralmente diferente (Lamas, 1996; Pérez y Raurich, 1996).

Una de las ideas centrales del género desde un punto de vista descriptivo, es que los modos de pensar, sentir y comportarse de ambos sexos, más que tener una base natural e invariable, se deben a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres. Por medio de tal asignación, a partir de estadios muy tempranos en la vida de cada niña o niño, unas y otros incorporan ciertas pautas de configuración psíquica y social que dan origen a la feminidad y la masculinidad (Burin, 1998). Desde esta aproximación, el género se definiría como la “red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres” (Burin, 1998, p.20).

La idea anterior tiene por consecuencia la necesidad de distinguir entre las categorías de sexo y género, y ésta distinción tiene por objetivo “diferenciar conceptualmente las características sexuales, limitaciones y capacidades psíquicas, históricas de las personas, para aquellas sociedades o aquellos momentos históricos de una sociedad dada, en que los patrones de identidad, los modelos, las posiciones y los estereotipos de lo que es/debe ser una persona responden a una bimodalidad en función del sexo al que se pertenezca” (Izquierdo, 1998, p.29-30). Desde esta perspectiva, la distinción sexo/género tuvo como objetivo criticar la tendencia naturalista, haciendo visible la importancia de las asignaciones socio culturales para las diferencias establecidas entre mujeres y hombres (Lamas, 1996). El sexo estaría configurado por las diferencias sexuales anatómicas entre hombres y mujeres, en tanto que la categoría género se referiría a “la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos” (M. Lamas, s/f), es decir, sería la construcción social de la diferencia sexual. Esta aproximación constructorista al concepto de género, “se centra en las acciones, en los procesos, no trata de conocer los objetos sino de comprender los sujetos como contruidos socialmente, y por lo tanto condicionados pero capaces de transformación” (Izquierdo, 1998).

3.2 Los Sistemas Sexo/Género

Con el objetivo de dar cuenta del lugar que ocupa la diferencia sexual en la articulación de condiciones de vida desiguales para hombres y mujeres, se ha acuñado desde la teoría feminista el concepto de sistema sexo/género. Si bien el concepto de género ha servido para poner de manifiesto ciertas prácticas discursivas, éste se ha construido dentro de una lógica binaria, en el cual sexo y género, responde a pares como naturaleza/cultura, real/simbólico, femenino/masculino, etc.; por lo que no permite abordar ciertos elementos que han quedado circunscritos al orden de lo sexual, no logra dar cuenta, por ejemplo, de temas tales como prácticas sexuales, el cuerpo, las diferencias sexuales, ni la sexualidad. Además, desde esta lógica binaria, el concepto no lograba ser analizado en relación a la diversidad cultural y a los distintos contextos históricos (Oyarzún, 2000).

Haciéndose cargo de esta problemática, Gayle Rubin propone el concepto de *sistema sexo/género*, argumentando la necesidad de articular holísticamente los términos que comúnmente se hayan contrapuestos en forma antagónica y excluyente, evitando el tener que optar por dicotomías, buscando la posibilidad de dar cuenta de los aspectos simbólicos y materiales del sistema, comprendiendo que ninguno es causa ni efecto del otro (Oyarzún, 2000). Rubin (1996) definió el sistema sexo/género como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1996, p.37). La maternidad representa un claro ejemplo de como actuaría el sistema sexo/género en una cultura patriarcal: dada la capacidad biológica de las mujeres para la concepción, embarazo, parto y amamantamiento, queda anclada a la mujer indisolublemente como “natural” también la responsabilidad de la crianza (Pérez y Raurich, 1996).

Siguiendo la conceptualización de Rubin, De Barbieri (1992) ha definido los sistema sexo/género como aquellos “conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y, en general, al relacionamiento de las personas” (De Barbieri, 1992, p.13).

Como concepto, el sistema sexo/género opera en distintos niveles, es decir, en distintos ámbitos y dimensiones a través de los cuales se va articulando la construcción de géneros, expresándose y reconstruyéndose cotidianamente. Es en este sentido, y para los objetivos de la presente investigación, que nos interesa rescatar particularmente dos dimensiones que nos ayudarán a dar cuenta de como el sistema sexo/género vigente actúa en la construcción de noción de riesgo sexual de las personas, particularmente, en la que desarrollaron un grupo de mujeres que actualmente viven con el VIH: la identidad de género y las relaciones de género.

Joan Scott en 1986, propuso la utilización del concepto de género como categoría de análisis, ampliando su valor descriptivo. Para ello, Scott construye una definición de género como una conexión integral entre dos proposiciones: la primera, que el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos; y la segunda, que el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder, es el campo primario en el cual o por medio del cual se articula el poder.

Su primera proposición (el género como elemento constitutivo de las relaciones sociales) comprende cuatro elementos interrelacionados (Scott, 1999):

- a) Las representaciones simbólicas disponibles de la cultura, que pueden ser múltiples y a menudo, contradictorias (por ejemplo, Eva y la Virgen María, como símbolos de la mujer en la tradición cultural de occidente).
- b) Conceptos normativos, que restringen y contienen las posibles interpretaciones de los significados de los símbolos (por ejemplo, doctrinas religiosas, educacionales, científicas, legales y políticas), reprimiendo metáforas alternativas y emergiendo significados hegemónicos, que predominan como únicos posibles.
- c) Organización económica y política, incluidos los sistemas de parentesco que construyen las relaciones de género.

- d) La identidad subjetiva. La transformación de la sexualidad biológica de los individuos a medida que son modelados por la cultura.

Rescatando la conceptualización analítica efectuada por Joan Scott, nos interesa como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, la *identidad de género*; y en segundo término su *aspecto relacional*, es decir, de como el género articula relaciones primarias y significantes de poder.

La Identidad de Género

La identidad¹⁴ de género connota un sentimiento de sí mismo, en tanto femenino o masculino, que se reconoce y es reconocido en la medida en que se acerca a rasgos y expectativas establecidas (De Barbieri, 1992). Es decir, hace referencia a una construcción multideterminada que condiciona tanto la percepción propia como externa de las personas en lo que concierne a ser hombre/mujer, masculino/femenino. Tiene relación con el constituirse como ser humano sexuado al interior de un sistema sexo/género determinado. Debe diferenciarse del aspecto social, que conforman los roles de género en tanto conjunto de prescripciones y prohibiciones para el ejercicio de conductas ligadas a la feminidad o a la masculinidad (De Barbieri, 1992).

La identidad de género se establece más o menos a la misma edad en que el niño o niña adquiere el lenguaje (entre los 2 y 3 años) y precede a su conocimiento sobre la diferencia anatómica entre los sexos. Es a partir de la identidad, que el niño o niña puede estructurar su experiencia vital; el género al que pertenece le permite identificarse en todas sus manifestaciones: sentimientos o actitudes de “niño” o de “niña”, comportamientos, juegos, etc. Una vez establecida la identidad de género, cuando “un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, ésta se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias” (Lamas, 1996, p.113). Es usual ver a niños rechazar algún juguete porque son propios del otro género, o aceptar sin cuestionar ciertas tareas porque son del propio género.

¹⁴ En un sentido general, entenderemos el concepto identidad como “un sistema unitario de representaciones de sí elaboradas a lo largo de la vida de las personas, a través de las cuales se reconocen a sí mismas y son reconocidas por los demás, como individuos particulares y como miembros de categorías sociales distintivas”. (Valdés et al., 1999, p. 14). La identidad es el principio a través el cual el sujeto define lo que es para si mismo y lo que es para otros.

La Dimensión Relacional del Género

En cuanto al aspecto relacional que nos interesa rescatar, es preciso tener en cuenta que “establecidos como un conjunto objetivo de referencias, los conceptos de género estructuran concreta y simbólicamente la percepción y la organización de toda la vida social. En la medida que estas diferencias establecen distribuciones de poder (un control diferenciado sobre recursos materiales y simbólicos, o acceso a los mismos), el género está implicado en la concepción y en la construcción misma del poder” (Scott, 1986, p.65).

En esta aproximación, el poder es entendido como una dimensión horizontal y no monolítica, en la cual hombres y mujeres intercambian posiciones provisorias de poder como una forma de asegurar aquello que es vivido como legítimo y necesario. Para Vieira Villela (1996) si una de las marcas de lo femenino es la represión sexual que permite a los hombres un gran control sobre la vida de las mujeres, es también por medio de esa sexualidad reprimida que las mujeres actualizarían su contrapoder, ejercido en la forma de seducción, garantizando así, un espacio de negociación frente al hombre: la concesión del placer sexual al hombre para a ser canjeada por valores, sean o no materiales.

Tanto las mujeres como los hombres están insertos en las redes del género, por lo que no es posible pensar en lo que una cultura asigna como femenino, sin considerar cómo eso está relacionado con aquello que es asignado como masculino. Los cambios operados en las posiciones femeninas envuelven necesariamente cambios en las posiciones masculinas que, entonces, pueden darse en cualquier dirección ya que la relación entre lo femenino y lo masculino ocurre a partir de una valoración jerárquicamente distintiva, no siendo por tanto simétrica o complementaria (Vieira Villela, 1996).

Uno de los ejemplos más claros de como el poder está inscrito en las relaciones de género es la división sexual del trabajo, y por ende la división del mundo en dos esferas: pública y privada. Basadas en referencias alusivas a las diferencias biológicas en relación a la capacidad de procreación y reproducción de las mujeres, éstas quedaron marginadas de la vida pública, quedando destinadas a la esfera de lo privado, es decir, a las tareas domésticas y la crianza de los hijos (Izquierdo, 1998).

3.3 Los Sistemas Sexo/Género y la Sexualidad

Siendo coherentes con la matriz teórica antes sostenida, es necesario comprender y analizar la sexualidad como una construcción social que debe ser pensada a la luz de los sistemas sexo/genéricos.

La sexualidad es un concepto comprensivo que incluye tanto la capacidad física para la excitación sexual y el placer, como los significados personales y socialmente compartidos relacionados con el comportamiento y con la formación de identidades sexuales y de género. La sexualidad es entendida como representación e interpretación cultural de funciones naturales ordenadas en relaciones sociales jerárquicas (Dixon-Mueller, 1993).

Así, se admite que aunque la sexualidad se apoya en una matriz biológica, su configuración está directamente relacionada con un conjunto de significados que cada cultura atribuye a diferentes prácticas y comportamientos, creando las dimensiones de erotismo y sensualidad, y de reproducción (Sharim, 1996).

En este sentido, entendemos la sexualidad como una construcción social que comprende "maneras múltiples e intrincadas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configurados por la sociedad en que vivimos" (Weeks, 1998, p.29); ésta es producto de múltiples influencias e intervenciones sociales, por lo tanto no existe fuera de la historia, sino que es un producto histórico. Para De Barbieri (1992) la sexualidad está definida por un "conjunto de las maneras muy diversas en que las personas se relacionan como seres sexuados con otros seres también sexuados, en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido" (De Barbieri, 1992, p.118). Los distintos modos de relacionamiento sexual y de reproducción dejan en evidencia las construcciones de sentido existentes a su alrededor: ideas y representaciones colectivas en torno al cuerpo de hombres y mujeres, las relaciones sexuales, la fecundación, los sentimientos, las normatividades, los controles que individuos e instituciones ejercen sobre otros, etc. Todas ellas son construcciones sociales y culturales que indican que "en esta materia se juegan muchas más tensiones colectivas que el placer individual y la generación de nueva vida humana" (De Barbieri, 1992, p.119).

La sexualidad como construcción histórica, reúne una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales -identidad genérica, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías- que no necesariamente deben estar vinculadas, y que en otras culturas no lo han estado. Es relevante destacar que todos los elementos constitutivos de la sexualidad tienen su origen en el cuerpo o en la mente, sin por ello negar los límites que representan la biología o los procesos mentales. Sin embargo, las capacidades del cuerpo y la psique adquieren significado sólo en las relaciones sociales (Weeks, 1998).

La sexualidad es algo que la sociedad produce de manera compleja. Es el resultado de distintas prácticas sociales que dan significado a las actividades humanas, de definiciones sociales y autodefiniciones, de luchas entre quienes tienen el poder de definir y reglamentar contra quienes se resisten. Todas esas definiciones aparecen, finalmente, como representaciones verdaderas de nuestros deseos y necesidades íntimas.

Por cierto, esta conceptualización de la sexualidad trae consigo ciertas consecuencias importantes de destacar (Weeks, 1998) :

1. Un rechazo general a la idea del sexo como reino autónomo, como un campo natural con efectos específicos, o una energía rebelde controlada por lo social. Lo que hace este concepto es una crítica al esencialismo (el enfoque que supone que el sexo presenta un mandato biológico básico que presiona contra la matriz cultural y que debe ser restringido por ella), por encontrarlo reduccionista y determinista. Si bien la biología condiciona y limita lo que es posible, esta no es la causa de las formas de vida sexual. La biología es vista como una serie de potenciales que se transforman y adquieren significado sólo en las relaciones sociales.
2. Un reconocimiento a la amplitud y la variabilidad social de formas, creencias, ideologías y conductas sexuales.
3. Uno de los efectos que tiene ese marco de análisis es considerar que el poder sobre la sexualidad es algo productivo, más que negativo o represivo. Este enfoque acentúa el impacto de las diversas prácticas sociales que contribuyen a la reglamentación sexual, dan sentido a las actividades corporales, configuran definiciones y limitan y

controlan el comportamiento humano. El poder no aparece como una entidad singular controlada por un grupo específico sino que es una fuerza maleable y móvil que adopta muchas formas diferentes y que se ejerce mediante diversas prácticas y relaciones sociales distintas.

Un aporte reconocido de los estudios de género para la investigación sexual, es la incorporación del concepto de género como marco de referencia mayor por el cual debe interpretarse la sexualidad. Algunas de sus contribuciones más importantes ha sido el develamiento de que los modelos normativos de sexualidad están basados en las nociones masculinas de la sexualidad; o la prioridad del género en los aprendizajes en el desarrollo humano por sobre los aprendizajes sexuales; el rol de la desigualdad de géneros en el modelamiento de la vida de las mujeres y los hombres, por ejemplo, de como las prácticas sexuales de las mujeres y los hombres son determinantes para la reproducción de las desigualdades de poder (Gagnon y Parker , 1995)

Para Vance (1989) sexualidad y género son fenómenos analíticos interrelacionados en circunstancias históricas específicas. Así, los puntos de conexión entre género y sexualidad varían histórica y culturalmente. Es en ese sentido, que no basta con estudiar los cambios en la expresión del comportamiento sexual y de las actitudes, sino que es preciso relacionar esos cambios con cuestiones más profundas, de cómo género y sexualidad fueron organizados y están interrelacionados al interior de las relaciones sociales.

3.4 Sexualidad: Discursos y Prácticas en el Chile de hoy. La Convivencia de Modelos Tradicionales y Emergentes

Para pensar la prevención y atender el contexto en el cual los sujetos construyen su relación con el riesgo sexual es importante considerar el marco cultural en el cual se encuentran enmarcadas la intimidad y la sexualidad. Sin embargo, se debe considerar que dicho marco está sometido a un constante proceso de revisiones y cambios. En este sentido asistimos a la transformación de algunos contenidos de las orientaciones y significaciones referidas a la "vida íntima", y de su relación con lo que las personas efectivamente hacen. Dichas transformaciones se inscriben en un proceso mayor de

reflexividad, propio de la modernidad tardía y del proceso de individualización que le es característica: es así como las identidades de género, las normas sexuales o las orientaciones sexuales ya no son percibidas como principios inmutables y válidos a cualquier evento y contexto. Son constantemente evaluadas e interpretadas por las personas. Según Güell, en el centro de este proceso se encuentra “la definición que los propios individuos hacen de lo que significa sexualidad” (Güell, 2001).

Sharim et al. (1996) en su investigación sobre los discursos en torno a la sexualidad de mujer y hombres y sus transformaciones, sostienen que no es posible identificar un patrón y un discurso único en cada sexo, como había sido posible durante décadas. En este sentido, emergen nuevos patrones, de los cuales el más sobresaliente es la *sentimentalización* de la sexualidad masculina y la *erotización* de la sexualidad femenina. No se trata de un intercambio de roles, sino que de una coexistencia de viejos y nuevos signos que se incorporan¹⁵.

Una de las transformaciones más relevantes en la sexualidad es la que dice relación con la modificación de la temporalidad generacional y biográfica de la entrada de los individuos en la sexualidad activa. Desde un punto de vista generacional, se trata de un proceso más temprano que a comienzos de siglo. Sin embargo, más que en las generaciones, las modificaciones en la sexualidad activa han sido protagonizadas por los géneros. Las transformaciones en las prácticas, sentidos y representaciones de la sexualidad se han manifestado principalmente en las mujeres y en las relaciones de género. El *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual*, realizado por CONASIDA (2000) revela que las generaciones más jóvenes entran en la sexualidad activa más temprano, especialmente las mujeres, que reducen su brecha respecto a los hombres. A continuación revisaremos los datos más relevantes arrojados por ~~la~~ este estudio.

¹⁵ En relación a las sexualidad existiría un marco de referencia instituido, el cual contiene aquellos significados reconocidos y valorados tradicionalmente, estos serían universos de significaciones, imaginarios sociales que operan como organizadores de sentido de los actos humanos, estableciendo los límites entre lo lícito y lo ilícito, lo permitido y lo prohibido, lo feo y lo bello. En tanto existen otros conjuntos de sentidos, lo instituyente, es decir, aquellos nuevos organizadores que originan transformaciones de lo establecido, proponen nuevos sistemas de significaciones y operan con gran resistencia desde lo instituido. Estas son percibidas como una amenaza para el orden social y sus instituciones, sin embargo, las sociedades incorporan estos discursos emergentes, integrando algunos elementos instituyentes, con el fin de desarticular la amenaza. De tal modo existe una “coexistencia” armónica entre elementos, que en rigor, son incompatibles de integrar, de ello surgen contradicciones (Castoriadis 1989, en Sharim et al. 1996)

En relación al significado de la sexualidad, si bien la mayoría de las respuestas (cerca del 80%) asocian la sexualidad con una expresión de sentimientos hacia la pareja (con una diferencia de 3 puntos según sexo), es significativo el hecho que la opción "experiencia de placer" ocupe el segundo lugar, desplazando a la procreación como significado primordial. En este caso la diferencia según sexo arroja diferencias leves.

Al considerar la motivación atribuida a la relación sexual, la edad es la variable que mejor identifica la diferencia de valoración respecto de la existencia de amor como condición normativa de las relaciones sexuales, los jóvenes otorgan más valor a la "pura pasión" y en general al sexo "como sea". En tanto las mujeres en general valoran la existencia del amor como condición en mayor medida que los hombres, ellos estarían más de acuerdo con el sexo sin placer, sin embargo, la respuesta mayoritaria de ambos sexo es la pasión como vehículo de las relaciones sexuales.

Al dirigir la pregunta sobre los motivos que organizan la entrada en la sexualidad activa, se observa que las generaciones más jóvenes otorgan una importancia relativa del amor y la atracción, reduciéndose la importancia otorgada al matrimonio y a la inducción de amistades; esto se visibiliza un importante cambio cultural, especialmente entre las mujeres donde la brecha entre las generaciones polares es de más de 20 puntos (en los varones alcanza sólo 9 puntos).

A juicio del estudio las conversaciones estarían jugando el rol de las grandes instituciones de antaño. Al plantear el tema de la conversación sobre intimidad, en referencia a la presencia, tipo y diversidad de interlocutores, con pocas diferencias a favor de las mujeres (81% vs. 78%), el grupo de edad de los 18-24 años es el que presenta más altos porcentajes sobre conversación sobre temas íntimos (cercanos al 80%): en este sentido si bien las conversaciones se abren al interior de las generaciones más jóvenes, el tema que persiste es la imposibilidad de la comunicación intergeneracional.

Si se analizan los datos sobre negociación sexual¹⁶ e iniciativa, veremos que en el segundo caso, las generaciones de varones más jóvenes presentan las respuestas

¹⁶ El concepto de *negociación sexual* se refiere a los procesos de acuerdo y de toma de decisiones en una pareja sexual; este es un proceso interactivo en el cual las personas involucradas, cuando se enfrentan a intereses distintos, llevan a cabo una serie de acuerdos destinados a obtener aquello que desean en esa

menores de exclusividad masculina y mayores de iniciativa compartida. Resulta significativo el hecho de frente al reconocimiento de la discordancia del deseo, son los varones de 18 a 24 años los que declaran mayor tendencia a la seducción como estrategia de resolución: ello nos habla de una complejización del repertorio de comunicación sexual, lo que supone debe incorporar elementos emocionales. Es posible observar un desplazamiento hacia conductas de mayor flexibilidad en las generaciones más jóvenes, siendo incluso más marcadas en los varones. Sin embargo, cerca de un tercio de hombres y mujeres reconocen la opción de "no hablar", lo correspondería a la no-negociación, cifra que aumenta conforme a la edad. Serían los adultos y adultos mayores quienes presentarían patrones de comunicación más rígidos, reflejando las dificultades que tienen para expresar sus necesidades, especialmente las mujeres.

La entrada más temprana en la sexualidad activa, protagonizada por las mujeres, supone una separación de las primeras relaciones sexuales respecto de la conyugalidad. Es así como asistimos a un proceso de reducción de la brecha de género en el número de parejas sexuales. No obstante la relación varón:mujer es de 7:2 parejas sexuales, las generaciones más jóvenes de mujeres muestran un número crecientemente mayor que las nacidas en los años 30. Del mismo modo, se observa una reducción de la brecha de género, mientras en el rango de 60 a 69 años la relación entre el número de parejas mujer:varón es de 1:8.4; en el rango de 18 a 19 años esta diferencia se acorta a 1:3.6 parejas sexuales.

En relación a las prácticas sexuales, la brecha generacional también es manifiesta. Mientras los mayores de 50 presentan una mayor prevalencia de exclusiva del sexo vaginal (repertorio sexual restringido), los menores de 50 presentan repertorios sexuales amplios que incluyen las posibilidades del sexo vaginal, oral y anal. Sin embargo, las diferencias de género tienden a reducirse entre las generaciones más jóvenes. Los repertorios sexuales se hacen más plásticos y complejos, vinculados a la exploración, especialmente entre las nuevas generaciones lo cual coincidiría con la iniciación sexual más temprana.

relación (Vieira Villela, 1997). Este concepto es relevante para pensar los elementos interaccionales involucrados en la construcción del riesgo sexual, sobre todo en relación con las relaciones de género. X

En relación a las prácticas sexuales, existe una mayor indiferencia normativa y en general, un alto grado de acuerdo en la valoración de consenso como fuente de legitimación de toda práctica. Los jóvenes aparecen como menos restrictivos en todos los tipos de prácticas. Resulta significativo que a pesar de que las mujeres presentan menores porcentajes de aprobación de las prácticas, son las que innovan de modo más notorio diversificando sus repertorios. Sea por iniciativa propia o por cesión a la demanda masculina, ello implica nuevos caminos para la definición del imaginario sexual, una exploración de los límites del cuerpo y las definiciones del placer. Y tras la exploración de límites, la definición de nuevas normatividades sexuales.

3.5 Vulnerabilidad de la Mujer en relación al VIH

El concepto de vulnerabilidad¹⁷ surge en el campo de la epidemiología del SIDA como una tentativa de explicar cómo un modo específico de interrelación entre factores de diversa naturaleza – individuales, sociales y políticos – facilita o dificulta la exposición de una persona o de una población al VIH (Villela, 1998). En términos genéricos la vulnerabilidad es la relativa desprotección en la cual se puede encontrar un grupo de personas frente a potenciales daños de salud o amenaza a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto de sus derechos humanos, en razón de determinadas características estructurales (biológicas, económicas, sociales, legales, culturales, etc.) (Cáceres, 1998). De acuerdo a Laumann y Gagnon (1995) se trata de un conjunto de “estatutos maestros”¹⁸ que articulan diferencias entre las cuales destacan el género, la etnia, la clase social, la sexualidad, la edad/generación.

La vulnerabilidad frente al SIDA equivale a aquella fracción de los factores de riesgo para infección por VIH y para la progresión de la enfermedad, que es casi inmodificable por iniciativa del sujeto, en tanto tautológicamente deriva de la condición de vulnerabilidad social de una persona en tanto integrante de un grupo vulnerable. Es la *fracción*

¹⁷ Como señaláramos anteriormente el concepto de vulnerabilidad corresponde a toda una corriente en relación a la prevención del VIH/SIDA. Aquí lo desarrollaremos como una manera de situar contextualmente la emergencia de la epidemia en relación a las mujeres.

¹⁸ Laumann y Gagnon (1995) definen los estatutos maestros (*master statuses*) como aquellas características de las persona que más significativamente modelan la forma como ellas se conciben a si mismas y sus

estructural del riesgo, aquella cuya reducción sólo puede ser lograda por el sistema y finalmente es responsabilidad de éste (Cáceres, 1998).

De este modo, entenderemos vulnerabilidad como la relación entre la posibilidad de control real del riesgo que puede tener una persona o grupo de personas y su caracterización individual, sociocultural, económica y política, por lo que varía según las capacidades y recursos de cada persona y grupo.

Respecto del VIH/SIDA, la vulnerabilidad estaría condicionada por la capacidad o incapacidad del individuo o comunidad para controlar su riesgo de infección. Del mismo modo, remite a la forma que asume la relación entre el sujeto y el contexto en el cual se desenvuelve, condicionándole su competencia para prevenir. Estas interacciones dicen relación, básicamente, con la familia, con los servicios de salud, con la calidad de vida, las relaciones de poder (como las de género) y con la cultura respecto a la sexualidad. Estos aspectos contribuyen a colocar al sujeto en una situación de vulnerabilidad, ya sea por imitación de modelos o presiones socio-culturales que le incitan al riesgo y a la no prevención.

Para la construcción de una matriz de análisis de vulnerabilidad femenina frente al VIH/SIDA es necesario seleccionar algunos indicadores a ser considerados:

Vulnerabilidad Biológica

Las mujeres son más vulnerables desde la biología. Al ser la parte receptora en la relación coital, una gran parte de la superficie de la mucosa vaginal se expone al semen, que contiene mayor concentración de virus que el fluido vaginal. Es por ello que la mujer tiene mayor riesgo de infectarse por el VIH o cualquier otro patógeno sexualmente transmisible, que el hombre en una relación heterosexual. Entre niñas y adolescentes este riesgo aumenta debido a que la inmadurez del cuello uterino impide que la mucosa actúe como barrera efectiva contra los agentes patógenos (Del Río, 1997). La tasa de transmisión del VIH durante una relación sexual vaginal no protegida es 2 a 4 veces más alta para la mujer que para el hombre.

posibles cursos de acción (los guiones que puedan actuar) y cómo perciben que otros facilitan o retardan

Del mismo modo, las diferencias fisiológicas en el tracto genital contribuyen directamente a que la mujer corra un riesgo más elevado de contraer infecciones por el VIH y las ETS que el hombre. Además la presencia de una ETS sin tratar (sobre todo las que causan laceraciones ulcerosas, como el chancroide y la sífilis) aumenta mucho el riesgo de transmitir y contraer el VIH a través de relaciones sexuales desprotegidas (de un 300% a un 400%). En la mujer, muchas ETS son asintomáticas, por lo que un gran número de portadoras no son conscientes de que necesitan seguir un tratamiento.

Además de los elementos puramente fisiológicos, la mujer que sospecha haberse expuesto a una ETS o haberla contraído se enfrenta con muchos obstáculos relacionados con el género para obtener un tratamiento adecuado. Uno de esos obstáculos es la dificultad para acceder a los servicios de salud, ya que en muchos casos las mujeres están limitadas por las responsabilidades familiares y por su falta de movilidad.

Vulnerabilidad Epidemiológica

Las mujeres son “epidemiológicamente” más vulnerables debido a que tienden a tener relaciones sexuales y a casarse con hombres mayores que ellas. Esto implica en general, que ellos han tenido más parejas sexuales, por lo que existe una mayor probabilidad de que hayan contraído el VIH. Otra razón es que las mujeres son transfundidas con mayor frecuencia que los hombres, lo que las hace más vulnerables a adquirir el virus por vía sanguínea (Betances, 1998; Del Río, 1997).

Vulnerabilidad Social y Económica

Las mujeres son socialmente más vulnerables, ya que en la gran mayoría de los casos están en una condición de desventaja en los campos educativo, económico, legal y laboral. En América Latina las mujeres constituyen el sector más pobre y desventajado de la sociedad. La pobreza reduce disponibilidad de recursos de los servicios de salud, lo que se traduce en falta de acceso a tratamientos en caso de ETS, poca disponibilidad de condones y escasas posibilidades de difundir información adecuada para la prevención del VIH/SIDA (Del Río, 1997).

estas autoconcepciones y cursos de acción.

A nivel familiar, es posible observar cómo un alto número de mujeres pobres son jefas de hogar. Si bien la situación de jefas de hogar da la posibilidad a las mujeres de tener un acceso más directo a los recursos, y por lo mismo una disponibilidad de los recursos que no tienen cuando el jefe de hogar es el hombre, muchas veces esto significa un aumento de la carga de trabajo. La mayoría de las veces las mujeres se sienten compelidas a invertir sus recursos, incluyendo su propio trabajo, en sus familias, identificando sus propios intereses con aquellos de los otros miembros del hogar, dejándose a sí mismas en una posición de vulnerabilidad, puesto que hace más difícil que cuiden de su propia salud y busquen atención médica cuando sea necesario (Baden, 2000) .

Vulnerabilidad Cultural

En los países de América Latina y el Caribe, además de los factores expuestos anteriormente, se observa una serie de factores culturales que facilita el mayor grado de aproximación al riesgo sexual por parte de las mujeres.

1. *La cultura machista:* El comportamiento sexual socialmente esperado es diferente para hombres y mujeres; se espera que la mujer sea complaciente, pasiva y receptiva durante las relaciones sexuales, mientras que al hombre se le asigna un rol activo y demandante. La cultura propicia en el hombre un libre acceso a la sexualidad, en tanto la imagen de la mujer está asociada a la castidad, virginidad, fragilidad y dependencia (Guimaraes, 1996) como ya vimos respecto del imaginario social en relación a la sexualidad femenina. En tanto se le exige a la mujer ser fiel en sus relaciones de pareja, es aceptado que el varón mantenga relaciones sexuales fuera del ámbito de la pareja. Esto hace que para muchas mujeres la principal práctica de riesgo sea tener relaciones sexuales con su propia pareja (Del Río, 1997). De manera errónea, la fidelidad y la monogamia son percibidas como factores protectores frente a las ETS y al VIH/SIDA. Siguiendo el mismo argumento, cuando una mujer se atreve a proponerle a su pareja estable la práctica del “sexo-seguro” es frecuentemente rechazada, pues trae consigo la sospecha, el cuestionamiento de los presupuestos de fidelidad y confianza propios del amor romántico, sobre los que se constituyen tradicionalmente las parejas (Martina, 1992). Finalmente, las mujeres tienen una relación ancestral con el sexo asociado al peligro, a la muerte, ya sea por la vía de la violencia sexual, de un

embarazo no deseado, de la posibilidad de un aborto, o de las ETS, relación que es nueva para los hombres

2. *El tabú de la bisexualidad masculina:* Muchos autores consideran que la bisexualidad masculina es uno de los elementos que explican el fenómeno de creciente feminización de la epidemia. Generalmente el bisexual oculta su comportamiento por miedo al rechazo, por lo que es más difícil para la pareja que está con él tomar alguna medida de prevención. Por sus prácticas sexuales están más expuestos al contagio que el resto de la población. Cuando son portadores del VIH actúan como bisagra articuladora, como “correa de transmisión del virus entre uno y otro sexo” (Martina, 1992, p.45).

3. *Rol de cuidadoras de la salud que tienen las mujeres:* La mujer es la encargada de la educación y salud familiar, es quien transmite el modelo familiar a los hijos, el modelo de autoridad, moral, religión, pautas culturales, sexualidad, prácticas sexuales, etc. Es ella quien toma las decisiones en relación a la salud familiar, cuando visitar al médico, dentista, la higiene en general. Es quien incluye la menarquia en la vida sexual y afectiva de las hijas, y asume la responsabilidad por el cuidado de los ancianos y enfermos. A pesar de este rol de cuidadoras y transmisoras de la salud familiar, es posible ver una tensión con respecto a la representación que hace el discurso biomédico del cuerpo de la mujer como un cuerpo patológico, sobre todo en relación a enfermedades de transmisión sexual. Esto es particularmente relevante, si se piensa que el cuerpo es una referencia fundamental de la identidad, el cual es usurpado por poderes y saberes particulares. Las mujeres han sido gradualmente desapropiadas del saber sobre su cuerpo y las representaciones del cuerpo femenino adquieren un carácter doloroso, lleno de reglas y significaciones: la menstruación, el embarazo, el parto, la menopausia, etc. En ese contexto, la regulación de la fertilidad, práctica privada y definida por los intereses de la familia, se ha transformado en una política de Estado, en un asunto de médicos, políticos, científicos sociales, etc. (Barbosa, 1995). Esto demuestra que, cada vez más, las mujeres pierden las herramientas para cumplir con el rol cultural de cuidadoras de la salud personal y familiar.

4. *Uso de Tecnologías de Prevención: dificultades para la doble protección:* Con el advenimiento de las tecnologías anticonceptivas de uso femenino (píldora, DIU, etc.)

que delegaron la decisión de la procreación en la mujer, los hombres fueron marginados de la responsabilidad de la anticoncepción (coitus interruptus, condón). Si bien, esto fue considerado un triunfo en relación al control sobre el propio cuerpo y la sexualidad de las mujeres, hoy este mismo hecho complica la utilización de estrategias compartidas en la pareja para la prevención del VIH (reintroducción del uso del condón al ámbito de la pareja) (Barbosa, 1995; Vital, 1995; Vieira Villela, 1996). Las estrategias de prevención en relación a salud sexual y reproductiva tienden a repetir el papel cultural y social que se les ha asignado a las mujeres: la implementación de programas de control de ETS para trabajadoras sexuales o bien los programas relativos a la salud maternal y perinatal. En general las mujeres en edad reproductiva (no embarazadas) no son tomadas en cuenta para la prevención. Los programas de salud sexual y reproductiva en relación al SIDA para mujeres son dirigidos, en general, a las trabajadoras sexuales (por la amenaza de que contagien a sus clientes) y aumento de la preocupación por las embarazadas (debido al aumento de casos de VIH/SIDA en niñas y niños por transmisión vertical). En ambos casos la mujer es vista como la transmisora. Las mujeres en edad reproductiva son las más poco consideradas en estos programas a pesar de ser relativamente informadas sobre sexualidad, planificación familiar y tal vez más capaces de tomar opciones sobre su vida sexual. Estas mujeres son representadas como “buenas mujeres” – monogámicas, fieles y asexuadas – y por tanto, no son identificadas como personas en riesgo de contraer el VIH, excepto en los casos antes descritos, en que son potenciales infectadoras (Barbosa, 1995)

5. *Las Mujeres no son consideradas Grupos de Riesgo:* En este punto, además, se hace necesario reafirmar el hecho de que el impulso de estrategias basadas en “grupos de riesgo”, no consideró a población igualmente afectada por la epidemia, como las mujeres, distorsionando e invisibilizando el riesgo al que estaban expuestas. El hecho de que durante los primeros años de la epidemia en los Estados Unidos los grupos más afectados fueron los de homosexuales hombres, y usuarios de drogas intravenosas, y la atribución de los casos existentes en mujeres a transmisión por la vía de transfusiones, tuvo como consecuencia el que las estrategias de prevención se orientaran hacia esos grupos llamados “de riesgo”. La noción de grupos de riesgo, construida a partir de atributos conductuales o de orientación sexual en determinadas

poblaciones, no resultaron adecuadas para caracterizar a las personas o grupos que estarían más expuestas al contagio (Palma, 1997).

6. *La orientación masculina de las estrategias de prevención:* Las estrategias de prevención – la abstinencia sexual, la pareja única y el uso de preservativo – promovidas en las políticas de prevención oficiales han sido diseñadas desde una perspectiva masculina (Barbosa, 1995; Vital, 1995). Desde la perspectiva de las mujeres el plantear como opción para evitar la transmisión del VIH la abstinencia sexual no es viable ya que la mayoría de las mujeres no tienen posibilidad de decidir cuándo y cómo tener relaciones sexuales. En relación a la pareja única la mayoría de las mujeres que viven con VIH efectivamente sólo ha tenido una en su vida, por lo demás es una alternativa que también involucra la “fidelidad” del otro. Más evidente resulta la tensión sobre el uso de preservativo, cuando la tecnología disponible solo permite su utilización con el consentimiento del varón, quien es quien debe ponérselo (Del Río, 1997; Vieira Villela, 1996). El hecho de que las mujeres no tengan control real sobre las posibilidades que se le presentan como alternativas para la prevención, finalmente solo refuerza los esquemas tradicionales de género.
7. *Diagnóstico del SIDA en la mujer:* En el ámbito médico de la enfermedad, la investigación científica tampoco ha tenido presente la especificidad de las mujeres: solo en diciembre de 1992 se incluyó como criterio diagnóstico de SIDA el cáncer cérvico uterino invasor (único criterio femenino de la enfermedad). Eso ha tenido como consecuencia que las mujeres que viven con VIH cuenten con menores criterios de diagnóstico y por lo tanto con menos posibilidades de acceso a tratamiento oportuno que los varones portadores del virus (Del Río, 1997). Del mismo modo, la mujer tiene menos sobrevida que sus parejas infectadas ya sea porque descuidan su salud debido a su rol de cuidadoras, porque se encuentran con mayor dificultades en el acceso a atención especializada o porque se enteran más tarde de su nueva situación vital (Del Río, 1997).
8. *Precaria movilización cultural:* las mujeres presentan una mayor dificultad para organizarse y dar una respuesta eficaz a sus comunidades con respecto del tema de la prevención, a diferencia de otros grupos, como los homosexuales y los usuarios de droga intravenosa, que han logrado articularse orgánicamente con este fin.

IV. METODOLOGÍA

1. PERSPECTIVA METODOLÓGICA

1.1 Aspectos Generales

La realidad social es “compleja, multivariada y difícil de comprender” (Ibañez, 1998, p.15). Frente a ello, las ciencias sociales han diseñado diversas maneras de aproximarse a sus objetos de estudio buscando, como fin último, la comprensión cabal de los fenómenos estudiados.

Para acceder a la realidad, entonces, no contamos con una única vía, sino que con diferentes enfoques formulados para ello como lo son los enfoques histórico, comparativo, crítico-racional, cuantitativos y cualitativos. Estos dos últimos, son los más requeridos por los científicos sociales a la hora de elaborar programas de investigación que permitan un acceso a la realidad social de la manera más directa posible (Ibañez, 1998).

La diferencia entre enfoque cuantitativo y cualitativo radicaría en que mientras en el primero se enfatiza la cuantificación de unidades y se ignora el papel del lenguaje como objeto de investigación; en el enfoque cualitativo se intenta establecer identidades y diferencias, y el lenguaje se transforma en un elemento constitutivo del objeto de estudio.

La enfoque cuantitativo proviene de una corriente positivista, busca observar el objeto a estudiar con independencia de la mediación subjetiva de los individuos. Para ello, se ha valido de herramientas que cuantifican los fenómenos sociales, lo que permite extrapolar sus conclusiones a grandes poblaciones.

El enfoque cualitativo, en tanto, implica la ruptura epistemológica generada por el cuestionamiento a la noción del lenguaje como condición dada. El problema estaría en “la renuncia a la ilusión de transparencia del lenguaje y su asimilación como objeto, y no sólo como instrumento de la investigación social” (Ibañez, 1998). Ella busca comprender el objeto de estudio desde el punto de vista de los informantes (a esto se le llama perspectiva EMIC), “se buscan los significados y categorías que los sujetos les asignan a las cosas, a los otros y a las formas cómo estos se relacionan. Los significados y

categorías no están predeterminados desde el investigador. Por el contrario, se intenta recuperar los esquemas cognitivos, la articulación y jerarquización de los informantes, rescatando el contexto cultural particular en que viven” (Sharim, 1996, p. 89). Además, esta enfoque permite reconocer las divergencias y similitudes de las percepciones y vivencias de los informantes.

Es relevante señalar que ambos enfoques, cuantitativo y cualitativo, no son excluyentes entre sí, puesto que dan razón de aspectos, componentes o planos específicos del objeto a estudiar (Pedersen, 1992). Es así que el “plantear un cuestionamiento a las metodologías predominantes en términos de una polémica u opción entre lo cualitativo y lo cuantitativo, es un camino que no conduce sino a un callejón sin salida. Se trata de una falsa querrela, pues lo que generalmente se entiende por realidad social no posee en si aspectos cuantitativos o cualitativos, sino que se trata de diferentes procesos de objetivación, mediante los cuales se le atribuyen determinadas propiedades a un objeto; procesos que son validados en ámbitos de legitimidad específicos, que se adecúan al tipo de objeto que se busca conocer y que proceden de acuerdo a normas particulares definidas por un observador al interior de cierto lenguaje” (Piña, 1986, p. 12-13).

La opción de utilizar en esta investigación un enfoque cualitativo está dada por las limitaciones (Pedersen, 1992; Parker, 1995, 2000; Szasz, 1996) que presentan los estudios cuantitativos para la investigación de la sexualidad en los ámbitos subjetivos, simbólicos, socioculturales y valóricos y, por otra parte, el enfoque cuantitativo, “no permite crear un estrecho contacto ni desarrollar un acercamiento con los informantes, condiciones fundamentales para tratar un tema que contiene cargas simbólicas, morales y sociales, además de estar inmerso en un sentimiento de privacidad tan fuerte como el que rodea la sexualidad” (Sharim, 1996, p.90)

En tanto, la investigación cualitativa tiene por objetivo conocer e interpretar la subjetividad, busca comprender los puntos de vista de los actores de acuerdo con el sistema de representaciones simbólicas y significados en su contexto particular. Privilegia el conocimiento y comprensión del sentido que los individuos atribuyen a sus propias vivencias, prácticas y acciones. El supuesto fundamental en el que descansa esta perspectiva es que los comportamientos humanos son resultados de una estructura de relaciones y significados que operan en la realidad, en determinados contextos sociales,

culturales e ideológicos; realidad que es construida por los individuos, pero que a su vez actúa estructurando su conducta. El campo de la investigación cualitativa permite abordar problemas tales como la subjetividad, la simbolización del cuerpo y la sexualidad, las relaciones de género, la interacción social, los sistemas de significación compartida, etc. (Szasz, 1996, p.13), todos ellos aspectos a los cuales nos interesa acceder en esta investigación.

1.2 Perspectiva de Investigación: Enfoque Biográfico

El enfoque biográfico, que surge a partir de la crítica a los métodos cuantitativos de investigación, considera a los individuos no como objetos de estudios sino como actores sociales portadores de su propia historia, poseedores de un punto de vista condicionado por la posición que ocupan en el realidad social.

El enfoque biográfico pretende arribar internamente a una realidad que excede al narrador y lo construye. Se trata de atrapar lo vivido socialmente, al sujeto en sus prácticas y en la manera en que negocia los límites sociales que le son particulares (Ballandier, 1983; en Toledo, 2001).

Más que un método, es un marco teórico-metodológico, en el que el concepto de campo es una red de relaciones en que los nexos corresponden a lo individual, marco construido e interpretado por el sujeto (De Villiers, 1993, en Toledo, 2001).

El enfoque biográfico abandona el concepto de *flujo vital* y de *recorrido biográfico* (conceptos propios de la psicología del desarrollo) y los reemplaza por la idea de *discontinuidad vital*, ya que sólo es posible acceder a 'la vida' a través de su discurso, mimesis de sí misma, narración siempre discontinua de su propia experiencia" (Toledo, 2001). La vida no transcurre simplemente creciendo por adición de nuevos acontecimientos, sino que consiste en una continua reestructuración de acontecimientos pasados en el interior de un marco de contingencias de la situación presente (Kholi, 1993).

Desde este punto de vista, el 'tiempo' es un aspecto específico de la experiencia humana, sin embargo, no puede medirse de forma directa, sino que se debe asir a través de mediaciones (por ejemplo, instituciones, textos o relatos). El tiempo no es observable, lo que se observa es la temporalidad, unidad articulada del futuro, del pasado y del presente que así dadas, pensadas en conjunto (Ricoeur, 1983; en Toledo, 2001); el sujeto se temporaliza a través de la articulación narrativa; el relato alcanza su plena trascendencia cuando deviene una condición de la experiencia temporal.

El enfoque biográfico permite dar una doble lectura a la narración biográfica: primero, una función referencial en la cual se describen los acontecimientos pasados en su orden temporal y segundo, una función evaluativa, es decir, referir esos acontecimientos al presente clarificando lo que significan para los participantes en el contexto en el que el relato ocurre; permite entonces considerar a la narración como materia prima de la reflexión ya que, las precondiciones de la narración (el establecimiento de un punto fijo y de un yo como organizador de la experiencia pasada) gana prioridad por encima de la narración en si misma.

1.3 Tipo de Estudio

La presente investigación es de tipo exploratorio e interpretativo. Es exploratorio en tanto su problemática no ha sido abordada con anterioridad; es interpretativo ya que busca articular diversos aspectos, dimensiones, relaciones y componentes del fenómeno a investigar dotándolos de sentido .

2. TÉCNICA UTILIZADA: LA ENTREVISTA BIOGRÁFICA

Como revisamos antes, el enfoque biográfico permite la utilización de una serie de técnicas de investigación, en este caso utilizaremos la entrevista biográfica, la cual se basa en la técnica cualitativa de entrevista abierta en profundidad, no estructurada. La metodología de este tipo de entrevista consiste en proporcionar a los individuos un

espacio de expresión que los lleve a elaborar un discurso que probablemente no habría tenido posibilidades de emerger en los mismos términos en otras condiciones. “El entrevistador, se centrará sobre las palabras y las maneras de razonamiento de los sujetos y les seguirá estrictamente la trama: ayuda a los sujetos a expresarse, a dar sentido a sus razonamientos y a sus acciones. En ese marco, la entrevista es concebida como un acto de discurso en que se opera una construcción conjunta de sentido en la interacción entre dos interlocutores” (Mishler, 1986, en Paicheler, 1996a p.s/ref).

Del mismo modo, Alonso (1995) se refiere a esta entrevista como “un proceso por el cual un investigador extrae una información de una persona (...) que se halla contenida en la biografía de ese interlocutor. (...) Esto implica que la información ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y que será proporcionada con una orientación e interpretación significativa de la experiencia del entrevistado” (Alonso, 1995, p.225-226).

La entrevista con enfoque biográfico es una narración conversacional, creada conjuntamente por el entrevistador y el entrevistado, que contiene un conjunto interrelacionado de estructuras que la definen como objeto de estudio.

La subjetividad de la producción discursiva generada a través de la entrevista es su principal característica. Su utilización adquiere mayor sentido al ser utilizada donde nos interesan los actos ilocutorios más expresivos, de individuos concretos que por su situación social nos interesan para localizar discursos que cristalizan no metalenguajes de colectivos centralmente estructurados, sino las situaciones de descentramiento y diferencia expresa (Alonso, 1995).

El Yo que se expresa en la entrevista biográfica es un yo narrativo, un yo que cuenta historias en las que incluye un bosquejo del yo como parte de la historia. La técnica de entrevista abierta se presenta útil, por lo tanto, para obtener información de carácter pragmático, es decir, de cómo los sujetos diversos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales. El proceso de significación se produce por el hecho que el discurso es susceptible de ser actualizado en una práctica correspondiente. La entrevista abierta no se sitúa en el campo puro del hacer ni sólo en el orden del decir, sino que se encuentra en plano del decir del hacer (Alonso, 1995).

En relación al desarrollo de la entrevista, ésta comienza con la propuesta del tema para hablar. Es necesario señalar que no basta con la propuesta puntual inicial: la información inicial que el entrevistado cataliza es un proceso que en seguida se agota – retorno al equilibrio -. El entrevistador tiene que actuar para provocar al entrevistado a hablar, evitando conducir o canalizar su habla. Los modos generales de actuación son la reformulación y la interpretación continuamente (Alonso, 1995).

El entrevistador estará siempre a la escucha, abierto a cualquier emergente inesperado: tanto en el proceso de la entrevista como en el proceso de su interpretación y análisis. Es precisa una escucha sensible, y siempre sobre la marcha (sin diseñar la escucha).

Una entrevista de estas características debe tener un tiempo de duración prolongado. Esto en orden a que las personas tengan el suficiente tiempo y espacio para recordar, reflexionar y exponer sin presiones su pensamiento, a la vez que el entrevistador tenga la posibilidad de preguntar detalles e insistir hasta lograr una visión completa del tema tratado dentro de las limitaciones propias de una relación de este tipo.

2.1 Diseño de Entrevista

Debido a que los encuentros entre el entrevistador y el entrevistado deben ir logrando un grado de acercamiento creciente que permita al entrevistado desplegar su intimidad, la entrevista de esta investigación fue diseñada en dos sesiones:

La primera sesión se inscribe dentro de lo es llamado relato de vida¹⁹, es decir, un ordenamiento fundamentalmente biográfico. Se trata de un relato motivado por el entrevistador en que se invita al entrevistado a narrar su existencia a través del tiempo intentando reconstruir los acontecimientos y relaciones que les son significativos. Al hacer esta narrativa, la persona asume una postura autobiográfica en la cual ella, se toma como objeto, se mira a distancia y toma una conciencia reflexiva sobre su propia historia.

¹⁹ Es fundamental señalar las diferencias existentes entre el relato de vida y las historias de vida, ambas técnicas circunscritas dentro del enfoque biográfico. La historia de vida se propone reservarlo para estudios de casos que se refieren a una persona determinada y comprende no sólo su propio relato de vida sino todo tipo

A través de este proceso, necesariamente selectivo, se construye una versión de la biografía de la persona, en la cual se juegan las imágenes que la persona tiene de sí misma y la imagen que quiere proyectar a los demás y en particular al entrevistador. Esta técnica resalta la realidad subjetiva, es decir, la forma en que las personas interpretan, comprenden y definen el mundo que los rodea y su propia vida.

La segunda sesión mantiene el tono reflexivo y evocativo de la primera sesión, sin embargo no centra su acción en la generación biográfica del relato, sino que se preocupa del abordaje específico de aquellos aspectos que emergieron de la primera sesión y que son considerados, a la luz de la investigación, como relevantes de tratar con mayor profundidad. Para ello, el investigador desarrolla un acucioso estudio de la transcripción de la primera sesión de la entrevista, antes de que se produzca el segundo encuentro.

Al tratar, durante las entrevistas, temas de difícil abordaje personal y de difícil tratamiento público (sexualidad, relaciones de pareja, dinámica familiar, VIH/SIDA, etc), es de fundamental importancia rescatar y regirse por ciertos principios éticos básicos a la hora de ejecutar el trabajo de campo:

- mantener respeto por las personas y considerar que los beneficios de la entrevista sean mayores que los riesgos.
- consentimiento informado.
- privacidad en la realización de las entrevistas.
- confidencialidad de la información reunida.
- manejo del proceso emocional vivido por las entrevistadas que asegure un cierre no traumático de las entrevistas.

3. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

La muestra será del tipo no aleatoria, de carácter intencional, elegida entre mujeres jóvenes que vivan con VIH, con más de 1 año de notificación, que hayan adquirido el virus

de documentos (informes médicos, judiciales, testimonios de terceros, prensa, etc.). En tanto, el relato de vida, es definido como la historia de una vida tal como la cuenta la persona que la ha vivido (Bertaux, 1993).

por vía sexual, de entre 15 y 35 años, habitantes de la Región Metropolitana, de condición socioeconómica media-baja y baja, constituida por un $n=10$ o por saturación.

Justificación de la muestra:

- No aleatoria, intencional: la muestra comprendida en este estudio tendrá dichas características ya que, al ser este un estudio de características exploratoria, y al estar abocado a un tema de alta sensibilidad social, se requiere de personas que, además de cumplir con las otras condiciones necesarias, estén disponibles y dispuestas a participar del estudio en cuestión.
- Mujeres de entre 15 a 35 años que viven con VIH: Se ha considerado esta característica etárea ya que según datos epidemiológicos es posible afirmar que la población que actualmente se encuentra entre los 15 y 35 años se ha iniciado sexualmente en una época en que el tema del SIDA era ya de conocimiento público, dato de relevancia al considerar, desde las teorías del riesgo, que la información es un elemento clave en la construcción subjetiva del riesgo sexual.
- Condición socioeconómica media-baja y baja: se ha considerado esta característica socioeconómica de acuerdo a la información epidemiológica señalada en el marco teórico, que dice que el VIH/SIDA se encuentra en un proceso social de pauperización, es decir, en un constante desplazamiento hacia grupos poblacionales con menor nivel socioeconómico. Se accederá a esta característica evaluando las variables de escolaridad y ocupación de las posibles entrevistadas, así como también su dependencia del sistema público de salud.
- Transmisión por vía sexual: se ha definido esta característica en la muestra ya que es el medio de transmisión de mayor prevalencia en la población seropositiva del país, además del interés de la investigación por abordar la temática del riesgo sexual relacionado con el VIH/SIDA. Se accederá a esta característica a partir del reporte verbal de las posibles entrevistadas.
- $n=10$ o muestra por saturación: se ha definido con el n° de la muestra a 10 mujeres con las características anteriormente definidas. Este número se fundamenta en la existencia relativamente baja de mujeres que viven con VIH disponibles para

investigaciones y en el carácter exploratorio de la investigación, que no pretende obtener resultados totalizadores de la problemática. Sin perjuicio de lo anterior, y siguiendo rigurosamente las indicaciones metodológicas del enfoque biográfico, el *n* planteado es sólo referencia para una muestra saturada de investigación. La aparición de fenómeno de saturación ocurre cuando, superado cierto número de entrevistas, el equipo investigador tiene la impresión de no aprender ya nada nuevo en lo que respecta al objeto de la investigación (Bertaux, 1993).

3.1 Descripción de la Muestra

La siguiente ficha, resume las principales características sociales, familiares e individuales de las entrevistadas y constituye un buen elemento de referencia al momento de dar lectura al posterior análisis de las entrevistas.

F I C H A T E C N I C A								
NOMBRE	EDAD*	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EDAD (AÑO) INICIACION SEXUAL	EDAD (AÑO) NOTIFICACION VIH/SIDA	Nº DE HIJOS	PAREJA ACTUAL
Lorena	28	Viuda	Media	Secretaria	21 (1994)	25 (1998)	(1 aborto espontaneo)	No
Sandra	31	Viuda	Media	Asesora del Hogar	17(1987)	24 (1994)	1 (14 años)	Conviviente
Carol	27	Soltera	Media (politécnico)	Secretaria	19 (1993)	24 (1998)	1 (3 años)	Pololo
Mariana	32	Separada	Media	Cajera	17 (1986)	30 (1999)	1 (15 años)	No
Fabiola	25	Viuda	Media	Dueña de Casa	17 (1993)	21 (1997)	1 (7 años)	No
Gabriela	27	Soltera	Media	Auxiliar	21 (1995)	26 (2000)	1 (1 año)	No
Oriana	29	Viuda	Básica	Asesora del Hogar	21 (1993)	27 (1998)	4	No
Graciela	28	Viuda	Media	Secretaria	18 (1999)	26 (1999)	1	Pololo

* Se consignan las edades de las entrevistadas según lo declarado al momento de las entrevistas (Agosto - Noviembre 2001)

En relación a la ficha técnica anterior, cabe desarrollar la contrastación de estos datos con la caracterización epidemiológica de la población femenina seropositiva en Chile.

Edad

En relación a esta variable, la edad de las mujeres que conforman la muestra del estudio fluctuó entre los 25 y 32 años. Cabe señalar que este rango de edad, se encuentra dentro del rango de edad de mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA para las mujeres en Chile (20 a 34 años) (CONASIDA, 2000).

Estado Civil

Mayoritariamente el estado civil de las entrevistadas es la viudez (5 casos); seguido por dos solteras y una separada. En todos los casos de viudez, se declara al cónyuge fallecido por SIDA.

Escolaridad

En el caso de la escolaridad declarada por las entrevistadas, se observan 7 casos de escolaridad media completa de los cuales uno tuvo acceso a la universidad en régimen vespertino, en la cual cursó sólo un semestre. El séptimo caso corresponde a una entrevistada que sólo presenta educación básica completa. Cabe señalar que en relación a las estadísticas de notificaciones femeninas a nivel nacional (al periodo 96-98), un 50% de las mujeres que viven con VIH han completado su educación media y un 40% sólo lograron cursar la educación básica (CONASIDA, 2000).

Ocupación

En relación a esta variable, la ocupación actual de las entrevistadas se distribuye en 4 casos de operarias (cajera, auxiliar, y asesoras del hogar), 3 casos de oficinistas (secretarias) y un caso de dueña de casa. A este respecto es importante considerar que la distribución nacional de casos de mujeres notificadas con VIH/SIDA en relación a la ocupación (declarado al momento de la notificación) es de 49% de dueñas de casa, 31% de operarias, 12% de oficinistas, 4% de profesionales y 4% de estudiantes (CONASIDA, 2000). Una hipótesis plausible para entender el bajo número (1 caso) de dueñas de casa representado en esta muestra, es que la condición de la viudez, habría influido en la necesidad de las mujeres de trabajar fuera del hogar.

Edad (año) de Iniciación Sexual²⁰

En relación a la edad y año de iniciación sexual, podemos observar que la totalidad de las entrevistadas declara haberse iniciado sexualmente entre los 17 y los 21 años, ocurriendo esto entre el año 1987 y 1995 (período en el cual la epidemia de VIH/SIDA ya era ampliamente reconocida). En relación a la tendencia nacional para las edades de la muestra, se observa que las mujeres chilenas urbanas nacidas entre 1964 y 1968 (30 a 34 años) se iniciaron sexualmente a los 20,2 años promedio. En tanto las nacidas entre 1969 y 1973 (25 a 29 años) lo hicieron a los 18,7 años de edad. (CONASIDA, ARNS, 2000.)

Edad y Año de Notificación VIH/SIDA

En cuanto a la edad de las entrevistadas al momento de ser notificadas portadoras de VIH, se observa que ésta fluctúa entre los 21 y 30 años. Por otra parte, en cuanto al año de notificación de cada entrevistada, éste oscila entre 1994 y 2000. Dado el desfase existente entre el momento de la adquisición del virus (normalmente desconocido) y el momento de la notificación del mismo, la comunidad científica internacional ha convenido, a partir de una serie de estudios, un tiempo estimado para la adquisición de VIH con respecto a la notificación de 2 años. Considerando estos antecedentes, podríamos conjeturar que las entrevistadas habrían adquirido el VIH entre 1992 y 1998 (cabe señalar que las campañas estatales de prevención del SIDA en nuestro país comenzaron a desarrollarse a partir de 1990, es decir, dos años antes del comienzo del período de adquisición del virus de las entrevistadas).

Número de Hijos

En relación a los hijos de las entrevistadas, se puede observar que 6 de las 8 mujeres que conforman la muestra tuvieron 1 hijo nacido vivo y una séptima tuvo cuatro hijos. De todos ellos, ninguno vive con el VIH. La posible explicación de esto, es que las entrevistadas declaran haber adquirido el VIH con posterioridad al embarazo y nacimiento de sus hijos, excepto por un caso, en el cual hubo tratamiento antiretroviral durante el embarazo como

²⁰ Entendemos *Iniciación Sexual* como la primera experiencia penetrativa (vaginal, anal y/o oral) realizada con otra persona, en que el sujeto actúa con capacidad de discernimiento en forma voluntaria y consentida. Estamos conscientes de los límites de nuestra definición, sin embargo su utilización atiende a los objetivos de la investigación, y en este sentido, no pretende ser normativa o totalizadora. Considerando que para la ocurrencia de riesgo sexual para el VIH es necesaria una relación sexual en que actúe más de una persona y que su interacción incluya una práctica penetrativa, es que esta definición excluye las prácticas autoeróticas y las prácticas sexuales no penetrativas.

medio de prevención de la transmisión vertical del VIH, de acuerdo al protocolo ACTG 076 del Ministerio de Salud.

Pareja Actual

En cuanto a la situación de pareja actual, 5 de las 8 mujeres declara no poseer ninguna relación de pareja. Tres de ellas poseen "pololo" y tan sólo una convive con su pareja.

4. TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo de la presente investigación fue realizado entre los meses de Agosto y Noviembre de 2001.

Las entrevistadas fueron contactadas a través de la Coordinadora de Mujeres que Viven con VIH/SIDA, *Belona*, la cual reúne a más de 25 mujeres que viven con VIH de la Región Metropolitana, y es miembro de la Coordinadora de Agrupaciones de Personas que Viven con VIH/SIDA, VIVOPOSITIVO.

En relación al número de mujeres contactadas, fue posible identificar a 15 mujeres con las características requeridas por la investigación, sin embargo, de este número, 3 mujeres declararon su negativa a participar del estudio. Por lo tanto, contando con doce mujeres que se declararon disponibles para la investigación, se comenzó el proceso de entrevistas.

Al avanzar en el proceso de entrevistas, los investigadores constatamos que, llevadas a cabo 6 entrevistas, los contenidos de éstas comenzaban a reiterarse. Considerando que el marco metodológico planteado propone como medio de definición del número de conformación de la muestra el fenómeno de la saturación, es que se decidió desarrollar dos entrevistas adicionales para confirmar su presencia. Una vez confirmado, los investigadores dimos por finalizado el estudio de campo con un número de ocho entrevistas desarrolladas²¹.

²¹ Al observar la ficha técnica de las entrevistas se podrá observar que la muestra conformada resultó ser bastante homogénea.

Cada entrevista, fue desarrollada durante dos sesiones de entre 60 a 120 minutos cada una, y fue realizada por un solo investigador a fin de reforzar el vínculo paritario entrevistador(a) – entrevistada.

En el mismo sentido, a fin de reforzar la confianza de las entrevistadas en el proceso de entrevista, se escogió como lugar de las entrevistas la sede de la organización *Belona*, cuya cercanía y familiaridad, proporcionó un lugar protegido para posibilitar la emergencia del relato biográfico.

Todo lo anterior posibilitó la generación de un clima propicio para que la entrevista se desarrollará según los objetivos planteados, un vínculo entrevistada-entrevistador(a) de confianza y cercanía, y la emergencia de contenidos de alta relevancia para la investigación.

Cabe señalar que de acuerdo a lo propuesto en el marco metodológico en relación a los aspectos éticos de las entrevistas (respeto, consentimiento informado, privacidad, confidencialidad y manejo del proceso emocional), en el estudio de campo estos fueron resguardados rigurosamente por los investigadores. En consideración con esta dimensión, tanto en la presentación de las entrevistas como en su análisis, los nombres de las entrevistadas y de terceros mencionados serán cambiados por otros.

5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Como señala Cottet, “si los resultados son el producto del proceso de investigación, es porque son el resultado de un proceso de producción, de conocimientos científicos” (Cottet, 1998, p. 38). Desde esta perspectiva, los resultados responden a cómo se han organizado las decisiones que se han llevado a cabo durante el proceso de investigación y en particular a las opciones teóricas tomadas.

Por lo tanto, los productos de un proceso de investigación, están destinados a responder las preguntas que inauguraron aquel proceso, son respuestas a preguntas. En este

sentido, ninguna expresión de resultados puede valer por sí solo. Los resultados no dicen nada si no es respecto de los momentos de producción de preguntas y producción de información (Cottet, 1998).

Desde esta concepción, señala Cottet, la “producción de resultados compromete una tarea de análisis en flujo hacia dos destinos lógicamente opuestos al análisis: la interpretación y la síntesis. Del análisis a la interpretación, y del análisis a la síntesis” (Cottet, 1998, p.38). Consideramos para ello las distinciones propuestas por Alvira, Ibáñez y García Ferrando: “Frente a la *síntesis*, que es un camino de abajo hacia arriba o de atrás hacia adelante (de la parte al todo, de los principios a las consecuencias, de las causas a los efectos, de lo más conocido a lo menos conocido), el *análisis* es un camino de arriba hacia abajo o de adelante hacia atrás (del todo a las partes, de las consecuencias a los principios, de los efectos a las causas, de lo menos conocido a lo más conocido) (...) Frente a la *interpretación*, que es una re-construcción del sentido (transformación de un sentido latente en sentido manifiesto), el análisis es una deconstrucción de sentido (...) el análisis pone de manifiesto un sentido latente.” (García Ferrando y otros, 1998, p.323)

Por tanto, entenderemos que el tratamiento analítico de los datos en dirección a transformarlos en resultados, se dirige a generar las posibilidades de síntesis e interpretación del proceso de investigación.

Es decir, “los datos como sentidos manifiestos (observados en una captura, capturados como observables) son interrogados para de-construirlos (respecto de la interpretación), y para someterlos a la aplicación de una estructura unitaria (analítica) que permite distinguir sus componentes (respecto de la síntesis)” (Cottet, 1998, p.39).

Siguiendo las propuestas metodológicas antes planteadas, la producción de resultados y su posterior análisis se hará conforme a las categorías contenidas en el marco teórico de esta investigación: teoría construccionista del riesgo sexual y la perspectiva de género.

El material de información se obtendrá a través del registro auditivo de las entrevistas desarrolladas y su posterior transcripción.

Posteriormente, para el desarrollo del análisis, se llevarán a cabo los siguientes pasos:

- Fichaje de la información proveniente de las entrevistas de acuerdo a las categorías temáticas señaladas en los objetivos de la investigación:
 - Sexualidad
 - Género
 - Riesgo Sexual
- Generación, a partir de la lectura de las entrevistas, de categorías de análisis globales que permitan el análisis posterior de acuerdo a los objetivos propuestos.
- Interpretación de las entrevistas.

V. ANÁLISIS

Tal como señaláramos en el marco teórico de la investigación, sostenemos que los elementos por los cuales las personas llegan a definir una determinada aproximación a una problemática (en este caso el riesgo sexual para el VIH/SIDA) son producto de un complejo proceso de construcción social que se inscribe en las biografías personales.

Ahora bien, a fin de avanzar en un intento por comprender la elaboración que hacen las mujeres del riesgo sexual para el VIH/SIDA, se hace necesario, entonces, plantear algunas preguntas iniciales que derivan de la contrastación de las opciones teóricas de la investigación y el estudio de campo desarrollado.

Si la elaboración del riesgo sexual con la que las mujeres contaron e interactuaron antes de adquirir el VIH fue socialmente construida, ¿qué variables asistieron a dicha construcción?, ¿qué lugar e importancia ocupa la propia biografía individual en esta construcción?, ¿cuán decisiva es la dimensión de género y cómo se articula con la biografía sexual de las mujeres?, ¿cómo interactúa el repertorio de prácticas sexuales con la posibilidad de establecer medidas preventivas?, en fin, las preguntas que inicialmente nos hiciéramos y que plantean el problema a investigar: ¿qué elaboración del riesgo sexual para el VIH/SIDA fue construida por un grupo de mujeres antes de adquirir el VIH/SIDA?, y ¿cómo esta construcción se articuló con prácticas sexuales riesgosas que facilitaron la adquisición del VIH?

Es necesario precisar que si bien estas preguntas en este estudio se responden a partir de unos materiales de investigación cuyos sujetos son mujeres que ya adquirieron el VIH/SIDA, su propósito es recabar información para que su análisis e interpretación pueda servir para comprender cómo se articula el riesgo al VIH/SIDA en el colectivo de las mujeres en general.

CONSTRUCCIÓN DE LA NOCIÓN DE RIESGO SEXUAL

Siendo el objetivo central de la investigación el conocer la construcción del riesgo sexual para el VIH/SIDA que realizaron un grupo de mujeres con anterioridad a su

seropositividad, resulta relevante aproximarnos a los primeros elementos explícitamente asociados al riesgo sexual en general que emergen en los discursos. Estos dicen relación con la iniciación sexual, la posibilidad de un embarazo no planificado, las vivencias de la maternidad y su articulación con la identidad subjetiva.

La Entrada a la Sexualidad Activa

En general, la entrada en la sexualidad activa entre las mujeres entrevistadas se ubica durante la adolescencia²², en el contexto de sus primeras relaciones estables de pareja (“pololeo”), comenzando con relaciones de “enamoramiento” que al aumentar en edad se fueron transformando en relaciones de mayor compromiso tanto afectivo como sexual. En general, se declara que la primera relación sexual se da en un contexto de poca planificación, por lo que no existe una toma de decisión razonada previamente al acto, sino que surge como una reacción espontánea en un contexto proclive, generalmente preparado por el varón.

*“- ¿y que pasó para que...[tuvieran su primera relación sexual] ?
- se dio (...) como que nos dejamos llevar los dos, y pasó lo que tenía que pasar.” (Fabiola)”*

“...entonces de repente íbamos camino a la playa y Pedro dice ‘se me quedó la billetera en la casa, están todos los documentos en mi casa’, entonces les dijo a los chicos ‘hagamos una cosa, los vamos a pasar a dejar a la casa para que vayan a buscar un traje de baño, y nosotros vamos con Lorena a mi casa a buscar la billetera y volvemos’... ¡caí redondita, redondita! Yo juraba que íbamos a buscar la billetera; llegamos al departamento, solos que se yo, y pasó todo lo que tenía que pasar o lo que no tenía que pasar, no se, pero pasó igual; yo todavía no se si se le quedó la billetera en la casa o no [risas]...” (Lorena).

“...nos juntamos, me dijo ‘acompañame a ver a una tía’ y yo la lesa, me tragué el cuanto que íbamos a la casa de la tía; lo que pasa es que en esa parte, en ese departamento no había nadie, y yo entré y después no puede salir de ahí, me entiendes, yo entré y ...que se yo.”(Mariana)

Con posterioridad a esto, la mayoría de las mujeres hace una evaluación de su primera relación sexual describiéndose ellas en ese acto como “pasivas, inocentes, ingenuas, engañadas”, nociones que denotan una falta de responsabilidad en el hecho, asignándose a su pareja.

²² Ver definición de “Iniciación sexual” en pie de página N° 12.

La iniciación sexual es vivida como un hito importante en la biografía de las mujeres. Esta relevancia asignada se enmarca en un contexto tradicional de alta valoración de la virginidad. En este sentido, se releva como importante la percepción subjetiva de la propia virginidad, la que no cobra importancia tanto por el valor asignado por cada mujer, sino sobre todo por el valor que a la virginidad se da desde sus familias de origen. Es por esto que, de una u otra manera, la iniciación sexual es vivida con ciertos niveles de culpa, ya que se considera se ha contravenido los valores familiares (sobre todo parentales) asociados al modo de vivir legítimamente la sexualidad, es decir, en el contexto del matrimonio con fines reproductivos.

“sabía que había cometido un pecado, que yo era como católica, pero él me decía ‘lo hecho, ya hecho está’ “ (Fabiola)

“...cuando yo se lo dije al papá del Sergio, que él me dijo que..., que a lo mejor todavía era tiempo, que yo podía abortar, entonces yo le dije que no, o sea, eso no estaba dentro de mí, o sea, de mí hacer una cosa así, o sea, si yo había cometido una falta, porque en esos años para ti esto era una falta tan grave, yo tenía que asumirla igual...” (Mariana).

“...después me fui a mi casa, lloraba, me daba pena de que había faltado a lo que mi mamá me había dicho, me daba como mucha vergüenza, inclusive yo misma me empecé a perseguir, que mi mamá sabía, que se había dado cuenta cuando yo había llegado, o sea, no sé, mi mamá me miraba y yo agachaba la mirada.” (Gabriela)

Aunque las entrevistadas viven la iniciación sexual con mayores o menores grados de culpabilidad, es posible observar un desplazamiento en las motivaciones que llevan a las mujeres a iniciar su vida sexual, desde aquellas ligadas al matrimonio y la reproducción – en lo que llamaremos el modelo tradicional –, hacia motivaciones ligadas al afecto. Si bien, ambos procesos motivacionales están relacionados con la condición de la existencia de un vínculo (matrimonio o pareja afectiva) y no se mencionan motivaciones ligadas al ámbito del placer, de todos modos el desplazamiento revelado nos muestra la caída del imperativo de la virginidad y de la exclusividad del sexo ligado al matrimonio y la reproducción.

Ensayando la Prevención: el Embarazo en la Adolescencia

La iniciación sexual en la adolescencia enfrenta a las mujeres entrevistadas por primera vez a la temática del riesgo sexual, especialmente en relación a la posibilidad de embarazo. Esta exposición al riesgo es percibida de manera consciente al mantener

relaciones sexuales sin protección con sus primeras parejas (pololos), por medio de las cuales sabían que había posibilidades de quedar embarazadas; conociendo que esta relación podía ser intervenida a través de métodos de prevención. Sin embargo, al ser consultadas por el uso de dichos mecanismos de intervención, ellas declaran no haber conocido su utilización o no haber sabido cómo acceder a ellos.

"- Cuando empezaste una vida sexual con él, ¿nunca pensaste que podías estar en peligro por eso de alguna enfermedad venérea o de quedar embarazada?"

- Embarazada sí, pero no pensé en enfermedad venérea

- ¿Y qué hiciste para enfrentar ese peligro de quedar embarazada por ejemplo?"

- Me olvidé, nadie me explicó eso tampoco (...)

- ¿Pero sabías en ese tiempo que había formas de evitar el embarazo?"

- Sí, el anticonceptivo, esas cosas así, pero ¿cómo le iba a decir a mi mamá 'dame anticonceptivos'?..." (Fabiola)

"...era súper poco lo que se comunicaba o lo que se hablaba de eso en mi casa, o sea, hablarte por ejemplo o decirte que tu tienes que llegar virgen al matrimonio, era porque te lo tenían que decir, pero era como un tabú hablar sobre pastillas y cosas así, o sea, 'tu llegas virgen al matrimonio', ese es el mensaje, o sea no te cuidas si llega alguien a..." (Mariana)

Una variable de relevancia a la hora de evaluar los elementos que confluieron a la construcción de riesgo sexual para el embarazo, fue la de educación sexual, sobretodo la impartida durante sus años de educación formal. A este respecto, las entrevistadas declaran que dicho proceso educativo fue desarrollado con altos niveles de carencias y prejuicios por parte de las instituciones educativas. El modelo de educación sexual experimentado, por tanto, estaba basado fundamentalmente en la entrega de información básica y ligada al ámbito biológico de la reproducción.

"En el colegio no tenían, como que te dijera, nada sobre sexual, nada, a mi no alcanzaron a pasar nada, como ahora por ejemplo, que te imparten sexualidad, sexo en el colegio, ahora no, o sea, en esos años no, ahora sí..." (Mariana).

Sin embargo, a partir de otras instancias de socialización (parejas, grupos de pares, etc.) las entrevistadas pudieron tener acceso a conocer prácticas sexuales "no riesgosas" (*coitus interruptus*, frotaciones entre genitales sin penetración, "la primera vez no hay riesgo") y configurar, de esta manera, un primer nivel de repertorio para la prevención del embarazo. Sin embargo, en algunos casos, éstas estrategias no tuvieron el resultado esperado.

“...fue la primera vez, entonces por eso que se confundieron tanto las cosas, como fue la primera vez fue como, siempre la primera vez se piensa que no va a pasar nada, pero fue así.” (Oriana)

Por último, cabe mencionar que algunas entrevistadas efectivamente pudieron conocer, acceder y utilizar tecnologías preventivas más seguras (anticonceptivo oral preferentemente), sin embargo, estas sólo se centraron en el embarazo, evidenciando un total desconocimiento en relación a sus posibilidades de adquirir algún tipo de enfermedad de transmisión sexual o VIH/SIDA, situación reforzada muchas veces por el discurso médico con el cual ellas se encontraron.

“...fui al médico y me dijo que empezará a tomar pastillas (...) pero nunca con el miedo del VIH, era siempre el miedo al embarazo, y después, muchos años después, yo supe del VIH (...) lo escuchaba en la tele o que se yo...” (Lorena)

“...yo nunca, nunca usé preservativos, o sea en ningunas de mis relaciones hubo preservativos de por medio (...) porque supuestamente yo me cuidaba porque tomaba pastillas, o sea, ese era todo el cuidado necesario...” (Lorena)

Analíticamente, lo anterior conecta con la valoración de la información y su lugar estratégico en el desarrollo de prácticas preventivas. Como fue señalado en el marco teórico, tanto los enfoques técnicos como de la percepción de riesgo entregan a la información un valor central para la adquisición de prácticas preventivas por parte de las personas. En este caso, se puede reforzar la crítica del enfoque construccionista a este lugar preponderante de la información. Como fue señalado, la gran mayoría de las mujeres conocían o tenían antecedentes de fórmulas de prevención del embarazo, sin embargo, estas no pudieron ser llevadas a cabo debido a que una serie de factores socioculturales tales como la dificultad de acceder a los servicios de salud, la dificultad de comunicar estas inquietudes a los adultos significativos, la valoración social de la virginidad, entre otros, obstaculizaron que dicha información se tradujera en prácticas efectivas.

Al desarrollar una evaluación acerca del proceso de iniciación sexual y su vinculación con el primer embarazo (en todos los casos no planificado), las entrevistadas declaran que, junto a la deficitaria información y educación sexual recibida, uno de los principales factores de este proceso fue la condición de “ser joven”, juventud significada por las entrevistadas como una etapa en que se encontraría una disposición vital hacia el

hedonismo, la transgresión de normas y límites, y la incapacidad de proyectar las consecuencias de las acciones que en ocasiones se cristalizan en el ideal romántico de vivir experiencias en extremo.

“...sí uno cuando era lola también, yo me acuerdo, yo cuando tenía como veintiún años, me acuerdo yo vivía al lado del plaza Vespucio con mis papás y no se po’, de repente me iba a tomar un trago con unas amigas (...) y a la una de la mañana era peligrosísimo, y a esa edad a mi no me pasaba nada, nada y yo me lo caminaba y que se yo, hoy en día, ni cagando, o sea, ni cagando, o sea después de los veinticuatro, veinticinco años nunca más me atreví a hacer esa gracia, pero en ese minuto yo sabía que a mi nada me pasaba (...) cuando uno es más joven se cree omnipotente, que nada le va a pasar, nada le va a tocar, o sea, pueden asaltar a todos, pero ese día a mi no me podían asaltar...” (Lorena).

“...y tu de repente, te sientes como que es la única persona que va a estar en tu vida, como que te sientes, es como un amor tan diferente a un amor de ahora por ejemplo, es como un amor así que tu lloras, pataleas por esa persona, es donde se escribe en los cuadernos ‘tu y yo’, el nombre de él, ¿me entiendes?”. (Mariana)

En relación a los significados atribuidos a la juventud como momento de omnipotencia y hedonismo, cabe señalar que estos son propios de una cultura que significa la juventud como una etapa evolutiva de irresponsabilidad y exacerbación de la búsqueda del placer, que de algún modo, naturaliza o cristaliza a “la juventud” como un riesgo en sí. Este proceso de naturalización se desarrolla tan fuertemente que queda anclado inclusive en la propia identidad juvenil.

El embarazo, entonces, revela una serie de complejidades que van más allá de la conceptualización de la prevención como resultado de la información eficaz. En primer lugar, el embarazo no deseado es un discurso enraizado en nuestra cultura y en este sentido la prevención no atiende al mismo orden de problema que en otros casos, como por ejemplo, las enfermedades. En este sentido, el discurso que pudiera proveer las herramientas para tratarlo, el discurso médico y de la educación, queda supeditado – y participa – al discurso cultural, generando interferencias en los intentos de permitir que dichas herramientas terminen siendo usadas por sus destinatarias. Este discurso cultural conceptualiza el embarazo adolescente como un riesgo vital y social, que perpetua los ciclos de la pobreza, interrumpe los proyectos biográficos, etc. El embarazo no planificado, entonces, se convierte mediante el discurso cultural, en un embarazo no deseado para la mujer. Este hecho, genera un segundo orden en la problemática del

embarazo no planificado. Al ser significado social y culturalmente como un embarazo no deseado, pone en cuestión la dimensión del deseo de la mujer. En este sentido, esta dimensión se pone en tensión, al ubicarse la mujer en un lugar de ambivalencia entre el no deseo del embarazo (relacionado con el proceso cultural antes mencionado) y el deseo de él (relacionado con el anhelo de la maternidad, que también es significado culturalmente como el *deber ser* de una mujer).

En este sentido, si bien por una parte, se aprecia evidente voluntad de prevenir los embarazos, por otra, esta voluntad no se asocia a medidas de prevención, incluso se presenta con un claro deseo de estar embarazada, en el entendido que el embarazo demuestra la capacidad reproductora y anula el fantasma de la infertilidad.

“Si yo tenía la intención de cuidarme, porque cuando después fui a la matrona, la matrona me decía que tenía que tomar las pastillas o si quería ponerme tratamiento y yo decía no, pero después supe que estaba embarazada, y aparte que también me costó quedar embarazada, como que duré como unos meses que me costaba, entonces como que yo estaba con miedo, tenía muchas trancas por dentro.

- ¿Cómo es eso de que te costaba quedar embarazada?

- Que no quedé al tiro embarazada

- ¿Pero ahí tu no querías quedar embarazada? No estabas intentándolo...

- No, pero quedé así por quedar, entonces yo pensaba que podía ser estéril (...) y mi miedo mío era no poder ser nunca madre (...)

- O sea, ¿cuando quedas embarazada tu sientes como cierto alivio, no?

- Claro, que yo podía tener un hijo y sentí que podía ser mamá y sentir lo que sienten todas las mujeres de ser mamás...” (Fabiola)

“Pero ese embarazo no fue planificado pero fue muy lindo, me sentí muy feliz cuando quedé embarazada, y nunca me arrepentí, y nunca quise hacerme nada, a la edad que tenía y el miedo a los papás era diferente a ahora, nunca me hice nada y tampoco me arrepentí de tener un hijo.” (Sandra).

La maternidad: el desplazamiento del proyecto biográfico.

En gran parte del grupo de entrevistadas, tal como indica la información disponible en relación con la segmentación social del embarazo adolescente en la sociedad chilena y de igual modo que muchas mujeres que pertenecen a estratos sociales populares, la maternidad ha sido una experiencia que han comenzado a vivir en el periodo de la adolescencia.

La maternidad adolescente determinó para las entrevistadas un drástico cambio en su modelo de vida: los embarazos y nacimientos de sus respectivos hijos obstaculizaron en

gran medida la finalización de la educación secundaria, debieron establecer relaciones de pareja improvisadas con los padres de sus hijos, se vieron truncados los proyectos de vida individuales (estudios superiores), surgieron dificultades de relación con sus respectivos padres, etc. Sin embargo, las entrevistadas no percibieron este hecho como un obstáculo, sino como una posibilidad vital de autorrealización. De esta manera, todos aquellos proyectos individuales, fueron desplazados por un proyecto biográfico familiar.

"..cuando nació el Jaime y yo lo vi, fue el momento más feliz de mi vida, o sea, incluso mejor que haberme graduado realmente..." (Carol)

"... y después me casé y no trabajé más, no me dejaron trabajar..." (Fabiola)

Más allá de la declaración de autorrealización que otorga la maternidad a cada mujer, es posible interpretar a través de algunas fracturas discursivas, una tensión entre esta autorrealización familiar vivida como destino a través de la maternidad y un abandono de la posibilidad de consolidar los propios proyectos personales. Esto último, no es declarado de forma directa, ya que pareciera que es un sentimiento que pudiera generar culpa, pero que sin embargo, está presente en la mayoría de los relatos.

"...por una parte creo que la realización no va por ser madre [si no] por lo que una hace en la vida digamos, por como te puedas desarrollar tu como persona, eso es cuando lo pienso por un lado, pero cuando lo pienso por el otro lado, creo que también una de las realizaciones como persona es ser madre." (Oriana)

Por otra parte, la experiencia de la maternidad no planificada, fue generadora de aprendizajes que se reflejaron en una lejanía con las características del "ser joven" antes expuestas y una actitud más cercana a la "adulterez". En el ámbito de la prevención, este aprendizaje se reflejó en una mayor conciencia en relación a las posibilidades de embarazarse y por ello, una tendencia al uso de tecnologías de prevención del embarazo más seguras. Es probable que este aprendizaje haya sido también favorecido por el acceso a los servicios de salud (ginecológicos) producto de su primer embarazo, en donde pudieron acercarse a ofertas inmediatas de uso de tecnologías de prevención.

*"- Después de que Luisa nació, ¿tuviste intenciones de tener otro hijo?
- Si, con el tiempo él me decía, íbamos conversando (...) el me decía que más adelante podía tener..., yo le decía '¡si, pero esta vez yo me voy a cuidar!', le decía yo, porque yo ya tenía tratamiento, me lo puse al tiro cuando me mejoré de la Luisa (...) porque ya me di cuenta de que podía ser mamá y yo sabía que corría riesgo de poder quedar embarazada de nuevo". (Fabiola).*

El embarazo emerge de una situación no planificada y es responsable de una fractura biográfica que traiciona el ideal de futuro, no sólo porque instala una serie de dificultades para llevar a cabo los proyectos personales de trabajo y estudio, sino también porque muchas veces es responsable del establecimiento precoz y precario de un grupo familiar improvisado. Es en este escenario en que las mujeres comenzarán a ensayar distintas modalidades de negociación sexual y de prevención (normalmente proyectadas a siguientes embarazos) en las cuales se instalan aprendizajes orientados a la prevención efectiva de nuevos embarazos.

Finalmente, instaladas en el lugar de la 'adulthood', la mayoría de las entrevistadas centra su atención en el cuidado de sus hijos y en su rol de jefa de hogar, imponiéndose una sexualidad ligada a valores tradicionales (es decir, asociada al amor, la familia, la maternidad, etc.) desvinculándola de su dimensión de placer y erotismo.

"...cuando yo estaba embarazada de Marcelo, no se qué pasó que ya después no me gustaba estar con un hombre, tener relaciones no me gusta, soy bien reacia (...) para mí no es importante tener una relación sexual, sino que hay otras cosas más importantes..." (Sandra)

Ser mujer: madre y esposa

El deseo de la maternidad se vincula con la interiorización del rol femenino tradicional (madre, esposa e hija); en su discurso, al referirse a ellas mismas, las mujeres siempre lo hacen en su relación con uno de estos roles, siendo el de la maternidad el que aparece como más relevante.

La identidad femenina marcada por la maternidad se establece tempranamente y está visiblemente ligada a las influencias familiares e institucionales como vehículos culturales de transmisión de roles, normas y valores. En este sentido, las familias de las entrevistadas aparecen representadas con valores, normas y creencias tradicionales, en las cuales se instala una fuerte y contrastante diferenciación de los roles femeninos y masculinos. Las entrevistadas reconocen en sus madres a figuras débiles y subordinadas al poder masculino, relación que si bien a la llegada de la adolescencia será cuestionada, logra en gran medida modelar en las entrevistadas sus propias y futuras relaciones de pareja.

La imagen materna “tradicional” – madre-esposa – se presenta tensionada, a la vez que devaluada. Por una parte, la madre se transforma en un apoyo fundamental para las tareas de la mujer, una madre es buena ayuda para el ejercicio de la propia y nueva experiencia de la maternidad. Sin embargo, por otra parte, esta figura materna parece no estar a la altura de la figura materna actual: su “déficit” parece estar vinculado a la percepción que asocia esa imagen materna a una imagen infantilizada de la mujer (mi madre comportada más que como mujer, como niña). Ello representa un requerimiento a las madres de origen, pero a la vez, se presenta como una demanda a sí mismas.

“mi mamá es como una niña chica, no la puede entender a una, no la aconseja, no la escucha (...) no sé si será por su falta de educación (...) como que le faltaba esa parte que uno busca en la mamá de uno, que la aconseje, que la consuele, que le de aliento y la mía no es así...” (Fabiola)

Sin embargo, a diferencia de lo que podría considerarse como el modelo femenino ligado exclusivamente al ámbito de lo materno, las entrevistadas desarrollan una fuerte valoración de los ámbitos del estudio y del trabajo para la mujer, pudiendo lograr acceder a dichos espacios, con las limitaciones propias de su desigualdad socio-económica, y percibir una noción de autorrealización en ellos.

“...después [de terminar el colegio] empecé a trabajar, empecé a sentirme más segura de que podía trabajar y, de que podía hacer cosas por mi misma, ganar plata por mi misma (...) y ahí empecé a darme cuenta que podía hacer cosas, que ya era independiente, que ya podía manejarme sola...” (Fabiola).

Finalmente, estos logros personales, se asocian nuevamente al rol maternal, al referir que estos logros cobran sentido al estar al servicio del futuro de sus hijos.

“...el momento más importante que yo he tenido en mi vida, ha sido cuando tuve a mí hijo, y de ahí fue cuando él terminó su básica, también fue súper importante, fueron como logros súper importantes para mí de cuando Sergio terminó su enseñanza básica.” (Mariana).

La maternidad no es vivida como una opción a la cual acceder de forma voluntaria, sino que es vivido como “destino”, como un evento inevitable que es propio y natural de su rol femenino.

HACIA LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO SEXUAL PARA EL VIH/SIDA

La Circulación de la Información: la Instalación Social del Prejuicio

La información y conocimiento que las mujeres entrevistadas manejaban con respecto al VIH antes de adquirirlo, se constituye en un elemento primario para el análisis de la construcción del riesgo sexual para el VIH. Esta información provenía de fuentes disímiles: programas de televisión (los había sensacionalistas, científicos, de orientación religiosa), educación formal, campañas estatales (televisivas, gráficas, etc.), grupos de pares, entre otras. Aún cuando diversas voces emergen informando, denunciando, dando cuenta de este fenómeno social, ya sea desde la opinión, la reflexión, la entrega de datos, etc., a todas ellas subyace una lógica común, aquella que asociaba al SIDA con la peste rosa, la peste gay, la catástrofe asociada a la sexualidad. En este contexto la primera aproximación a una noción de riesgo para el VIH de las entrevistadas se configura a partir de la instalación del prejuicio.

Esta instalación se expresa con mayor notoriedad en la idea de que son “otros u otras” quienes son los posibles afectados por el VIH. En general, ninguna de las entrevistadas declara que, antes de adquirir el virus, se consideraba en una situación de riesgo.

“...yo me imaginaba que el SIDA, como se veía ahí [en la televisión], flaco, la gente decía, ‘esas son las personas que tienen eso’, pero nunca pensé que podía verse una persona sana y que por dentro llevaba un virus, eso no lo entendía yo.” (Fabiola)

*“...lo escuchaba en la tele o que se yo, lo poco y nada que se sabía, y esas cosas les podían pasar a otros pero a uno no, eso le pasa a otra gente...
- ¿pero a otra gente como quienes?
- las prostitutas, pero no a una...” (Lorena)*

“...porque siempre tu relacionas esta enfermedad con personas que han tenido hartas parejas, ¿cierto?, o sea, o no se si yo seré así, pero yo siempre...antes de tener esto, uno siempre ‘¡Ah, le pasa a las personas que tienen hartas parejas o que tienen una doble vida!’, pero tu nunca piensas que a una persona tan normal le va a pasar...” (Graciela).

“...porque en ese tiempo el SIDA era una cosa así, como una enfermedad que era de los hombres..., ¿homosexuales se dice verdad?, pero nunca escuché también que fuera de parejas normales, comunes y corrientes, entonces siempre lo vi muy lejano a mi...” (Mariana)

*“Yo cuando estaba embarazada de Marcelo escuché recién el SIDA, pero así no más po’, o sea, que era una enfermedad y que venía hace años atrás, y ahora estaba abundando en África, tampoco era aquí, era en otro país...
- ¿Y sabías como una se lo podía contagiar?
- Si, o sea, ahí era diferente, porque era por un beso, o por darse la mano, era por hartas cosas, no era como realmente es el contagio...” (Sandra).*

Una vez superada la etapa inicial de la epidemia, que estuvo marcada por la reacción que antes revisamos, los mensajes educativos oficiales en relación a las posibilidades de adquirir el VIH comenzaron a circular con mayor difusión. Aun accediendo a esta información con respecto a la prevención del VIH, ésta coexiste con la información errónea o poco clara antes adquirida lo que dificulta una traducción eficaz a prácticas no riesgosas o a uso de métodos de prevención. En este sentido es posible sostener que, si bien en un primer momento el discurso oficial en relación a la enfermedad, construido por las instituciones médicas, se planteó en relación a la idea de ‘peste rosa’ y a la discriminación de los afectados por el VIH, cuando este quiso instalar un nuevo discurso menos moralizador, aludiendo concretamente a las prácticas de riesgo, y en este sentido, a la posibilidad de que tanto homosexuales como heterosexuales estaban expuestos al contagio, la información previa y los imaginarios sociales y prejuicios que contribuyó a producir, puede decirse que operaron como una “huella” en nuestras representaciones que ha sido difícil de “borrar”. Sobre todo, el hecho de que ninguno de estos mensajes estuviera dirigido a las mujeres, perpetuó la concepción del SIDA como la enfermedad de otros.

*“ - ¿Y qué información tenías?
- La normal no más, que era una enfermedad venérea, que se transmitía..., que era de inmunodeficiencia, eso yo no lo entendía y esas cosas (...) sabía que se transmitía por las relaciones sexuales” (Fabiola)*

La cercanía que algunas de las entrevistadas tuvieron en algún momento con dichos mensajes acerca del riesgo implicado en sus prácticas y cómo prevenirlo, sin embargo no se puso en circulación en las conversaciones de pareja. Probablemente, el factor que inhibió que esta información pudiera constituirse en insumo para las conversaciones de pareja, y con ello, la posibilidad de acordar ciertas prácticas orientadas a la prevención, se vincula con el cuestionamiento a la relación que dicha conversación supondría: el VIH/SIDA constituiría un riesgo para los miembros de la pareja en el contexto de que alguno de ellos no estuviera respetando la vía de la pareja única como forma de prevención, o bien, la posibilidad de que en el pasado alguno de los miembros estuviera

ligado a una relación de riesgo, supondría el exponerse ante el otro ya sea en el lugar de engañado o de engañador. En el silencio la pareja permanece resguardada.

"Claro...porque nunca nos metimos mucho en la enfermedad, si salía [en la televisión] (...), pero nosotros nunca nos metimos, o sea, nosotros hablábamos de nuestros trabajos y nada más, y esa era el tema de la noche, Marcelo y su colegio, y el trabajo de nosotros, nunca una enfermedad así". (Sandra)

Es de especial relevancia observar que, si bien en algunos casos se desarrolló como práctica preventiva el uso y conversación acerca del condón especialmente en relación con las enfermedades de transmisión sexual, éstas estrategias no lograron sostenerse en el tiempo debido en gran medida al cambio en el tipo de vínculo desarrollado, cuando de pareja ocasional se transita a la estabilidad.

"...y decía que había que usar preservativos porque existían por ejemplo -de repente me quedé anonadada- me acuerdo cuando me habló de una enfermedad venérea, '¿qué es eso?', y él se pudo a reír de mí no más, me acuerdo y me dijo, '¿no sabes lo que es?', 'no, no tengo idea' le dije yo, entonces ahí él me fue comentando, me fue conversando (...) yo le pregunté cuantas pololas él había tenido antes, porque siempre cuando tu conoces a alguien preguntas, sobretodo yo, que yo no había tenido otra pareja antes más que a mi esposo..." (Mariana)

- (...) Conversaron de utilizar el preservativo, pero en algún momento dejaron de usarlo, ¿por qué lo dejaron de usar?
- Lo dejamos de usar, una porque ya nos conocíamos harto tiempo, aparte que pensábamos casarnos, vivir juntos y tener una familia..." (Gabriela)

Del mismo modo, se aprecia un rechazo a la posibilidad de uso de ciertas tecnologías de prevención, dado que éstas traen consigo un repertorio de mitos y prejuicios asociados.

"... además que a mí se me ocurría que era fome el cuento del condón, y como el asunto del VIH yo no lo tenía incorporado para nada, entonces no lo encontraba necesario..." (Lorena).

"...hasta antes de saber que yo era VIH positivo, yo nunca conversé con mis amigas, ponte tu, el cuento del preservativo, que se yo, no era tema..." (Oriana).

Un elemento fundamental para la conformación del riesgo sexual para el VIH en las entrevistadas, dice relación con la actitud que ellas internalizaron con respecto a la enfermedad y a quienes la padecen. Sin lugar a dudas esta actitud responde en gran medida a la internalización de la respuesta social que se conformó y circuló con respecto a la epidemia y que aun subsiste.

En relación a esta idea, es relevante consignar el lugar simbólico que para muchas de las entrevistadas ocupa la noción de 'limpieza' versus 'suciedad' de quienes padecen o podrían padecer la enfermedad. Esta actitud ante los enfermos y la enfermedad vuelve a relacionarse con la idea de un 'otro' que la padece, en este caso 'el sucio'. La suciedad pareciera relacionarse con el origen de la enfermedad en dos sentidos: en primer lugar la suciedad como falta de higiene – una idea que subyace a toda enfermedad –, imágenes de hacinamiento, de falta de cuidado personal, la *precariedad material*; sin embargo, y este es el segundo punto, la imagen de lo sucio se llena de sentido al incorporar en ella la sexualidad, así suciedad emerge como representación de promiscuidad, de falta de límite, es la sexualidad desbocada, alusión a la *precariedad moral*. En tanto, la limpieza se revela como su contrario, asociada a las 'buenas costumbres', es relacionada en cuanto a la sexualidad a la noción de pureza, a la decencia, siendo su máxima expresión la castidad, la sexualidad vedada. Situadas en el eje que traza la oposición suciedad – limpieza, emerge un cuestionamiento que finalmente no es soportable; puesto que es imposible situarse en el extremo de la castidad, en el *blanco más blanco*, la experiencia modifica la visión porque no es resistible percibirse como sucia, para ello la noción de destino ayuda.

"...hasta el día de hoy yo soy una mujer limpia, entonces yo eso mismo pensaba cuando yo decía 'no, yo no soy una mujer sucia'; tampoco pienso eso, lo mismo de la enfermedad, yo se que no es porque uno sea sucia, creo que es por el destino, las circunstancias se dan así, porque yo siempre he sido una mujer limpia" (Carol)

Las relaciones de pareja

Como hemos revisado hasta ahora, las mujeres entrevistadas traen consigo una serie de actitudes, creencias, información, percepción de vulnerabilidad, en fin, su propia subjetividad, que se ponen en juego al momento de la interacción sexual con un *otro*. Es en esta interacción que las propias condiciones antes mencionadas se encontrarán con otros procesos biográficos y en dicha interacción, se articula la posibilidad o no de la negociación sexual.

En esta dimensión relacional, adquiere fundamental relevancia el ámbito de la pareja en la vida de cada una de las mujeres entrevistadas y en este aspecto, el lugar simbólico que ocupa el hombre para cada mujer.

“...es que yo, dentro de toda mi supuesta independencia y autonomía y que se yo, yo soy súper dependiente, mi independencia es de aquí para afuera, o sea de la boca para afuera, pero en el fondo soy súper dependiente, dependiente del afecto, de alguien al lado, y bueno, ojalá una pareja (...) pero de un hombre que se imponga, que no haga lo que yo quiera, que tome ciertas decisiones...”
(Lorena)

El primer lugar simbólico que ocupa el hombre en la pareja es el heredado de la imagen paterna: hombre proveedor, hombre protector, hombre admirable.

“...a pesar de todo, o sea que era bueno para el trago, que la relación terminó muy mal y todo eso, pero el tiempo que estuvimos bien yo me sentía como...como con un apoyo al lado un ¡Hombre! al lado, que se yo, un marido con todas sus letras, que efectivamente tenía muchas cosas malas, pero tenía otras tantas buenas...” (Lorena)

“...que no fuera ni muy guapo ni muy feo, ni muy gordo ni muy flaco, que fuese un hombre que me diese seguridad, un hombre que tuviera solvencia económica, no que fuese millonario ni mucho menos, pero que tuviera una solvencia digamos para vivir, que fuera bueno en la cama, que fuera muy cariñoso (...) pero creo que sobre todo, sea un hombre imponente...” (Graciela)

Del mismo modo en que la figura materna y la imagen de familia se encuentran en tensión, es posible observar que la figura del padre emerge de forma conflictiva. El discurso en relación a la figura paterna, lo describe con una serie de contradicciones: protector y represor, proveedor y lejano, exigente con su hija, inconsistente en su acompañamiento.

“...mi papá era muy estricto, nos tenía en la pura casa, salíamos con él para donde él decía (...) sentía que después que cuándo yo crecí quería salir y no me dejaba salir y tenía que estar en la casa, sino..., una vez empecé a salir, yo estaba trabajando y del mismo trabajo me sacó, me tiró del pelo me acuerdo, entonces yo también por dentro tenía rabia, como que me estaba rebelando ante él por todo lo que me había pasado...(...) es que en realidad entendía que a una la cuidó” (Fabiola)

Es en relación a esta imagen del padre que las entrevistadas construyen parte de su noción de masculinidad, la que se verá confrontada en el momento del establecimiento de sus parejas. Sin embargo, en esta confrontación, lejos de producirse una contradicción, se produce un refuerzo del estereotipo masculino.

"[mi pololo] me empezó a cuidar más (...) lo veía como más preocupado de mi (...) así como un papá, así, como protector, una cosa así" (Gabriela)

A pesar de esta problemática relación con la figura masculina, ésta es vivida como un imprescindible para la gran mayoría de las entrevistadas, ya que apela a un sentido de complementariedad. A pesar de ello, se aprecia una disconformidad con los estereotipos masculinos y femeninos heredados, y en algunos casos, existe una reacción a ellos, en especial en lo relativo a las posibilidades de participación en espacios públicos como el estudio y el trabajo.

"...él [padre] decía que los estudios eran para sus hijos hombres, yo me tenía que casar y tener una familia y a mi un hombre me iba a tener que mantener, o sea, esa es la mentalidad de las personas, o sea, de mi padre, entonces yo le dije 'no mamá, yo quiero seguir estudiando, yo quiero ser más profesional'..." (Mariana).

Es con esta noción ideal de hombre con que las entrevistadas enfrentan sus primeras relaciones de pareja, enfrentamiento que se presenta muchas veces de forma desconcertante al contrastar esta imagen ideal con la experiencia que se le ofrece. Si bien este encuentro es vivido con frustración y desconcierto, persiste en ellas el deseo de completitud que el ideal de hombre pudiera colmar, por lo que en general, se aprecia un esfuerzo por mantener la ilusión de que ese ideal es posible de encontrar en la pareja elegida.

Este proceso, se ve reforzado aun más, por la mediación de los hijos, los que vienen a completar la unión entre las mujeres y sus parejas. Desde este momento, la noción de pareja queda supeditada a una idea de familia socialmente determinante y legitimada.

"...yo decía, estoy bien con mis papás, yo trabajo, a Sergio [hijo] no le falta nada, ya, pero de repente te empiezan a convencer de que los niños tienen que vivir con sus papás y que se yo, volví de nuevo a intentarlo..." (Mariana)

"...entonces yo como que empecé a confundir las dos cosas, también en realidad, porque tu de repente, cuando te quieren un hijo, tu te sentí, como súper bien, o sea no importa si tu estás muy enamorada o no..." (Oriana)

Parece interesante observar que la importancia asignada a la figura masculina radica en su vínculo paterno con los hijos, en la "imagen de padre", y no tiene un fundamento económico, en relación al aporte que pudiera realizar el hombre a la economía familiar.

Ahora bien, podemos encontrar relatos en que frente a este ordenamiento social, se opta por la trasgresión de las normas sociales y familiares, y se establecen relaciones de pareja contraviniendo las opiniones familiares, el deber ser, la idea de bienestar familiar. Esta transgresión se encuentra revestida de los ideales del amor romántico y por tanto, es vivenciada como una experiencia de felicidad.

“... y así fue pasando el tiempo hasta que me casé con él sin permiso de mi papá...” (Fabiola).

En algunos casos, esta transgresión es vivida por las entrevistadas con un costo, el de adquirir el VIH.

“...entonces es ahí donde comienzan mis problemas de repente, porque querer de repente formar una nueva familia, y querer ser feliz, me costó hartas cosas, me costó lo que tengo”. (Mariana)

Una vez establecida una relación de pareja, comienzan a relevarse otras problemáticas vinculadas a ella. La infidelidad emerge como uno de los temas más relevantes en el discurso de las entrevistadas, tema que, en relación con el VIH/SIDA cobra especial importancia en este análisis. El tema de la infidelidad emerge explícitamente en los relatos a partir de la reflexión en torno a las causas atribuidas a la infección por VIH, en apariencia la sospecha del engaño no es revelada hasta después de saber del contagio. La infidelidad aparece como la traición propia de lo masculino, en sus relatos ellas no se someten a la posibilidad de infidelidad, ni siquiera a su sospecha.

En algunos casos, a la infidelidad dentro de la relación se le atribuye causalidad de la infección por VIH, si bien no siempre existe certeza de que así sea. En este caso, el concepto de infidelidad, se relaciona principalmente con la mantención paralela, por parte de la pareja, en forma ocasional o frecuente, de relaciones sexuales con otra persona, a quien se le responsabiliza de transmitir el virus.

Por el contrario, en otros casos, la infidelidad aparece como un fantasma bastante más difuso. Algunas entrevistadas no logran aceptar la idea de que su pareja haya mantenido relaciones sexuales con otra persona en forma paralela, por lo que en su discurso las acciones de infidelidad son suplantadas por ideas poco claras.

“...me pasó incluso que cuando yo acepté a Javier [nueva pareja] fue porque yo vi una foto con otra mujer de él [esposo], entonces eso..., y él estaba muerto y me dolió mucho y no fui nunca más a verlo al cementerio.” (Sandra)

Por último, existen casos en que, aun teniendo cierto nivel de certeza de que las parejas no fueron infieles y que habrían adquirido el VIH con anterioridad al inicio de la relación, esta situación queda revestida por la categoría de infidelidad, toda vez que en el momento del inicio de la relación de pareja, la entrevistada no conocía la situación del hombre. En esta situación la infidelidad es vivida como una traición de parte de la pareja por no haber declarado su situación, aunque ésta muchas veces pudo ser desconocida por él.

Un aspecto que merece mención con respecto a la infidelidad, es el supuesto que tendrían las mujeres entrevistadas en relación a que sus parejas habrían sido infieles con otras mujeres, sin siquiera cuestionar la posibilidad de que esta infidelidad haya sido del tipo homosexual. Considerando la importante carga de prejuicios sociales que relacionan directamente SIDA con homosexualidad, el hecho que ninguna de las mujeres lo mencione explícitamente nos lleva a hipotetizar que este tema se constituye en un tabú a la hora de buscar explicaciones causales para la transmisión del VIH. Probablemente esta posibilidad no pueda ser siquiera imaginada debido a que significaría una transgresión al modo como es representada la masculinidad; si bien es permisible una sexualidad excesiva en los hombres con relación a las mujeres, la idea de un hombre teniendo sexo con otro hombre es incongruente, puesto que lo desviriliza. Ahora bien, también es posible que ellas no quieran entrar en ese cuestionamiento aún sospechando o dudando de la bisexualidad de su pareja, para evitar así una situación crítica.

Es importante observar que, ya que las relaciones de pareja establecidas fueron en su mayoría con el mismo hombre con que vivieron el proceso de la iniciación sexual, el repertorio sexual de prácticas y nociones preventivas será muy restringido, en la medida de que no hubo ensayos y experiencias de parejas previas. Esta afirmación nos lleva a conjeturar que el establecimiento temprano de relaciones de pareja que se fundan en un compromiso “conyugal” (exista vínculo jurídico o no), impiden la posibilidad de experimentar diferentes relaciones y por ello, la adquisición de un repertorio más variado de prácticas, actitudes y valores, orientados al cuidado de la propia afectividad y salud

sexual, y por consecuencia, la adquisición de estrategias para la negociación del riesgo sexual y su prevención.

"...siempre me sentía que, como que siempre el hombre decide lo que él quiere hacer, o sea, si quiere estar contigo, él lo decide cómo y cuándo, o sea, nunca es como decisión mía propia, o sea, yo hablo de mi persona, es decisión mía propia, 'hoy quiero estar contigo y quiero estar hoy yo contigo porque yo deseo estar contigo' o sea a mi las cosas nunca se me han dado así, o sea, siempre he sido, como ahí en esa parte muy pasiva en esa parte, como que..., a ver cómo te explico, como que esa parte la siento como que él, la manda el hombre, o sea un cosa así, me dejo mucho llevar, yo me dejo, yo estoy hablando de mi persona, me dejo yo mucho llevar por la situación que el hombre me vaya dando..." (Mariana)

En este sentido, a medida que algunas mujeres van experimentando nuevas relaciones de pareja, adquieren mayores posibilidades de enriquecer su repertorio sexual (entendido en términos de prácticas, información, posibilidades comunicacionales, estrategias de negociación, etc.) que les permitirá reformular su estilo de relación de pareja, adquiriendo mayor protagonismo en ella. Este proceso de ampliación del repertorio sexual generó en estas mujeres las posibilidades de establecer relaciones de mayor igualdad, sin embargo, se observa que este repertorio más amplio no fue, por si solo, lo suficientemente eficaz para que las mujeres desarrollaran prácticas preventivas.

EL RIESGO EN INTERACCIÓN: LOS DISCURSOS DE LA PREVENCIÓN.

Ahora bien, como veremos a continuación, la interacción de la pareja se produce en un escenario en que los discursos de ambos participantes, se entremezclan con los discursos culturales de la prevención y el riesgo. En este sentido, en las entrevistadas, podemos encontrar al menos cuatro discursos en relación al riesgo sexual antes de adquirir el VIH:

1. El amor como protección natural

Varias de las entrevistadas declaran no haber tenido una preocupación particular por la posibilidad de adquirir el VIH u otra enfermedad sexualmente transmisible debido a que, a su juicio, el estar vinculadas en una relación de pareja en que el amor era el elemento vinculante, les proveía una protección "natural" frente a dichas posibilidades.

“...¿haz escuchado esa canción de Arjona que dice ‘también es mi primera vez’?, él me cantaba esa canción, claro porque me decía que antes había tenido relaciones pero nunca había estado enamorado, la típica, el típico cuento (...) entonces para mí el hacer el amor con él era como la primera vez...porque no sé por qué, él era mi marido y todo el cuento” (Lorena)

“Entonces, decidimos que nos íbamos a quedar afuera, que se yo, y él usó preservativo, me acuerdo, siempre las primeras veces; ya después con el tiempo, que él tenía otras intenciones conmigo, de que algún día nos casáramos, que se yo, las cosas fueron cambiando.” (Mariana).

De acuerdo con Güell (1999) la mayoría de las personas manifiesta que las relaciones sexuales son una expresión del amor y que importan en tanto permiten construir y asegurar la pareja (esto corresponde a lo que nosotros hemos consignado como el amor romántico como medio vinculante para establecer la relación de pareja). En esta elaboración de riesgo, se define por tanto a las relaciones sexuales como un medio para alcanzar un fin más amplio (la mantención de la pareja) que la propia sexualidad y por tanto está fuertemente asociado al futuro, sin embargo, no existiría una relación entre esa capacidad de proyección y estrategias que prevengan acontecimientos que puedan poner en peligro dichos proyectos. Acá la presencia del amor aparece como condicionante de tener y mantener relaciones sexuales y es conceptualizado no como un sentimiento espontáneo sino como “un código sistemático que orienta la acción definiendo fines, medios, tiempos y riesgos. En el código del amor el fin relevante es la mantención de la pareja en el largo plazo.” (Guell, 1999, s/p). Desde el punto de vista del autor, con esta elaboración del riesgo, las personas no necesitarían generar estrategias de prevención, ya que estas estrategias se fundan, como ya se señaló, en la sospecha de infidelidad, situación que es incompatible con el proyecto de pareja a largo plazo.

En este punto, es de especial importancia, como forma de reforzar el estilo de pareja establecido, la figura social del “amor romántico” (Giddens, 1995a). A través de ella, se afianza en las mujeres un ideal de relación de pareja que traería la felicidad personal y familiar a través del establecimiento de una relación sólida y estable donde el elemento vinculante sería el amor. Con este ideal la relación de pareja opera bajo un imaginario de relación de extrema confianza en donde no hay cabida para manifestaciones como la infidelidad, la violencia o el maltrato.

2. La prevención es para el sexo ocasional

Existen otros casos en que se asume que se está implicado en una relación de pareja estable, pero que hay posibilidades de infidelidad. En estos casos, el discurso para la prevención fue que quien fuera infiel en dicha relación debía ser el responsable de cuidarse.

“...yo me acuerdo que en la tele una vez vi unos reportajes y yo siempre le decía ‘si tu vas a tener algo usa preservativo’, no me hizo caso, pero éramos ignorantes...” (Sandra).

Del mismo modo, y como observamos en el primer discurso, existen casos en que se considera que las acciones preventivas son de utilidad en los momentos de establecimiento de nuevas parejas, pero que son prescindibles una vez que el vínculo es formalizado.

Este discurso reconoce, a diferencia de la construcción anteriormente revisada, la existencia y posibilidad de la multipareja y la infidelidad. Esta elaboración estaría relacionada con lo que Güell llama el “código del placer”, es decir “cuando las relaciones sexuales aparecen como fin en sí mismas definidas por el placer individual que se obtienen en el tiempo presente” (Güell, 1999, s/p). Esta elaboración se desliga de la relación entre el sexo y el amor, y concibe a la relación sexual como un fin en sí mismo. Sin embargo, el sujeto activo en esta conceptualización es el hombre, es decir, esta es una elaboración del riesgo realizada por las mujeres que desplaza la responsabilidad de la prevención hacia sus parejas varones, en el entendido que es el hombre el que será infiel. Cabe señalar que en el acto de reconocimiento de la posibilidad de la infidelidad o la multipareja, se le restituye a la pareja un lugar protegido, para lo cual, “el infiel” deberá proteger dicho lugar con una práctica preventiva, el condón, en sus relaciones sexuales alternativas.

La fidelidad se convierte, mediante un proceso de internalización, en uno de los valores fundamentales del estilo de pareja establecido por las mujeres. Su transgresión es absolutamente negada, pues develaría, por un lado, el fracaso personal de mantener al otro vinculado, y por otro, haría patente las fracturas del carácter mismo de amor romántico: el establecimiento de un hogar.

Es por esto, probablemente, que la noción de familia (ligada a la de hogar) se convierte en un soporte fundamental para la vida de la pareja, llegando inclusive a desplazar los proyectos personales que en los principios de la juventud se habían trazado. La llegada de los hijos no va más que a reforzar este desplazamiento, quedando estos proyectos personales anquilosados en el pasado o en un futuro idealmente imposible.

3. El hombre es el que sabe

En otros casos, las mujeres declaran no haber estado especialmente preocupadas por la posibilidad de la adquisición del VIH, ya que existía el presupuesto que frente a este tema, como a otros vinculados con la sexualidad, es el hombre el que posee los conocimientos, tanto en el nivel de la información, como en el nivel de las prácticas.

"...siempre me sentía que, como que siempre el hombre decide lo que él quiere hacer, o sea, si quiere estar contigo, él lo decide cómo y cuándo, o sea, nunca es como decisión mía propia (...) esa parte la siento como que él, la manda el hombre..." (Mariana)

"...porque yo no tenía idea de pastillas, ni de preservativos, ni de nada, yo no sabía esas cosas que se saben ahora, no, yo no sabía cómo cuidarme, él yo creo que sabía, porque iba en un colegio más dotado que el mío y sabía mucho más, pero no nos cuidamos..." (Graciela).

Este tercer discurso debe ser especialmente atendido desde la dimensión de género. A partir de esta perspectiva, como ya fue desarrollado en el marco teórico, la cultura ha desapropiado a la mujer de aquellos saberes que tienen relación con la sexualidad, atribuyéndole al hombre el saber sexual, incluso el relacionado con la sexualidad femenina. A este respecto Barbosa (1995) releva los efectos que los discursos biomédicos han tenido sobre las representaciones corporales que hacen de sí las mujeres, provocando en ellas una percepción de ignorancia con respecto a su propia sexualidad. Este hecho no hace más que reafirmar la dimensión cultural que entrega ese saber al hombre y obliga a las mujeres a confiar en las decisiones que tome este con respecto a su propia sexualidad. Cabe señalar que, tanto las elaboraciones del riesgo regidas por el amor romántico y por el código del placer (que corresponden a las dos antes revisadas) coexisten en menor o mayor medida, con esta construcción que asigna el saber sexual al hombre.

4. Yo sé con quien me meto

Por último, se aprecian casos en que, una vez asumida la posibilidad de adquisición del VIH, las mujeres desarrollaban una evaluación de los varones con quienes podrían tener relaciones sexuales, evaluación que generalmente es realizada utilizando criterios subjetivos.

"... un día una amiga me dice 'por favor cuídate, ten cuidado con quien te metes' y que se yo, yo le dije '¿por qué?', 'porque me dijeron que una amiga mía tenía SIDA', yo me cagué de la risa, le dije 'Sofía, pero por dios, como se te ocurre, si yo se con quien me meto', la típica..." (Lorena)

"- y este tema de yo se con quien me meto, ¿era realmente así? ¿tu hacías una evaluación de...?"

- de con quién me metía?, supuestamente si, o sea, claro, yo no me metía con cualquier tipo que encontraba en la calle, digamos, pero tampoco les pedía un certificado, entonces claro, yo me metía con...de repente con algún chico que era de mi círculo de amigos, una cosa así, pero..., además que todos se veían sanitos, entonces no, nunca se me pasó por la mente nada, nada..." (Graciela)

Además de los aspectos físicos y sociales para definir la evaluación (evaluación basada en el prejuicio) hay otros aspectos que se consideran también y que dicen relación con una elaboración más compleja de la evaluación y que considera aspectos tales como el historial de relaciones anteriores, el discurso que la pareja emite acerca de la prevención, y que se asume, fue llevado a la práctica en relaciones pasadas.

"...hablamos de cualquier enfermedad venérea, pero como yo le pregunté cuántas pololas él había tenido antes, porque siempre cuando tu conoces a alguien preguntas, sobre todo yo, que yo no había tenido otra pareja antes, más que a mi esposo..." (Mariana).

"...cuando empezó a enfermar, yo un día le hice un comentario a una compañera de trabajo, le dije '¿sabes que? él pasa siempre enfermo' y que se yo...y ella como que era más abierta (..) me dijo 'Mariana, no vaya a tener alguna infección venérea' (..) 'no creo -le dije yo- porque él siempre ha predicado con el...cómo se llama esto...siempre inculcándole a toda la juventud de que hay que usar el preservativo y esto ,entonces no creo -le dije yo- que pueda estar enfermo de algo así'..." (Mariana).

Este discurso refiere un avance en relación a los discursos anteriores. Este avance se refleja en una doble dimensión, la primera de ellas tiene relación con que supone a una mujer más activa en el proceso de la prevención y que relativiza el discurso del amor romántico matizándolo con la propia experiencia de búsqueda de placer sexual en relaciones que no necesariamente tengan proyección a futuro, sino que están regidas por

el código del placer y la ocasionalidad. La segunda dimensión que nos hace proponer este discurso como más avanzado, tiene relación con que a la base de él hay un intento por desarrollar prácticas preventivas, intento que se ve reflejado en el acto evaluativo que conlleva esta opción. Sin embargo, la evaluación de este discurso es desarrollada de acuerdo a criterios emanados básicamente desde los prejuicios y mitos culturales con respecto al VIH/SIDA.

LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO SEXUAL PARA EL VIH/SIDA EN LA MUJER: UN OBSTÁCULO PARA LA PREVENCIÓN

A partir del análisis hasta ahora desarrollado, podemos identificar una serie de elementos que configuran, en su interrelación, el riesgo sexual para el VIH/SIDA elaborado por las mujeres y que se constituyen en los principales obstáculos para diseñar estrategias preventivas dirigidas a ellas. En este sentido, y realizando ahora un proceso de síntesis, revisaremos los que, a nuestro juicio, son los elementos de mayor relevancia y que mejor dan cuenta de este proceso de construcción y cómo estos se articulan con las dificultades para la prevención.

La Constitución de Repertorios Sexuales

A partir de los hallazgos presentados en el análisis, podemos definir que uno de los principales elementos presentes en la construcción del riesgo sexual para el VIH/SIDA, es el proceso de constitución de los repertorios sexuales²³ restringidos con que cuentan las mujeres. Este proceso tiene una relación directa con dos momentos biográficos, cuales son la iniciación sexual y el primer embarazo, generalmente durante la adolescencia.

Antes ~~de~~ debe atenderse el hecho de que el embarazo no planificado, como riesgo en relación a la sexualidad, tiene características distintas al riesgo que puede presentar la posibilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual como el VIH/SIDA. En primer lugar la posibilidad de la maternidad es parte de la construcción que las mujeres hacen de sí en tanto alude a lo propiamente femenino. En este sentido, hemos observado como se entrelazan el deseo y las posibilidades de evitar un embarazo, en un discurso

que sostienen no solo las mujeres individualmente sino que se encuentra instalado en la cultura. El SIDA en cambio, se incorpora tardíamente como tema en relación a la sexualidad, una vez que las mujeres ya han ingresado en la sexualidad activa. En este sentido estas mujeres pertenecen a una generación que reconoce la posibilidad de embarazo como un riesgo, pero que no configuraba al SIDA como un riesgo de las relaciones sexuales. Por otra parte, el SIDA aparece como un discurso fragmentario, perteneciente al ámbito médico, epidemiológico, que no se encuentra instalado hegemonicamente, como es el caso del discurso cultural sobre el embarazo y la maternidad.

Considerando estas características diferenciales respecto al embarazo, es posible señalar como estos dos momentos biográficos que hemos señalado – iniciación sexual y primer embarazo – dan cuenta de las escasas posibilidades y repertorios preventivos con que contaban las mujeres. En el caso del embarazo esta ausencia de acciones preventivas pueden ser explicadas a través de un proceso de triple colaboración. Por un lado, la emergencia del amor romántico como contexto que legitima las acciones desprotegidas ya que se hace cargo de sus efectos y deslegitima las acciones preventivas porque contradicen su realización. Por otro lado, la debilidad informativa con que las mujeres contaban, compuesta ya sea desde los prejuicios, mitos y creencias o desde una voz oficial incompleta y moralizante de instituciones sociales tales como la escuela, la religión y la misma familia de origen. Por último, y como parte del proceso de asignación de roles, el “saber sexual” queda anclado a la figura masculina, razón por la cual las mujeres asienten mantener relaciones sexuales bajo ciertas condiciones establecidas por el varón. Estos tres procesos (amor romántico, información prejuiciosa y moralizante, y pasividad frente a la voluntad masculina) colaboran y se funden para obstaculizar la toma de acciones preventivas para el embarazo por parte de las mujeres.

Con este proceso pareciera ir conformándose una suerte de estilo de relación, en que se reedita constantemente el juego trazado por el hombre en las primeras experiencias y en que la mujer no cuenta con un repertorio de prácticas de negociación sexual con las cuales pueda demandar mayor protagonismo y reformular el estilo de la relación.

²³ Cabe señalar que, en este caso, entendemos *repertorio sexual* en un sentido amplio, más allá de la inclusión de prácticas sexuales determinadas, sino además con la incorporación de habilidades

La Emergencia Comunicacional del VIH/SIDA

La información relativa al VIH/SIDA y a la cual tuvieron acceso las mujeres, fue emanada desde diversas instituciones sociales y su contraposición, en muchos casos, tuvo efectos contradictorios en su asimilación por parte de sus destinatarios. La religión, las campañas estatales, los programas de televisión, la escuela y los grupos de pares, fueron conformando una serie de discursos sociales, muchas veces no coherentes entre sí, a los cuales las mujeres tuvieron acceso.

Sin lugar a dudas, el medio más frecuente por el cual esta información circuló fue, en un primer momento la televisión, a través de programas periodísticos, noticieros, campañas estatales, películas, comentarios religiosos, etc. Al ser la televisión un medio tan masivo de comunicación, posibilitó la proliferación de una gran cantidad de discursos en torno al VIH/SIDA, acerca de su transmisión, poblaciones o grupos afectados, estimaciones de su mortalidad futura, y fundamentalmente, métodos para su prevención. Como fórmula de reacción ante ello, emergen una gran cantidad de explicaciones prejuiciosas y mitos que las mujeres también comparten. Esta proliferación de discursos se encuentran cargados de imágenes, símbolos y representaciones que al VIH/SIDA como una enfermedad que alude a ideas tales como suciedad, marginalidad, pecado, desviación, etc, y que lo sitúan en el lugar de la alteridad.

El primero y tal vez más fundamental prejuicio social asociado al VIH/SIDA tiene relación con quién o quienes lo padecen: un otro. Este prejuicio fue, fundamentalmente elaborado, sobre la base de las imágenes (televisivas) que imposibilitaban la identificación del ciudadano promedio chileno, más aún de las mujeres. Estas fueron las imágenes de cuerpos cadavéricos, frecuentemente de raza negra, homosexuales o drogadictos, que iban acompañadas de discursos que reforzaban la idea original de la existencia de grupos delimitados expuestos al riesgo. Estas imágenes, pasaron a ser la primera fuente del imaginario social chileno del VIH/SIDA. Del mismo modo, estas imágenes no contribuyeron a instalar la posibilidad de la existencia de portadores asintomáticos del virus, por lo que la apariencia y la conducta se constituyeron en las variables de evaluación de las potenciales parejas sexuales.

conversacionales, estrategias de negociación, aprendizajes y prácticas preventivos.

En el caso de las mujeres, la *otredad* se vincula principalmente a la prostitución, fundamentalmente ligada a la idea de la promiscuidad; esto sumado a que la *otredad* masculina se vincula directamente con la homosexualidad, instala una fuerte barrera cognitiva en ellas, al no considerarse a si mismas 'promiscuas' y ni a sus parejas homosexuales.

Finalmente, cuando se desarrollan las primeras campañas masivas de prevención del SIDA, estas nuevas informaciones no logran borrar aquellas primeras alertas estructuradas bajo el *slogan* de grupos de riesgo, que no hacen más que darle un carácter de oficial a las conclusiones que ya la sociedad había formulado y que las mujeres habían asimilado.

Los Discursos Oficiales de la Prevención

En el escenario antes planteado, aunque reconociendo que se hicieron esfuerzos por superar esta primera aproximación al VIH marcada por la idea de otredad, se comenzaron a articular los discursos sobre la prevención, discursos que las mujeres también recibieron como destinatarias pasivas ya que en ninguno de los mensajes les correspondía un rol activo, sino más bien estaban a merced de la internalización que pudieran hacer sus parejas hombres de dichos mensajes.

El primer discurso preventivo es el que dice relación con la abstinencia sexual. Sin lugar a dudas, esta postura es experimentada por las mujeres como insostenible, producto por un lado de la consideración de la juventud como una etapa de irresponsabilidad y de temeridad en que no era posible obviar una experiencia vital tan importante como la iniciación sexual, sobre todo cuando ésta estaba enmarcada dentro de los cánones del "amor romántico", en que la mujer se ve compelida a probar su compromiso y vínculo a través de las relaciones sexuales. Por otro lado, luego del periodo de la juventud y ya iniciados estilos de pareja "conyugales" la abstinencia se vuelve insostenible en cuanto la relación sexual es vinculante de la mantención de la pareja, por esto el riesgo de perder una pareja es vivido como de mayor relevancia que el riesgo de adquirir el VIH.

El segundo discurso preventivo es la pareja estable. La dificultad fundamental para las mujeres de utilizar este estilo de relación como forma de prevención del riesgo sexual, es

que éste requiere un compromiso de ambos miembros de la pareja para ser llevado a cabo, y no es tan solo de responsabilidad individual. Como hemos visto en el marco teórico y en las propias entrevistas, la mayoría de las mujeres que han adquirido el VIH lo hicieron a través de sus parejas estables (aún habiendo tenido otras parejas anteriormente). Este hecho nos interpela nuevamente en relación al fantasma de la infidelidad y a la pregunta por las parejas anteriores, ya que en sentido estricto, se podría mantener una innumerable serie de "parejas estables". Es en este sentido que las políticas de prevención estatal, han comenzado a hablar de "pareja única", acepción que parece más concordante con el ideario religioso del matrimonio, y que, sumándose a las condiciones de la pareja estable, exigiría además que ésta sea la primera y para toda la vida. Sin duda, este método pone aún más en tensión la idea del compromiso de ambos miembros de la pareja para ser llevada a cabo y por ende, también trae consigo la negación de la posibilidad de infidelidad, en tanto constituye una amenaza a las bases sobre las que se funda el estilo de "vínculo conyugal", materialización del amor romántico y por lo cual sus sospechas no logran circular en el ámbito conversacional de la pareja, pues hacerlas explícitas socava las mismas bases del compromiso. Este fenómeno, reconocido por Barbosa (1995) es llamado "código del silencio" y es identificado como una de las mayores dificultades para instalar estrategias autónomas de prevención en la mujer.

El tercer método de prevención es la utilización correcta del preservativo masculino o condón. Si bien el uso correcto del condón ha sido aceptado como el método más eficiente para la prevención por la comunidad científica, el problema de su utilización por parte de las mujeres reside en que es un dispositivo de uso exclusivo del hombre. Por tanto, para que una mujer pueda utilizarlo como forma de prevención efectiva requiere de sus habilidades de negociación sexual para que su pareja lo utilice. Frente a este hecho, como hemos dicho con anterioridad, existe una gran dificultad de las mujeres en la adquisición de un repertorio de habilidades de negociación, y por tanto, de percibirse como autónomas en relación a su sexualidad y con la posibilidad de exigir ciertas condiciones al varón, en este caso, el uso del condón.

A pesar del panorama adverso para la mujer que hemos descrito en relación a los métodos de prevención, ellas han tenido la posibilidad de introducir el uso de condón en sus relaciones sexuales, ya sea por iniciativa de ellas o del varón. Sin embargo, esta

práctica, cuando ha sido utilizada, lo ha sido en su vinculación con prácticas sexuales que son significadas como "sexo ocasional" y que, una vez instalado en dichas relaciones el ideal del amor romántico, se ha procedido a abandonarlo por considerar, que su uso ya pierde sentido, ya que en el ideal del amor romántico, los riesgos desaparecen y el vínculo dota a la pareja de una protección natural frente a los peligros.

La presencia de discursos sociales hegemónicos en relación a los valores de la sexualidad que establecen que esta es una dimensión humana que debe ser ejercida solo en determinados contextos relacionales (pareja única) se ha constituido en un obstáculo permanente para la prevención y no ha permitido un acceso libre y democrático a las diversas posibilidades que la prevención pudiera ofrecer.

La Supremacía del Amor

Como ya se ha señalado, el amor romántico instala el valor de la confianza como eje de la relación de pareja, por lo que cualquier tipo de infidelidad (entendida no sólo como la traición en el presente sino también, la posibilidad de un pasado con otras parejas) es negada y distorsionada. En este escenario, la utilización del condón sería un elemento simbólico que restituiría y visibilizaría la posibilidad de la infidelidad, quebrantando el valor fundamental del amor romántico, la confianza; la consecuencia lógica de este proceso es que una vez instalada la relación, la posibilidad de uso del preservativo no puede ser considerada ni sostenida por la pareja. En este sentido, como señala Güell (1999) la prevención se funda en el reconocimiento de la existencia de la multipareja, ya sea en el presente o en el pasado; la prevención se fundaría en la sospecha ya sea de la infidelidad o de la orientación al placer y no al amor.

El amor romántico aparece entonces como un elemento fundamental dentro de los hallazgos de la investigación. Por esta razón, vale la pena generar un dialogo entre los resultados ~~de~~ obtenidos a este respecto y los postulados teóricos que sustentan esta dimensión de las relaciones de pareja.

Giddens (1995a) sostiene que el amor romántico es un estilo de relación en cual se basan las relaciones de pareja en la modernidad. El autor sostiene que en este modelo logra confluir el amor pasional (la atracción) con la relación contractual del matrimonio (que en

las sociedades llamadas tradicionales no necesariamente estaba ligado al amor, sino más bien a alianzas de tipo económico, social o político entre familias). Es así como el matrimonio en la modernidad se convierte en una elección romántica convenida, ahora, por los miembros de la pareja y no por sus familias. En este sentido el matrimonio moderno confluirá en un tipo de relación que, bajo los influjos del amor romántico y de su vínculo jurídico, podrá sostener relaciones de desigualdad y subordinación de la mujer amparadas por un lado por razones afectivas y por otro por razones jurídicas. Ahora bien, para el autor, esta forma de relación de pareja propia de la modernidad, estaría siendo desplazada por un nuevo referente al cual llama "relación pura", definida como un estilo de relación más democrática y de mayor igualdad en la pareja, en la cual el vínculo perdura sólo hasta que los miembros de la pareja lo decidan. Este desplazamiento habría sido facilitado por una serie de cambios sociales de la modernidad tardía tales como la mayor participación ciudadana de las mujeres, su vinculación con el mundo del trabajo remunerado, el reordenamiento de tareas y roles en el hogar, y, lo más importante, la desvinculación entre sexo y reproducción acaecida con el surgimiento de las tecnologías anticonceptivas.

La pregunta que surge dice relación con la vinculación entre el amor romántico como base del establecimiento de pareja y la dificultad de instalar prácticas preventivas por parte de las mujeres. Al pensar el caso de la sociedad chilena es indudable constatar los avances que se han desarrollado en términos de las relaciones entre hombres y mujeres, tendientes a una mayor paridad en el ámbito público (acceso a la educación y al trabajo, participación ciudadana, etc.), sin embargo, pareciera que este proceso de democratización de las relaciones de género es mucho más lento y más complejo en el ámbito de la intimidad.

Esto explicaría el hecho de que, al ser el amor romántico parte de la intimidad, este se encuentre atrapado en los modos de establecimiento de relaciones de parejas hasta hoy y por tanto continúa influyendo decisivamente en la construcción del riesgo que desarrollan las mujeres y de las posibilidades de prevención a las cuales pueden optar.

VI. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se presentan a continuación estarán orientadas por el interés de que los resultados de esta investigación puedan constituirse en un aporte real al debate acerca de la prevención; por ello, en su gran mayoría serán de naturaleza propositiva.

A pesar de la creciente feminización de la epidemia del VIH/SIDA, las mujeres no han sido consideradas específicamente como objetivo de las campañas de prevención, lo que como consecuencia ha originado un desfase entre la construcción del riesgo referido a las mujeres que elaboran las instituciones y la dificultad para construir una noción que integre el riesgo para las mujeres. En este sentido, al no considerar los aspectos subjetivos relacionales y culturales que configuran el ámbito de lo sexual de las mujeres, se ha obstaculizado el hecho de que perciban que el VIH/SIDA puede constituir un riesgo en sus relaciones sexuales.

En el plano socio-cultural un primer obstáculo lo constituye el lugar simbólico asignado a la epidemia del VIH/SIDA caracterizado por las ideas de alteridad representadas en el perverso, el sucio, el homosexual, el drogadicto y la prostituta, que distorsionan la enfermedad e impiden que las mujeres puedan identificar la enfermedad como un potencial riesgo en sus relaciones sexuales. Si bien es cierto, es necesario reconocer los esfuerzos por desmetaforizar la enfermedad, este orden simbólico está articulado incluso en las políticas de prevención que se implementan. Este doble juego entre el intento de des-metaforizar, pero al mismo tiempo la remanencia de este orden simbólico, se ve representado en la proliferación de informaciones contradictorias respecto al VIH, sus potenciales sujetos implicados y sus formas de prevenirlo. Por cierto, el protagonismo que pueda concitar el SIDA en los debates de la sociedad contemporánea no se debe tanto a lo que significa en términos de riesgo a la salud, como a su vinculación estrecha con el ámbito de la sexualidad. Es por ello que su debate trasciende al de las instituciones de salud, incorporando a diversos actores sociales – medios de comunicación, iglesia católica, instituciones educativas, movimientos activistas gays y de mujeres, entre otros – las que tienen, en mayor o menor medida, una vinculación con órdenes valóricos que muchas veces aparecen en disputa, generando tensiones en los discursos, pero a la vez

haciendo posible la heterogeneidad de los mismos y la caída de un discurso hegemónico que monopolice el debate, coartando la diversidad.

El debate sobre el VIH/SIDA no solo se juega en las tensiones producidas por las transformaciones en los discursos y en las prácticas en torno a la sexualidad, sino que también en las disputas en el terreno del género. Actualmente asistimos a la emergencia de prácticas discursivas y culturales que cuestionan la hegemonía de un sistema sexo-género tradicional sostenido por la imagen dicotómica Varón/Activo y Mujer/Pasiva. El modelo tradicional de género que articula una determinada idea de familia, relaciones de pareja, roles y relaciones sociales, etc., produciendo y reproduciendo relaciones desiguales entre hombres y mujeres, convive en tensión con nuevos modelos emergentes que apuntan hacia la revaloración del rol de la mujer, en tanto se desliga del ámbito exclusivamente de lo privado, accediendo a lo público, haciendo posible relaciones de género más democráticas.

Este análisis nos lleva a una primera recomendación relativa al futuro de la prevención. Los programas de prevención deben considerar la importancia de tomar en cuenta los aspectos subjetivos, intersubjetivos y socioculturales que articulan la posibilidad de que un sujeto perciba el riesgo de la adquisición del VIH/SIDA en sus prácticas sexuales. Los programas vigentes focalizan su accionar, fundamentalmente, en el nivel subjetivo y además, conceptualizan al sujeto fundamentalmente como cognitivo y racional (el sujeto de la percepción), no visualizando cómo las lógicas y dinámicas culturales e interindividuales se interponen en la consecución de sus objetivos. Considerar los niveles culturales e interindividuales permitirá hacer frente al VIH/SIDA no sólo por la enfermedad que es, sino también por las construcciones simbólicas, sociales, normativas y sexo/genéricas que constituyen su contexto, contexto aun con demasiada supremacía y valor como para ser obviado.

Ahora bien, en esta propuesta ¿qué significa considerar dicho contexto al pensar la prevención? A nuestro juicio es indispensable desarrollar un análisis acabado de los elementos que constituyen dicho contexto, por qué llegaron a constituirlo y que prácticas sociales imponen su mantención. Un acto de deconstrucción del contexto del SIDA, como propondría Susan Sontag, es indispensable para hallar formulas que acudan con eficacia a la emergencia de prevenir la enfermedad. En la mujer, este ejercicio reviste aun mayor

dificultad: el sistema sexo/género tradicional y hegemónico la ubica en un lugar de subordinación que a propósito de la sexualidad no le provee la posibilidad de generar estrategias de negociación, sumando además a ello que los modelos preventivos ofrecidos son poco sintónicos con su realidad. Frente a ello, la situación de la mujer frente al VIH/SIDA es de la mayor exposición y emergencia.

Un primer paso para enfrentar esta situación será el reconocerla. Como hemos visto con anterioridad en el transcurso de esta investigación, en escasas ocasiones se ha considerado a las mujeres como sujeto en tensión a propósito de la epidemia del VIH/SIDA, y cuando lo ha sido, sólo se utiliza para ello la imagen alterna de la prostitución. Es por ello que no es casual que dentro de los discursos de muchas mujeres (dentro de ellas de todas las que constituyeron la muestra de esta investigación) no haya estado presente un dimensionamiento real de sus posibilidades de adquirir el VIH/SIDA, ni de verse a sí mismas como sujetos en riesgo, explicando esta situación a través de dicha imagen alterna u otras.

Ahora bien, debemos considerar qué papel juegan en este escenario de tres niveles, los elementos relevados como constitutivos del riesgo construido por las mujeres y de qué manera el considerarlos, nuevamente a razón de un acto de deconstrucción, podrá dotar a los modelos de prevención de una refocalización de sus discursos, prácticas y destinatarios.

Si bien ya avanzados veinte años del inicio de la epidemia, la *emergencia comunicacional del VIH/SIDA* ha dado paso, en muchos casos a una abulia generalizada en términos comunicacionales, las redes de dicho proceso han logrado permear diversas capas sociales dejando a su paso una red de prejuicios, mitos y creencias, dentro de las cuales hemos situado en un lugar de mayor importancia la idea de alteridad u otredad. En el caso de la mujer esta idea alterna genera una afirmación de su baja percepción de riesgo al estar doblemente articulada con la idea de que ni ella es esta otra (la prostituta) ni su pareja es ese otro (el homosexual).

Este primer elemento constitutivo se encuentra y reafirma con los *discursos de la prevención*. Como señaláramos anteriormente, al no considerar la realidad y verdaderas posibilidades de las mujeres, los discursos de la prevención se ven nuevamente dirigidos

a esta otredad, entonces, si bien aparece cierta conciencia de precaución y grado de conocimiento del SIDA y sus características técnicas-epidemiológicas, dicha conciencia precautoria no es para ellas sino para otros.

Como vimos este proceso se refuerza con la *supremacía del amor* como dispositivo constitutivo de las relaciones de pareja en donde su quebrantamiento alude a la idea de infidelidad, fantasma revitalizado con los discursos preventivos del uso del preservativo, idea inaceptable en un contexto de *valoración de la sexualidad* ligado al mantenimiento de un vínculo socio-afectivo de dependencia.

Por último, como elemento que cruza toda la trama biográfica como un guión que se articula con el proceso antes planteado, se encuentra el *repertorio sexual* restringido con que cuentan las mujeres y que no les permite acceder a posibilidades de negociación, no sólo de sus prácticas, sino que de sus estilos de relación de pareja.

Atender lo subjetivo como un espacio en el cual se actualizan y se expresan prácticas y discursos propios de la cultura, pero también como un espacio en el cual estas puedan ser cuestionadas, puestas en tensión y retraducidas en términos de la propia historia mediante el ejercicio reflexivo, tiene como consecuencia el devolver al sujeto su protagonismo. Esta nueva mirada promueve su autonomía, otorgándole la posibilidad de cuestionar su propia historia, de reconocer aquellos espacios de poder, como lo son las relaciones de género en un contexto de desigualdad, en que se encuentra atrapado, y de poder escribir nuevos guiones que le permitan elegir los modos de vivir una sexualidad legítima para sí mismos. De esta manera, se podrá abrir paso a la construcción de relaciones más democráticas, y con ello de una sociedad más igualitaria y respetuosa de las opciones personales de sus miembros.

El considerar estos elementos y sus articulaciones a la hora de diseñar nuevos programas de enfrentamiento al VIH/SIDA refiere la necesidad de pensar, más allá de nuevas estrategias y prácticas de prevención, un redimensionamiento de las variables culturales, intersubjetivas y subjetivas; un redimensionamiento que propone la intención sociopolítica de poner en duda las bases mismas del sistema sexo/género imperante. El intento por detener la expansión del VIH/SIDA en la mujer con slogans y prácticas moldeadas de acuerdo al sistema sexo/género tradicional ofrece y ofrecerá a futuro sólo resultados

parciales, sino mínimos. Debemos considerar la prevención como un espacio que permita cuestionar, a través de sus discursos, prácticas y métodos, su propia incapacidad para afianzarse en la población femenina; sólo con ello estaremos en condiciones de avanzar en un proceso democratizador de los riesgos a los que todos y todas estamos expuestos.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, Luis Enrique "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa". En: Delgado, Juan Manuel; Gutiérrez, Juan (Eds.) (1995) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Editorial Síntesis, Madrid.
2. Baden, Sally "Gender, governance and the feminization of poverty. En: UNDP (2000) *Women's Political Participation and Good Governance: 21st century Challenges*. UNDP.
3. Barbosa, Regina "As mulheres, a AIDS e a questao metodológica: desafios". En: Czeresnia, Dina et al. (Comps.) (1995) *AIDS, Pesquisa social e educação*. Editora HUCITEC y ABRASCO, Sao Paulo – Río de Janeiro.
4. Barrientos, Jaime (1998) *Modernidad, riesgo y VIH/SIDA*. Tesis para optar al grado de Magíster en Ciencias Sociales, mención Sociología de la Modernización. Universidad de Chile, Santiago de Chile.
5. Beck, Ulrich (1998) *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Paidós, Barcelona.
6. Beriain, Josetxo (Comp.) (1996) *Las consecuencias perversas de la modernidad. Modernidad, Contingencia y Riesgo*. Editorial Anthropos, Barcelona.
7. Bertaux, Daniel "La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades". En: Marinas, José Miguel; Santamarina, Cristina (Eds.) (1993) *La historia oral: métodos y experiencias*. Editorial Debate, Madrid.
8. Blanco, Amalio et al. (2000) "Supuestos teóricos para un modelo psicosocial de las conductas de riesgo". En: Yubero, Santiago; Larrañaga, Elisa (Coords.) *SIDA: una visión multidisciplinaria*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
9. Bozon, Michel; Giami, Alain "Los guiones sexuales o la puesta en forma del deseo". En: *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1999, N° 128.
10. Burin, Mabel; Meler, Irene (1998) *Género y Familia*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
11. Cáceres, Carlos "Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el caribe". En: Izazola, José A. (Ed.) (1999) *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. Fundación Mexicana para la Salud, AC; SIDALAC, México D.F.
12. Careaga, Gloria (Comp.) (1996) *Ética y salud reproductiva*. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, México D.F.
13. CONASIDA (2000) *Boletín Epidemiológico Semestral sobre SIDA N°13*, Diciembre 2000. Santiago de Chile.
14. CONASIDA; ANRS (2000) *Estudio Nacional del Comportamiento Sexual*. CONASIDA, Santiago de Chile.

15. Cottet, Pablo (1998) *La investigación social: propuestas para el debate*. Documento de Trabajo. Santiago de Chile.
16. Czeresnia, Dina et al. (Comp.) (1995) *AIDS, Pesquisa social e educação*. Editora HUCITEC y ABRASCO, Sao Paulo – Río de Janeiro.
17. De Barbieri, Teresita (1992) "Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica". En: *Fin de siglo. Cambio civilizatorio*. Ediciones de las Mujeres N° 17, Isis Internacional, Santiago de Chile.
18. Del Río, Carlos "Introducción: Mujer y SIDA, conceptos sobre el tema". En: Rico, Blanca y otras (1997) *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca.
19. Delgado, Juan Manuel; Gutiérrez, Juan (Eds.) (1995) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Editorial Síntesis, Madrid.
20. Dixon-Mueller, Ruth "The Sexuality Connection in Reproductive Health". *Studies in Family Planning*. Volume 24, Number 5, September/October 1993, 269-281.
21. Douglas, Mary (1996) *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Editorial Paidós, Barcelona.
22. Foucault, Michel (1998) *Historia de la Sexualidad, Tomo 1: La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores, México D.F
23. Gagnon, John (1980) *Sexualidad y Cultura*. Editorial Pax-México, Librería Carlos Césarman S.A., México D.F.
24. Gagnon, John "Los usos explícitos e implícitos de la perspectiva de los guiones en la investigación sobre la sexualidad". En: *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, (1999), N° 128.
25. Gagnon, John; Parker, Richard "Conceiving Sexuality". En: Parker, Richard; Gagnon, John (Eds.) (1995) *Conceiving Sexuality. Approaches to Sex Research in a Postmodern World*. Routledge, Londres.
26. García Ferrando, Manuel; Ibáñez, Jesús; Alvira, Francisco (Comps.) (1998) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Universidad Textos, Madrid.
27. Giddens, Anthony (1995a) *La transformación de la intimidad*. Ediciones Cátedra, Madrid.
28. Giddens, Anthony (1995b) *Modernidad e identidad del yo*. Editorial Península, Barcelona.
29. Güell, Pedro (1999) *Transformaciones culturales y comportamientos sexuales de riesgo*. (s/l).
30. Güell, Pedro "Orientaciones normativas y conversaciones sobre intimidad". En: CONASIDA; ANRS (2000) *Estudio Nacional del Comportamiento Sexual*. CONASIDA, Santiago de Chile.
31. Guimaraes, Katia "Nas raízes do silêncio: a representação cultural de sexualidades femenina e a prevenção do HIV/AIDS". En: Parker, Richard y Galvão (Orgs.) (1996)

- Quebrando o silêncio, Mulheres e AIDS no Brasil*. ABIA, IMS/UERJ, RELUME-DUMARA Editores, Río de Janeiro.
32. Heilborn, María Luiza (Org.) (1999) *Sexualidade. O olhar das ciências sociais*. Jorge Zahar Editor, Río de Janeiro.
 33. Herlocher, Tara; Hoff, Colleen; DeCarlo, Pamela (1996) *¿Puede la Teoría Ayudar en la Prevención del VIH?* Center of AIDS Prevention Studies, AIDS Research Institute, University of California San Francisco.
 34. Ibáñez, Tomás (1994) *Psicología Social Construccionalista*. Dirección de Publicaciones, Universidad de Guadalajara, México.
 35. Izazola, José A. (Ed.) (1999) *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. Fundación Mexicana para la Salud, AC; SIDALAC, México D.F.
 36. Izquierdo, María Jesús (1998) *El malestar en la desigualdad*. Ediciones Cátedra, Madrid.
 37. Kendall, Carl "The Construction of Risk in AIDS control programs". En: Parker, Richard; Gagnon, John (Eds.) (1995) *Conceiving Sexuality. Approaches to Sex Research in a Postmodern World*. Routledge, Londres.
 38. Kohli, Martín "Biografía: Relato, texto, método". En: Marinas, José Miguel; Santamarina, Cristina (Eds.) (1993) *La historia oral: métodos y experiencias*. Editorial Debate, Madrid.
 39. Lamas, Marta "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría «género»". En: Lamas, Marta (Comp.) (1996) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. UNAM – PUEG, México D.F.
 40. Lamas, Marta (Comp.) (1996) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. UNAM – PUEG, México D.F.
 41. Lamas, Marta (s/f) *Cuerpo: diferencia sexual y género*. Mimeo.
 42. Laumann, Edward O.; Gagnon, John H. "A Sociological Perspective on Sexual Action". En: Parker, Richard; Gagnon, John (Edits.) (1995) *Conceiving Sexuality. Approaches to Sex Research in a Postmodern World*. Routledge, Londres.
 43. León, Emma y Zemelman, Hugo (Coords.) (1997) *Subjetividad: umbrales del pensamiento social*. Editorial Anthropos, Barcelona.
 44. Mann, Jonathan (1992) *Sida: su prevención a través de la educación, una perspectiva mundial*. El Manual Moderno, México D.F.
 45. Marinas, José Miguel; Santamarina, Cristina (Eds.) (1993) *La historia oral: métodos y experiencias*. Editorial Debate, Madrid.
 46. Martina, Rosa María "SIDA: El riesgo de ignorar". En: Programa Interdisciplinario de Estudios de la mujer (1992) *Mujer y SIDA*. Jornadas 121, El Colegio de México, México D.F.
 47. Meré, Juan José "Sexualidade e mudanças de comportamentos: uma estratégia lúdica de prevenção da Aids". En: Heilborn, María Luiza (Org.) (1999) *Sexualidade. O olhar das ciências sociais*. Jorge Zahar Editor, Río de Janeiro.

48. Olea, Raquel (Ed.) (2000) *Escrituras de la Diferencia Sexual*. LOM Ediciones/La Morada, Santiago de Chile.
49. Ortí, Alfonso "La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semi-directiva y la discusión en grupo" En: García Ferrando, Manuel; Ibáñez, Jesús; Alvira, Francisco (Comps.) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Universidad Textos, Madrid.
50. Oyarzún, Kemy "Desnaturalizar las diferencias: sexo, cultura, poder. En: Olea, Raquel (Ed.) (2000) *Escrituras de la Diferencia Sexual*. LOM Ediciones/La Morada, Santiago de Chile
51. Paicheler, Geneviève (1996a) *Visiones del riesgo de transmisión del SIDA: Incertidumbres y percepción del contagio*. Texto preparado para el seminario: "Aporte de las Ciencias Sociales al enfrentamiento del SIDA", Santiago, Noviembre 1996.
52. Paicheler, Geneviève (1996b) *Frente al SIDA: Las modalidades de manejo del riesgo*. Texto preparado para el seminario: "Aporte de las Ciencias Sociales al enfrentamiento del SIDA", Santiago, Noviembre 1996.
53. Palma, Irma "Mujeres, relaciones de género y SIDA en Chile". En: Rico, Blanca y otras (1997) *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca.
54. Parker, Richard (2000) *Na contramão da AIDS. Sexualidade, intervenção, política*. ABIA/editora 34, Sao Paulo.
55. Parker, Richard; Galvão, Jane (Orgs.) (1996) *Quebrando o silêncio, Mulheres e AIDS no Brasil*. ABIA, IMS/UERJ, RELUME-DUMARA Editores, Río de Janeiro.
56. Parker, Richard; Barbosa, Regina Maria (Orgs.) (1996) *Sexualidades brasileiras*. Relumê-Dumará, Rio de Janeiro.
57. Parker, Richard; Gagnon, John (Eds.) (1995) *Conceiving Sexuality. Approaches to Sex Research in a Postmodern World*. Routledge, Londres.
58. Pedersen, Duncan "El dilema de lo cuantitativo y lo cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos de investigación en salud". En: Stepke; Florenzano; Gyarmati; Trejo (Eds.) (1992) *Ciencias Sociales y Medicina: Perspectivas Latinoamericanas*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
59. Pérez, Francisca; Raurich, Constanza (1996) *Subjetividad, género y violencia doméstica*. Memoria para optar al Título de Psicólogas. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
60. Piña, Carlos (1986) *Sobre la historias de vida y su campo de validez en las ciencias sociales*. Documento de trabajo, Programa FLACSO, Santiago de Chile.
61. PNUD (2000) *Informe de Desarrollo Humano en Chile. Más Sociedad para Gobernar Futuro*. PNUD. Santiago de Chile.
62. Rico, Blanca y otras (1997) *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca.

63. Rosen, George (1985) *La salud, la historia y las ciencias sociales*. Ed. Siglo XXI, Ciudad de México.
64. Rubin, Gayle "Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad". En: Vance, Carole (Ed.) (1989) *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*. Editorial Revolución S.A., Madrid.
65. Rubin, Gayle "El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo". En: Lamas, Marta (Comp.) (1996) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. UNAM – PUEG, México D.F.
66. Scott, Joan (1986) "El género: una categoría útil para el análisis histórico" En: Navarro, Marysa; Stimpson, Catherine (1999) *Sexualidad, género y roles sexuales*. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A., Buenos Aires.
67. Sepúlveda, Cecilia (1999) *SIDA*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
68. SERNAM (2001) *Diagnóstico y lineamientos de política pública para la prevención del embarazo no deseado en adolescentes*. SERNAM, Santiago de Chile.
69. Sharim, Dariela y otras (1996) *Los discursos contradictorios de la sexualidad*. LOM Ediciones, Santiago de Chile.
70. Sontag, Susan (1996) *La enfermedad y sus metáforas; El SIDA y sus metáforas*. Ed. Taurus, Buenos Aires.
71. Swenson, Robert (1988) *Las epidemias, la historia y el SIDA*. Revista Facetas, N° desconocido.
72. Szasz, Ivonne; Lerner, Susana (Comp.) (1998) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. El Colegio de México, México D.F.
73. Szasz, Ivonne; Lerner, Susana (Eds.) (1996) *Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. El Colegio de México, México D.F.
74. Tocornal, Ximena; Vergara, María Paz (1998) *La memoria del régimen militar. Un análisis psicosocial desde la perspectiva socioconstruccionista*. Documento de Trabajo N°35, Centro de Investigaciones Sociales Universidad ARCIS, Santiago de Chile.
75. Toledo, María Isabel (2001) "Enfoque biográfico: marco teórico-metodológico para la construcción de relatos de vida (I Parte)" En: *Praxis: Revista de Psicología y Ciencias Humanas*. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Diego Portales, Año 3, N° 3, 2001.
76. Valdés, Teresa; Benavente, Ma. Cristina; Gysling, Jacqueline (1999) *El poder en la pareja, la sexualidad y la reproducción*. Mujeres en Santiago. FLACSO-Chile, Santiago de Chile.
77. Vance, Carole (Ed.) (1989) *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*. Editorial Revolución S.A., Madrid.
78. Vieira Villela, Wilza "Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção das Aids entre as mulheres". En: Parker, Richard; Galvão, Jane (Orgs.) (1996) *Quebrando*

- o silêncio, Mulheres e AIDS no Brasil*. ABIA, IMS/UERJ, RELUME-DUMARA Editores, Rio de Janeiro.
79. Vital Brasil, Vera "Grupos de mulheres e histórias de vida: por um processo de desnaturalização na prevenção do HIV". En: Czeresnia, Dina y otras (Comp.) (1995) *AIDS, Pesquisa social e educação*. Editora HUCITEC y ABRASCO, Sao Paulo – Rio de Janeiro.
 80. VIVOPOSITIVO (2001) *Diagnóstico Socioeconómico de las Mujeres que Viven con VIH/SIDA en Chile*. Documento de Trabajo. VIVOPOSITIVO, Santiago de Chile.
 81. Weeks, Jeffrey (1995) "Valores sexuales en la era del SIDA". En: *Debate Feminista*, Año 6, Vol. 11, Abril 1995, pp. 157-182. México D.F.
 82. Weeks, Jeffrey (1998) *Sexualidad*. Editorial Paidós, México D.F.
 83. Weeks, Jeffrey (2000) *Making sexual history*. Polity Press, Cambridge.

VIII. RESUMEN

El VIH/SIDA se presenta como una problemática de salud de compleja resolución y devastadores resultados a lo largo del mundo. Por sus particulares características vinculadas sobretodo al tipo de transmisión, la vía sexual, y a las poblaciones que en un primer momento lo adquirieron, homosexuales y usuarios de drogas intravenosas, se le ha connotado más allá de su delimitación biológica, asignándosele un lugar simbólico y social que ha perjudicado las posibilidades de enfrentarle debidamente. X

Es por ello que, a fin de analizar y entender las dificultades de las personas en incardinar la prevención, ha surgido un nuevo campo de investigación-acción que ha dado curso a estudios que relevan un nuevo concepto: el riesgo sexual. La investigación sostiene que el riesgo sexual es un concepto socialmente construido y que está a la base de las acciones que desarrollan los sujetos para prevenir, por lo que su develamiento podrá ayudarnos a comprender de mejor manera las razones de los fracasos de las estrategias preventivas y considerar elementos que hasta ahora no han sido tomados en cuenta.

Por otra parte, y más específicamente, en la historia de enfrentamiento al VIH/SIDA y sus distintas estrategias de análisis e investigaciones asociadas (aún las más modernas que acuden al estudio del concepto de riesgo sexual), y debido a las características antes mencionadas, la posibilidad de las mujeres de verse afectadas por el virus ha sido invisibilizada, lo que ha redundado en que los programas de prevención no consideren las particulares realidades que ellas enfrentan en el plano de la sexualidad, y por ello, en el plano de la prevención del VIH/SIDA. X

A partir de este análisis, la presente investigación se propone indagar acerca de la construcción de riesgo sexual en relación al VIH/SIDA en mujeres seropositivas con anterioridad a su adquisición y analizar las variables de género que intervinieron en dicha construcción, a fin que sus resultados puedan entregarnos antecedentes de los mecanismos y elementos que confluyen en la construcción de riesgo de las mujeres y con ello, contribuir a la reorientación de las estrategias preventivas para este grupo de la población.

Para ello, además de contextualizar la relevancia de la investigación a través de la presentación de datos y estadísticas acerca de la epidemia del VIH/SIDA en general y su repercusión en la población femenina, se revisan las teorías que acerca del riesgo se han desarrollado, intentando dar cuenta a través de una perspectiva crítica de los diversos modos de comprensión de este concepto, hasta proponer la utilización del concepto de riesgo que han desarrollado algunos autores a partir de la teoría de la construcción social. Del mismo modo se revisa la dimensión analítica de género, en particular a través de la propuesta teórica de sistemas sexo/género, a fin de incluir críticamente los elementos subjetivos y relacionales del género en la construcción del riesgo sexual que desarrollan las mujeres frente al VIH/SIDA.

A partir de esta perspectiva, se desarrolla un estudio de campo tendiente a contrastar dicha revisión teórica en mujeres que adquirieron el VIH. Para ello, se opta por utilizar un enfoque cualitativo de investigación, en particular el enfoque biográfico utilizando la técnica de la entrevista biográfica.

El estudio de campo se desarrolla sobre una muestra de 8 mujeres que viven con VIH/SIDA, de entre 25 a 31 años, de situación socioeconómica baja o medio-baja, que viven en la ciudad de Santiago de Chile, y sobre la base de una entrevista con cada una de ellas, ejecutada en dos sesiones.

El análisis de los resultados, tendiente a buscar patrones, ejes, similitudes y diferencias en las distintas entrevistas desarrolladas, arroja importantes marcos de análisis e interpretación, que pueden contribuir a la reorganización de las estrategias preventivas del VIH/SIDA para la mujer.