

"Caras vemos, corazones no sabemos"

Dilemas morales, cuerpos deseados y prácticas de riesgo en la transmisión heterosexual del VIH en un grupo de mujeres en Cartagena, Colombia

Trabajo de Grado presentado para optar por el título de Magíster en Antropología

Por: Elsa María Beltrán Luengas



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

“CARAS VEMOS, CORAZONES NO SABEMOS”: DILEMAS MORALES, CUERPOS
DESEADOS Y PRACTICAS DE RIESGO EN LA TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL
DEL VIH EN UN GRUPO DE MUJERES EN CARTAGENA, COLOMBIA.

Trabajo de Grado presentado para optar por el título de Magíster en Antropología

Por: Elsa María Beltrán Luengas
Código: 200427422

Director del Trabajo de Grado:
Roberto Suárez

Bogotá, Diciembre de 2006

*“[W]e shall not expect to understand other people’s ideas of contagion, sacred or secular,
until we have confronted our own”*

Mary Douglas (1969: 28)

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecer a las mujeres que me permitieron entrar en su vida, que compartieron su tiempo y sus historias y que rieron y lloraron a mi lado durante la construcción de este trabajo.

A Eduardo Pastrana de Amigos Positivos por haberme apoyado con el muestreo y quien me mostró las diferentes Cartagenas, siempre con una sonrisa.

A la familia Yidios Vélez por dejarme entrar en su hogar y alojarme durante el trabajo de campo en Cartagena.

A Myrian Cossio y a Ros Mary Rincón de la Fundación Nacional de Mujeres Positivas “Proyecto Girasol” por ayudarme a entender las experiencias de ser mujer y de vivir con el virus, respondiendo siempre a todas mis preguntas pacientemente y abriéndome las puertas de la fundación y de su amistad.

A Colciencias por haber permitido la ejecución de este proyecto en términos económicos.

A mi prima Diana Beltrán, por haber realizado la ilustración principal de esta monografía después de debatir sobre los innumerables aspectos del tema y quien me permitió verlo desde otra perspectiva.

Y finalmente a mis lectores, Álvaro José Betancourt y Claudia Steiner y a mi tutor, Roberto Suárez, por acompañarme en este camino, y cuyos comentarios constituyeron valiosos aportes para la producción final.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
1. La otra Cartagena.....	7
2. Metodología.....	11
RIESGO Y VIH: PERSPECTIVAS ACTUALES.....	18
1. La biomedicina y la infección por VIH y el Sida.....	18
2. Las dimensiones sociales del VIH y el Sida.....	19
3. El problema de las desigualdades sociales.....	21
4. Múltiples prácticas de riesgo en la transmisión heterosexual del VIH.....	24
5. Disposiciones analíticas para el estudio de las prácticas que propician la transmisión heterosexual del VIH.....	27
MUJERES TEJIENDO REDES, HOMBRES PROCREANDO: LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR.....	32
1. Género y familia: Interacciones conceptuales.....	32
2. Antecedentes de la familia actual en Cartagena.....	33
3. Constitución familiar actual en Cartagena.....	36
4. El significado de los roles de género.....	45
5. Roles de género en Cartagena: Funcionalidad de la familia poligínica y de las uniones sucesivas.....	48
ENREDOS AMOROSOS Y PLACERES INCORPORADOS: LA SEXUALIDAD Y EL CUERPO SEXUAL.....	54
1. Encrucijadas amorosas.....	54
2. Mujer respetable o mujer deseable.....	61
3. Placeres prohibidos, placeres permitidos.....	66
TELARAÑAS DE CAUSALIDAD VS. VIUDAS NEGRAS: NÚMEROS Y MALAS MUJERES.....	74
1. Una breve historia de la salud pública.....	74
2. El método de la epidemiología: causalidad y números.....	76
3. Epidemiología de la infección por VIH y del Sida en Colombia y el mundo.....	78
4. Las representaciones sociales sobre el riesgo.....	81
5. “Pero sin embargo, yo siempre le he dicho, □□□□ como tú te vas por allá, mira que caras vemos, corazones no sabemos...” (Entrevista 8): Lo moral del riesgo en Cartagena.....	83
6. Representaciones sobre la transmisión del virus.....	90
7. Representaciones y uso de los condones.....	97
DESENREDANDO NUDOS, RECORRIENDO TRAYECTORIAS: EL DIAGNÓSTICO.....	103
1. Diagnóstico temprano y significados locales de la Prueba para VIH.....	103
2. Representaciones y experiencias del VIH y el Sida.....	112
3. La experiencia local de vivir con VIH como enfermedad crónica.....	117
4. El ser mujer y la condición de vivir con VIH.....	120

5. La muerte como el miedo final.....	123
CONCLUSIONES.....	128
BIBLIOGRAFÍA.....	134

INTRODUCCIÓN

1. La otra Cartagena

Eran las ocho de la mañana y me encontraba viajando hacia Cartagena, la ciudad más turística de Colombia, con el fin de realizar la primera etapa del trabajo de campo sobre mujer y VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Sabía que me esperaban experiencias nuevas y que tenía que estar lista a recibir cualquier detalle que fuera revelador sobre las dinámicas culturales, que ya sabía, influían sobre los fenómenos sociales que enmarcaban la expansión del virus. Unas semanas antes, había conocido a un grupo de mujeres que pertenecían a una ONG (Organización No Gubernamental) que trabajaba sobre este tema en la ciudad de Bogotá. A través de ellas, había realizado mi primer contacto con la persona que después se convertiría en parte esencial de esta investigación. Una vez en Cartagena, lo conocí y de esta forma logré consolidar el grupo de mujeres con quien realizaría las historias de vida. Adicionalmente, decidí alojarme en una casa de familia, lo cual me permitiría adentrarme en la vida familiar cartagenera y así comprender de manera más integral los roles de género que se construyen a nivel social y que reiteradamente, había leído que juegan un papel fundamental en el patrón epidemiológico que se presenta en la Costa Caribe Colombiana.

En efecto, durante los primeros días noté con sorpresa que el solo hecho de vivir en Cartagena cambiaba mi perspectiva temporal, pues parecía que el tiempo pasaba muy lentamente. Asimismo, al intentar observar las interacciones entre hombres y mujeres que ocurrían en la calle, pude apreciar que, aunque los hombres miraban fijamente el cuerpo de las mujeres, de alguna forma, las mujeres respondían ante esto mostrando desinterés e ignorando frecuentemente lo que alguno se había atrevido a decirles. No obstante, hombres y mujeres sonreían más que en Bogotá, expresaban más sus emociones por medio de su cuerpo y encontraban siempre un lugar para la alegría, en un ambiente caótico por definición, propicio para que los “cachacos” den rienda suelta al descontrol, pues era

evidente que las diferentes formas de expresión y experiencia, eran permitidas con más amplitud.

Con el transcurrir de los días, concerté mi primera entrevista, que tendría lugar en la casa de una de las mujeres viviendo con VIH en Cartagena. Acompañada por un hombre, aquel que me ayudó a ubicar a las primeras mujeres que entrevisté, me adentré en uno de los barrios más pobres de Cartagena, uno de los que linda con la Ciénaga de la Virgen. Contrastaba fuertemente con la imagen turística de Cartagena, con los lujosos edificios de Castillo y con los grandes complejos hoteleros de Bocagrande. Las calles eran de tierra, un poco enlodadas, pues en los días anteriores había llovido. Finalmente llegamos a una pequeña casa, hecha con tablones de madera y techo de lata, en donde nos estaba esperando, en compañía de su hija, la mujer que entrevistaría. Originaria de un pueblo del Chocó, pero habitante de Cartagena hace aproximadamente 20 años, esta mujer me contó la historia de su vida, que no resultaba tan extraña, de acuerdo con las historias que se presentan a menudo en televisión, periódicos y hasta en los artículos académicos que me había propuesto leer y comprender antes de realizar el trabajo de campo.

De esta forma, me contó sobre la multiplicidad de parejas sexuales por parte de su pareja, sobre su resentimiento de haberse infectado, aún cuando él había sido su único compañero sexual en su vida y sobre la idea que ella tenía que a las mujeres respetables no podía sucederles lo que a ella le había sucedido. Durante esta primera entrevista pude notar cómo el primer instrumento que yo había elaborado, si bien tenía la clara intención de dar cuenta de las temporalidades, de alguna forma no encajaba óptimamente en las secuencias de eventos en la vida de esta mujer. Ocurrió lo mismo con la segunda y con la tercera entrevista, en particular porque los romances, las uniones maritales y los embarazos hacen parte de un mismo acontecimiento. Adicionalmente, las mujeres entrevistadas reportaban tres o cuatro uniones de hecho, que se sucedían casi inmediatamente una después de la otra, y en cada una de ellas engendraban hijos e hijas, que pasarían eventualmente a cargo de las diferentes parejas que acompañaban a las mujeres en uniones por periodos de tiempo limitados. En este contexto, la figura estable era entonces la madre, mientras que la figura

paterna resultaba difusa tanto para las mismas mujeres como para sus hijos (Gutiérrez de Pineda 1975).

A medida en que las entrevistas avanzaban y que yo interactuaba cada vez más con la familia que me acogió, fui comprendiendo que claramente el espacio de las mujeres correspondía al hogar y el espacio de los hombres correspondía a la calle (Streicker 1995). En este orden de ideas, y dado que la economía global hoy en día obliga a las mujeres en contextos como estos a trabajar, los ideales contruidos por las mujeres chocaban fuertemente con la realidad. Por un lado, con el fin de cumplir a cabalidad con un rol de género en el cual la mujer debe encarnar su figura de madre y por lo tanto cumplir con el cuidado de los demás, ésta espera encargarse de los hijos y de las tareas domésticas. A la vez, el hombre, recíprocamente, se espera que cumpla con un trabajo que le proporcione a la familia bienes materiales y estabilidad emocional (Gutiérrez de Pineda 1987). Sin embargo, lo que ocurría frecuentemente en la vida de las mujeres era que el hombre, dadas las condiciones de desempleo o de empleos ocasionales, no podía responder con estas tareas. Adicionalmente, el hecho de que la calle se convertía en el espacio al que pertenecían, se les otorgaba el “permiso” implícito de tener múltiples parejas sexuales (Paternostro 2001). Eventualmente, el hombre consolidaba una relación abandonando el primer hogar. Las mujeres sin embargo, a través de las redes de apoyo femeninas, encuentran una forma en la que funcionan en estas situaciones, brindándoles apoyo económico, emocional y habitacional. De esta forma, tarde o temprano la mujer establece también una nueva unión (Gutiérrez de Pineda 1975, 1987).

En este contexto, la experiencia del riesgo adquiere una carga moral, ligada a los límites espaciales- casa/ calle- que se extrapolan a los límites corporales (Douglas 1969; Lupton 1993), reflejados en las prácticas sexuales. Por lo tanto, se considera que una mujer tradicional, no está en riesgo de adquirir VIH, pues la infección causada por este virus, y especialmente el Sida, ha sido incorporado dentro de las representaciones sociales como una enfermedad que estigmatiza, en la medida en que evidencia la trasgresión de ciertas reglas sociales y morales. Por tanto, un diagnóstico positivo para VIH tiene una carga

emocional y social bastante fuerte (Lupton 1997) para el grupo social de las mujeres entrevistadas.

No obstante, todas las mujeres entrevistadas se consideraban exentas del riesgo, pues se representaban ellas mismas como mujeres tradicionales, mujeres de la casa. Lo anterior contrasta fuertemente con los reportes nacionales (Acosta et al 2002; INS 2003; García 2003; García et al 2006) e internacionales (ONUSIDA 2004; 2005; 2006), que evidencian que son precisamente este tipo de mujeres las que presentan actualmente un alto índice de infección.

En este sentido, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud se han convertido en un gran desafío con respecto a la infección por VIH, pues, por un lado, no se han encontrado vacunas ni curas. Por otro lado, se ha hecho evidente que en nuestra sociedad existe una dificultad importante para poner en evidencia los riesgos de las prácticas sexuales cotidianas (Sontag 1989). De este modo, la prevención debe integrar estrategias que prevean la diversidad de dichas prácticas y que brinden información útil y precisa (ONUSIDA 2005). Siguiendo esta línea de ideas, se hace necesario el conocimiento sobre las representaciones sociales sobre el sexo y el cuerpo y sobre las prácticas sexuales presentes en la cultura local que pueden ser riesgosas (INS 2003).

Así, durante el desarrollo del trabajo de campo y del análisis del mismo, con motivo de esta monografía, nos propusimos responder a la siguiente pregunta: *¿Cuáles son las prácticas de riesgo que pueden conducir a una infección por VIH por vía heterosexual en una población de mujeres en la ciudad de Cartagena de Indias?* De este modo nos enfatizamos en la comprensión de la manera en la que los roles de género determinan las prácticas sexuales que llevan a cabo las mujeres en su vida cotidiana y que aumentan las probabilidades de adquirir una infección por VIH.

2. Metodología

El estudio se llevó a cabo enmarcado en el campo de la antropología social y se realizó mediante estudios de caso, los cuales permitieron identificar a partir de sus particularidades, los rasgos en común. La escogencia de la muestra se basó en un criterio no probabilístico y por lo tanto no se buscó representatividad. La búsqueda de las informantes se realizó por medio del contacto del líder de una ONG local, que presentó a la investigadora ante las primeras mujeres. Enseguida, estas mujeres presentaron a la investigadora ante otras mujeres que se mostraron interesadas en participar en el estudio, llevando a cabo un muestreo por “bola de nieve” (Patton 2002).

El objetivo general planteado antes de la realización del trabajo de campo- *Estudiar las prácticas de riesgo en la transmisión heterosexual del VIH en un grupo de mujeres en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia*- permitió, por un lado, la búsqueda activa de las mujeres que se incluirían en el estudio y por otro lado, la elaboración de los instrumentos de investigación. Se propusieron entonces los siguientes objetivos específicos a cumplir en dos etapas de trabajo de campo, llevadas a cabo entre los meses de junio y noviembre de 2006:

1. Identificar las representaciones sociales del riesgo frente a la infección por VIH en un grupo de mujeres habitantes de la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia.
2. Identificar los factores de vulnerabilidad, en particular con respecto a las relaciones de género, que permiten que la población estudiada sea o no más susceptible a la infección por VIH.
3. Describir el establecimiento y el curso de una relación entre una mujer y un hombre que pueda resultar en un contacto heterosexual riesgoso.
4. Describir las prácticas sexuales llevadas a cabo por parte de las mujeres en su cotidianidad.
5. Identificar las representaciones sociales del cuerpo y del placer sexual femeninos.

6. Identificar las representaciones sobre la transmisión del virus y sobre el VIH y el Sida.
7. Identificar las representaciones sociales sobre los condones y las prácticas sexuales asociadas a éstos.
8. Describir la integración entre las representaciones sociales y las prácticas de riesgo que las mujeres construyen a nivel local.

En este contexto, se consolidó un grupo de 13 mujeres que decidieron participar voluntariamente en el estudio, entre 23 y 56 años de edad, 7 diagnosticadas positivas para VIH y 6 sin diagnóstico o con diagnóstico negativo para VIH. Las dos mujeres que tuvieron un diagnóstico negativo para VIH corresponden a mujeres que se realizaron la prueba de Elisa en el marco de un embarazo y por sugerencia de su médico. El siguiente cuadro resume las características de cada una de las mujeres entrevistadas:

No. Entrevista	Edad (años)	Estrato socio-económico	Nivel de educación	Ocupación en el momento de la entrevista	Seroestatus	Tiempo de diagnóstico
1	35	1	Bachillerato	Ama de casa	Positivo	5 años
2	33	1	Primaria	Ama de casa	Positivo	4 años
3 A/ 3B ¹	35	1	Primaria	Ama de casa	Positivo	5 años
4	56	1	Primaria	Ama de casa	Positivo	16 años
5	29	1	Primaria	Ama de casa	Positivo	2 años
6 A/ 6B	40	1	Primaria	Ama de casa	Positivo	6 años
7	35	1	Primaria	Ama de casa	Positivo	4 años
8	23	1	Bachillerato	Ama de casa (cuida niños de la unidad habitacional)	Sin diagnóstico	-
9	27	1	Universitario (técnico)	Ama de casa (cuida niños de la unidad habitacional)	Sin diagnóstico	-
10	35	1	Bachillerato	Ama de casa	Negativo	-

¹ Las mujeres que aparecen numeradas con las letras A y B, fueron entrevistadas dos veces. La finalidad buscada con esto se verá más adelante.

11A/ 11B	33	3	Universitario	Asesora de proyecto	Negativo	-
12	23	3	Universitario	Recepcionista	Sin diagnóstico	-
13	51	3	Bachillerato	Oficinista	Sin diagnóstico	-

Tabla No. 1, Características demográficas y ocupación de las mujeres entrevistadas.

En primera instancia, se escogió como metodología la construcción de historias de vida por medio de entrevistas semiestructuradas con guía individuales, que permitieron abordar diferentes temas y acceder a secuencias temporales de la vida y a la interpretación de las mismas por parte de las mujeres entrevistadas. En este marco, se elaboró un instrumento que permitiera identificar las formas de existencia que preceden a los individuos, particularmente que dieran cuenta de los cambios generacionales en cuanto a la organización familiar como canal principal de transmisión de valores sociales y aspiraciones, miedos y formas de comportamiento y actitudes frente al cuerpo y a las relaciones entre los géneros (Bertaux y Thompson 1993). Por tanto, la guía se organizó con la pretensión de dar énfasis a lo que las mujeres consideraban coyunturas en su vida, es decir que dieran pie a la prolongación de las mismas, a través del encadenamiento de eventos, con base en una serie de acontecimientos definidos después de una revisión bibliográfica extensa (Godard 1996). Cada una de las entrevistas tuvo una duración entre 30 minutos y 120 minutos y se grabaron, con la autorización de las participantes, en medio auditivo, siendo las más cortas las de mujeres sin diagnóstico o con diagnóstico negativo para VIH.

Cuatro grandes eventos coyunturales fueron considerados en el momento de hacer la entrevista, cada uno con subtemas lo suficientemente amplios para que la persona entrevistada tuviera los espacios para incluir los aspectos que considerara pertinentes y estimular de este modo, la creación de categorías emergentes que no se hubieran tenido en cuenta en la elaboración del instrumento. Éste último fue organizado de la siguiente manera:

Eventos coyunturales	Subtemas a preguntar	
1. Familia de origen	1.1	Composición familiar
	1.2	Relación entre la figura materna y la figura paterna
	1.3	Rol de la mujer en el hogar
	1.4	Rol del hombre en el hogar
	1.5	Hermanos y roles según género
	1.6	Comunicación intrafamiliar
2. Inicio de las relaciones amorosas y sexuales	2.1	Construcción de la relación en cuanto a los roles de género
	2.2	Construcción de la sexualidad y prácticas sexuales
	2.3	Representaciones sobre el riesgo
	2.4	Representaciones sobre el VIH y el Sida
	2.5	Motivaciones y situaciones para tener relaciones sexuales
	2.6	Representaciones del cuerpo sexual y del placer femenino
	2.7	Representaciones y uso de los condones
3. Uniones maritales	3.1	Sexualidad y prácticas sexuales
	3.2	Representaciones del cuerpo sexual y del placer femenino
	3.3	Representaciones y uso de los condones
	3.4	Embarazos e hijos o hijas
4. Diagnóstico	4.1	Itinerarios terapéuticos
	4.2	Representaciones sobre el VIH y el Sida
	4.3	Cambios en las relaciones sociales y en las relaciones de género
	4.4	Prácticas sexuales
	4.5	Uso de condones

Tabla No. 2 Instrumento para historias de vida, primera etapa del trabajo de campo

El análisis de las 13 entrevistas fue llevado a cabo por medio de la asignación de una categoría académica a los relatos, poniendo en consideración aquellas que fueron emergiendo, lo que dio como resultado una matriz que resumía los relatos más representativos de cada categoría para cada una de las mujeres. Para cada categoría se escribió una serie de observaciones, que permitieron establecer lo que tenían en común

todas las mujeres y lo que las diferenciaba. La siguiente tabla muestra las categorías que resultaron del análisis:

Categoría general	Categoría emergente	
1. Organización familiar	1.1	Composición de los núcleos familiares de origen y posteriores
	1.2	Rol de los hombres
	1.3	Rol de las mujeres
	1.4	Redes de apoyo
	1.5	Uniones maritales
	1.6	Abusos familiares
2. Vida sexual	2.1	Experiencias románticas y sexuales
	2.2	Prácticas sexuales cotidianas
	2.3	Representaciones sobre el cuerpo sexual
	2.4	Representaciones y uso de métodos anticonceptivos (excluido el condón)
	2.5	Motivaciones para tener relaciones sexuales
	2.6	Representaciones del placer sexual femenino
3. Riesgo sentido	3.1	Representaciones sobre el riesgo de contraer VIH
	3.2	Infecciones de transmisión sexual- ITS.
	3.3	Condiciones y usos de los condones
	3.4	Representaciones sobre el VIH y el Sida
4. Cuerpo enfermo	4.1	Síntomas sentidos de un cuerpo enfermo
	4.2	Responsabilidad individual y familiar
5. Diagnóstico	5.1	Condiciones en las que se realizó la prueba
	5.2	Diagnóstico posterior a la enfermedad del compañero
	5.3	Cambios en identidad
	5.4	Itinerarios terapéuticos
	5.5	Estigma y miedo a la transmisión del virus por parte de otras personas
	5.6	Estrategias de afrontamiento
	5.7	Representaciones sobre el tratamiento antierretroviral (TARV), la reinfección y los efectos secundarios del TARV.

Tabla No. 3 Categorías de análisis emergentes durante la primera etapa del trabajo de campo.

En un segundo tiempo, una vez analizadas las historias de vida, se escogieron a tres mujeres, que a criterio de la investigadora, eran quienes se habían sentido más a gusto respondiendo preguntas sobre su vida íntima, con el fin de profundizar en los temas más privados, por medio de relatos temáticos. La delimitación del espacio y del tiempo, así como la descripción de los temas específicos que permitió abordar esta metodología, llevaron a la creación de un instrumento que se basaba en preguntas encaminadas a descripciones específicas sobre las condiciones de las prácticas sexuales y sobre las sensaciones y emociones producidas por las mismas (Zamudio et al 1998). Estos fueron llevados a cabo, nuevamente, a través de entrevistas semiestructuradas con guía, con una duración de entre 60 y 120 minutos, y durante las cuales se les pidió a las mujeres que describieran situaciones y relataran experiencias propias en cuanto a los siguientes temas:

Tópicos guía	Subtemas a preguntar	
1. Organización familiar	1.1	Genealogías
	1.2	Descripción de la unidad habitacional
	1.3	Manejo emocional frente a la multiplicidad de parejas sexuales por parte de los hombres
2. Cuerpo sexual	2.1	Sensaciones y emociones cuando se está “enamorada”
	2.2	Sensaciones y emociones cuando se tiene una relación sexual
	2.3	Descripción del curso de una relación sexual cotidiana
	2.4	Diferentes formas de entrega de semen y fluidos vaginales
	2.5	Posiciones para tener sexo
	2.6	Sensaciones, emociones y opiniones frente al rol reproductivo de la mujer
3. Representaciones sobre la transmisión del virus	3.1	Sensaciones y representaciones sobre los orificios y fluidos corporales (semen, fluidos vaginales, sangre, saliva, leche materna y sangre menstrual)
	3.2	Representaciones sobre cómo y en qué momento ocurre la transmisión del virus
4. Diagnóstico	4.1	Representaciones sobre la prueba para VIH
	4.2	Representaciones sobre lo que ocurre en el cuerpo cuando hay infección por VIH y cuando se tiene Sida.
	4.3	Representaciones sobre la muerte

Tabla No. 4 Instrumento para relatos temáticos, segunda etapa del trabajo de campo

Con base en las entrevistas y con las categorías identificadas durante éstas, se consolidaron cuatro capítulos, que corresponden a la agrupación de las mismas en cuatro grandes temas. De este modo, después de una revisión sobre las teorías y debates actuales sobre la investigación y los fines de esta en el ámbito del VIH y el Sida en el mundo, nos proponemos entonces, en primer lugar, dar cuenta de la organización familiar de las mujeres entrevistadas, dando énfasis a los roles de género y a las relaciones que se establecen entre los hombres y las mujeres y los espacios que ocupan cada uno en la vida cotidiana.

En segundo lugar, veremos la experiencia del cuerpo y del placer femeninos y las prácticas sexuales, así como los significados de los mismos, en el marco de una sexualidad cambiante en un mundo en el cual poco a poco, la idea de amor romántico cobra más importancia y que puede chocar con los roles de género tradicionales.

Tercero, nos ocuparemos de las representaciones de riesgo construidas desde la disciplina de la epidemiología y la forma en la que contrastan e incluso entran en conflicto, con las representaciones que se elaboran en un nivel local, ancladas fuertemente a cuestiones morales y que se presentan como trasgresiones de los límites corporales y sociales. Asimismo, exploraremos las diferentes posibilidades de entrega de fluidos que se dan durante los contactos sexuales y las sensaciones y emociones que produce este tipo de situaciones.

Finalmente, nos adentraremos en las experiencias del diagnóstico, del estigma y de la enfermedad, de las rutinas cotidianas de las mujeres viviendo con VIH y los cambios que ocurren en sus vidas en cuanto a los roles familiares y de género, así como las estrategias de afrontamiento frente a la situación, para terminar conociendo las representaciones que se elaboran sobre la muerte, como destino para todos los seres que habitamos en el mundo.

RIESGO Y VIH: PERSPECTIVAS ACTUALES

1. La biomedicina y la infección por VIH y el Sida

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida o Sida es la manifestación más grave de un amplio espectro de enfermedad, posterior a una infección con el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH (Chamberland y Curran 1990). Esta enfermedad puede causar la muerte, dada su capacidad de diezmar una serie de células involucradas en el sistema inmunológico, lo que permite una más alta probabilidad de la afección de ciertas infecciones oportunistas y neoplasias (CDC 1993). Sin embargo, a partir del momento de la infección con el virus, pueden transcurrir aproximadamente de 10 a 15 años sin que se manifiesten síntomas, existiendo la probabilidad de transmisión del virus de una persona a otra.

El VIH tiene la capacidad de interactuar química con las células CD4+ que cumplen importantes funciones en la respuesta inmune humana. El resultado de dicha interacción, es la penetración del virus dentro la célula y la posterior incorporación de la información genética del virus a la de ésta. Por lo tanto, durante los procesos de síntesis de proteínas llevados a cabo dentro de la célula, como parte de sus funciones, se realiza la replicación del virus. Así, una cantidad determinada de virus emerge de la célula, destruyéndola en el proceso. Paulatinamente, éste se repite en las células objeto de los nuevos virus, conservando así la persona con pocas células CD4+ funcionales (Curtis y Barnes 1994).

En 1987 se utilizó el AZT, el primer medicamento que ofreció un tratamiento relativamente efectivo, y desde 1996 existen tratamientos a base de diferentes combinaciones de medicamentos – Tratamientos Antirretrovirales Altamente Activos o HAART²- que intervienen en la historia natural de la enfermedad, y que actúan a nivel celular de diferentes maneras. Esto ha permitido el aumento de la esperanza de vida en las personas

² Por sus siglas en inglés Highly Active Antiretroviral Treatment.

que viven con VIH. Sin embargo, dados los altos costos de dichas medicinas, el acceso a los tratamientos es restringido o bien, a personas que puedan costearlas, o bien a través de los servicios de salud. Por esta razón, en los países del tercer mundo, las personas continúan muriendo a manos del Sida, mientras que existe la opción de vivir con el virus como una enfermedad crónica no fatal (Castro 2004).

El Sida, no es, a pesar de los términos médicos, una enfermedad cualquiera, ni el VIH es uno más de los microorganismos que afectan a los humanos (Schoepf 2001). Esta enfermedad ha adquirido dimensiones sociales de gran amplitud, en particular frente al estigma que ha causado y que se ha prestado para que las diferentes culturas locales interpreten de diferentes formas la presencia de la misma, según el desarrollo de su historia social. De este modo la infección por VIH y el Sida se han constituido como patologías, por medio de paradojas y contradicciones de sentido, desde un punto de vista social y cultural. La potencial transmisión del virus por medio de fluidos impacta la representación social de éstas, porque cambia la forma de ser y estar en el mundo, particularmente cuando al inicio, la enfermedad se asoció con la muerte, lo cual influyó fuertemente en las posibilidades existenciales de las Personas Viviendo con VIH o PVVS (Crawford 1994).

Los estereotipos que se crearon sobre la enfermedad y sobre las personas infectadas, lograron reducir al *seropositivo* a una categoría de riesgo y de peligro social, lo cual significó el representar a un individuo no solamente como un vector de infección, sino como una evidencia para la reafirmación de valores morales, llamados tradiciones y que limitaron la posibilidad de cambio social (Sontag 1989). Dichos valores resultaron en actitudes draconianas y hasta eugénicas (Martin 1995).

2. Las dimensiones sociales del VIH y el Sida

Actualmente, desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, la infección por VIH y el Sida se consideran condiciones que socavan las posibilidades sociales, económicas e individuales de las personas afectadas (Cook et al 2003). Siguiendo esta línea de pensamiento, se invierte gran cantidad de esfuerzos en frenar la epidemia dado que esta

ha cobrado altos precios en términos económicos y sociales a nivel mundial, en particular en lugares donde la pobreza ha encarecido las posibilidades de intervención en términos de prevención y de accesibilidad a tratamientos antirretrovirales que permitan mejorar la calidad de vida de las poblaciones más vulnerables (ONUSIDA 2004; 2005; 2006).

En este contexto, frente la infección por VIH y Sida se ha propuesto que la vulnerabilidad ante las enfermedades está enmarcada en ciertas condiciones económicas y sociales, y por tanto, se han realizado asociaciones que llevan a pensar que algunas causas de los procesos de salud y enfermedad se arraigan en los determinantes sociales de la enfermedad, que se refieren a cuestiones como el estatus socioeconómico y el género, que a la vez repercuten en los primeros. Así se crea un círculo vicioso entre lo que se ha denominado las condiciones fundamentales de la enfermedad y las desventajas económicas y sociales. Las primeras hacen referencia a los factores más lejanos de los estados fisiopatológicos que determinan la ocurrencia de una enfermedad y que requieren de mecanismos complejos para ser transformados. En esta línea de pensamiento la idea de “factores de riesgo” resulta operativa en el sentido en que estos describen las condiciones de la comunidad o del individuo que aumentan la probabilidad de que éstos últimos sean afectados por una enfermedad en particular (Beaglehole et al 2003).

En este marco, según Green (2003) existen factores individuales, que son aquellos que afectan al individuo directamente y sobre los cuales éste tiene cierto control. Podemos mencionar como ejemplos recurrentes sobre la infección por VIH, la historia y la falta de la circuncisión masculina, el contacto sexual anal y durante las menstruaciones, el sexo traumático y la ectopia cervical entre los factores biológicos. Entre éstos se han mencionado también la virulencia de algunas cepas del VIH-1 y el nivel de viremia, o carga viral en la sangre y en los compartimentos genitales. Entre los factores individuales se incluyen también los que se refieren a los comportamientos, entre los cuales se encuentran el cambio frecuente de parejas sexuales, las parejas sexuales múltiples, los contactos sexuales sin protección, o con Trabajadores o Trabajadoras Sexuales, la falta de

conocimiento sobre el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual- ITS- y la baja percepción de riesgo.

Los factores sociales, son los que se relacionan con las normas sociales y que pueden estimular las prácticas de riesgo. Las altas tasas de prostitución, las parejas sexuales múltiples por parte de los hombres, la discriminación de género, las actitudes pobres frente al uso del condón, el bajo estatus socioeconómico de las mujeres y la abstinencia posparto prolongada, se encuentran en esta categoría.

Los factores infraestructurales, se refieren a aquellos que afectan a los individuos directa o indirectamente y sobre los cuales éstos no tienen control, como la escasa provisión de condones, el pobre acceso a los servicios de ITS, altas tasas de prevalencia de ITS y la poca comunicación sobre los servicios de salud.

Finalmente, los factores estructurales que atañen a temas del desarrollo y sobre los cuales ni el individuo, ni el sistema de salud tienen control, como la pobreza, las migraciones rurales y urbanas, las bajas tasas de alfabetización en mujeres, las políticas que no apoyan los Derechos Humanos y el desempleo, entre otros (Green 2003).

3. El problema de las desigualdades sociales

Así las cosas, paulatinamente se han venido describiendo condiciones que ponen en evidencia las asociaciones que se han establecido entre desigualdades sociales, económicas y políticas y la forma en la que se ha propagado la epidemia de VIH y Sida. En efecto, el continente Africano ha sido el que más casos ha reportado hasta el momento, dando cuenta también del mayor número de personas que han fallecido a manos del Sida. A pesar de que no necesariamente los países más pobres son los que tienen prevalencias más altas, las desigualdades en los ingresos han sido asociadas a éstas. Por ejemplo, Sur África se considera el país más desarrollado económicamente y presenta el índice de infección por

VIH más alto del mundo (ONUSIDA 2006). Asimismo, las personas con mayor riqueza tienen salarios 70 veces más altos que el segmento más pobre de la población. En este sentido, es éste el que resulta más afectado, pues se ha reportado que cada asalariado asume una serie de dependientes a causa del número creciente de huérfanos que deja cada día la epidemia (Madhavan 2004). Adicionalmente, se han relacionado otros tipos de enfermedades a las consecuencias causadas por el VIH y el Sida, como la malnutrición, dado que en las familias que adoptan nuevos miembros hay una insuficiencia de alimentación adecuada para todos y un menor grado de asistencia a la escuela por parte de los niños afectados (ONUSIDA 2006).

De este modo, se ha propuesto que las desigualdades globales de clase, de género y de etnicidad son reflejadas en la epidemia de Sida y por lo tanto aparecen la falta de poder, la pobreza y el estigma como un motor que impulsa la propagación del VIH (Schoepf 2001). Lo anterior da cuenta de una línea argumentativa en la cual los procesos globales tienen un impacto en la estabilidad económica de las naciones que a su vez, impactan el cuerpo político y por tanto, la vulnerabilidad ante la infección por VIH es un producto de la interacción de elementos sociales como la pobreza, la explotación, la exclusión social, el racismo, la opresión y los poderes que se ejercen entre los géneros. Esto causa lo que actualmente se conoce como violencia estructural. Ésta última puede aparecer como parte de los procesos de salud y enfermedad a través de la experiencia corporal de los distintos grupos sociales de acuerdo con la posición jerárquica en la que se ubiquen (Parker 2001; Quevedo MC, comunicación personal al autor en un documento sobre consideraciones teóricas para trabajo futuro encaminado a reducir la incidencia de VIH y Sida entre las mujeres en Colombia, 25 de abril de 2006).

En este contexto, por una parte, los ajustes económicos estructurales promovidos desde el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial que aseguraron el pago de la deuda externa a dichas instituciones por parte de los países del Tercer Mundo y los Tratados de Libre Comercio, causaron para los más pobres salarios aún más bajos y menor accesibilidad a los servicios sociales de calidad. De hecho, se ha evidenciado que la pobreza, en términos

relativos y absolutos, aumentó en los años ochenta en Latinoamérica, El Caribe y África (Gershman e Irwin 2000). Estos procesos económicos y políticos hacen que en condiciones de pobreza, la falta de oportunidades de educación, de trabajo y de servicios de salud constituyan las dinámicas que llevan a la infección por VIH (Schoepf 1991).

Por otra parte, se han establecido relaciones entre la violencia estructural y las desigualdades de género que moldean la vulnerabilidad frente a la infección por VIH, dado que habría una acción sinérgica entre pobreza y género (Farmer 1999, 2000), grupos en la sociedad que se enferman más, en un medio social de inequidad donde ciertos comportamientos y acciones responden a ciertas condiciones sociales, frecuentemente de poca certeza, amenazas y daños emocionales (Singer et al 2006). En efecto, el caso de Brasil ilustra como el patrón epidemiológico de la enfermedad ha tendido a heterosexualizarse, a pauperizarse y a feminizarse (Berkman A. et al 2005). Así, no solamente los poderes políticos y económicos actúan como factores que propician la expansión de la epidemia, sino también otro elemento adicional de la organización social que hace referencia a los roles de género influye en la misma. En este sentido, la forma en la cual se comportan los hombres y las mujeres dentro de los grupos sociales moldean las prácticas corporales y sexuales que vulneran las posibilidades de los individuos de protegerse. Como consecuencia de las desigualdades de poder entre los géneros, existen formas particulares de representar y experimentar el cuerpo que legitiman las primeras en las prácticas cotidianas (Foucault 1979; Martin 1991). Por esta razón, hoy en día la investigación sobre el VIH y el Sida se enfocan en las maneras en las cuales las sociedades estructuran las posibilidades de interacción entre los diferentes actores sociales (Parker 2001; Quevedo MC, comunicación personal al autor en un documento sobre consideraciones teóricas para trabajo futuro encaminado a reducir la incidencia de VIH y Sida entre las mujeres en Colombia, 25 de abril de 2006).

Sin embargo, en este contexto, se ha dicho que las razones específicas de la epidemia no han sido comprendidas en su totalidad (Schoepf 2001). No obstante, existen descripciones

etnográficas bastante precisas en los niveles locales, que permiten establecer las relaciones entre las prácticas sexuales y la forma en la cual la epidemia se propaga (Green 2003).

4. Múltiples prácticas de riesgo en la transmisión heterosexual del VIH

Siguiendo esta línea de ideas, las mujeres están en condiciones de mayor vulnerabilidad frente a los hombres, en la medida en que un alto número de investigaciones describen cómo los roles de género tradicionales otorgan la esfera de lo público a lo masculino y la esfera de lo privado a lo femenino (Jordanova 1989). En este orden de ideas, se han encontrado, particularmente en África, que los hombres son percibidos como poco responsables (Hoosen y Collins 2004), se les perdonan los excesos (Moyer 2003) y se les permite la multiplicidad de parejas sexuales. Con respecto a las mujeres, se ha demostrado que tienen poco poder de negociación en las relaciones con los hombres (Harrison et al 2001) y que son sometidas a varios tipos de violencia (Haram 2001). Además, en muchos casos, las mujeres dependen económicamente y emocionalmente de los hombres, y por lo tanto le tienen temor al abandono por parte de estos si les exigen utilizar condón (Hoosen y Collins 2004). Por lo demás, las mujeres asocian el sexo con las relaciones románticas (Giddens 2000; Lewis 1998). En Colombia, y en Latinoamérica en general, se permite la multiplicidad de parejas sexuales a los hombres, característica del fenómeno que se ha llamado “machismo” (Paternostro 2001).

Dentro de este contexto, es interesante observar ciertas representaciones sociales de transmisión del virus ligadas al género. En África, por ejemplo, los hombres perciben a las mujeres como los agentes que expanden el virus, pues este se asocia con la sangre contaminada, que, a su vez, es asociada con la menstruación y por tanto con las mujeres (LeClerc- Madlala 2001). Los hombres distinguen a dos categorías de pareja sexual: las no peligrosas que son recatadas, y las peligrosas que son aquellas que tienen sexo por dinero o bienes (LeClerc- Madlala 2001; Haram 2001; Moyer 2003). Paradójicamente, se ha documentado que en todo el mundo, las mujeres casadas e inclusive las que han tenido un

solo compañero sexual o en monogamia serial, cada vez más frecuentemente resultan infectadas (ONUSIDA 2004). Muchas de estas mujeres no se consideran dentro de un grupo de riesgo (Kielmann 2000; Lewis 1998): Por un lado, los factores de riesgo tienden a cambiar muy rápidamente (Farmer 2000) y por otro lado, cuando se les insiste en su pertenencia a un grupo de riesgo, muchas de ellas sienten que se les están juzgando moralmente (Kielmann 2000).

En el caso particular de Latinoamérica, incluida Colombia, la infidelidad de los maridos no se lleva a cabo solo con mujeres sino también con hombres. De hecho, estos no se consideran homosexuales, pues el ser activo en un acto sexual con otro hombre es percibido como “ser muy macho” (Paternostro 2001: 106). Además, se ha asociado un mayor riesgo de adquirir el VIH con el hecho de padecer una ITS. Sin embargo, por vergüenza y por no querer revelarles a la pareja, muchos individuos se demoran en acudir a un tratamiento, lo que hace que el riesgo sea aún mayor (Wallman 2000).

Ahora bien, se han identificado dificultades en el uso consistente del condón, cuyas propiedades impiden la transmisión de ITS y el embarazo (Youssef 1993; Green 2003; Holmes et. al 2004; OMS, ONUSIDA y UNFPA 2004). No obstante, se han documentado varias razones de la falta de consistencia en el uso del condón. Primero, la responsabilidad del uso de éste recae muchas veces en las mujeres, cuando, paradójicamente se espera que estas asuman un rol pasivo durante el acto sexual (Hoosen y Collins 2004; Scorgie 2002). Segundo, existe una tensión entre seguridad y fertilidad. En efecto, se ha encontrado que muchas PVVS desean y tienen intenciones de tener hijos (Farmer 2000; Chen et al 2001). Tercero, se han encontrado multiplicidad de razones cognitivas que actúan como obstáculos para el uso consistente del condón, que van desde las representaciones de los mismos, que incluyen una muestra falta de confianza y barreras para la intimidad para los hombres pero también responsabilidad y respeto para con la pareja para las mujeres (Klein y Knäuper 2003); Pasando por la necesidad de ambigüedad antes de los encuentros sexuales, pues tener condones a la mano o hablar del uso de estos cuando se quiere dejar abierta la opción de tener o no relaciones sexuales, resultaría contraindicado (Mitchell y Wellings 2002);

Hasta el hecho de evitar de ITS, como una forma de negación de la posibilidad de que la pareja haya contraído alguna (Klein y Knäuper 2003; Hoosen y Collins 2004).

Por último, hoy en día, tanto hombres como mujeres esperan proporcionar y recibir placer sexual. Esto no sólo influye en el número de parejas y encuentros sexuales episódicos (Giddens 2000), sino también en el hecho de que las mujeres buscan sexo con el fin de obtener placer. El tema del deseo sexual en este contexto es importante, pues, sobre todo en el caso africano, hay que decir que la pobreza no es un obstáculo para encontrar sexo, amor y placer (Moyer 2003). Además, como se ha sugerido, actualmente, hay gran diversidad de prácticas sexuales. Sin embargo, aún existe una dificultad evidente para visualizar, por un lado, a las mujeres en contratos sexuales complejos, y por otro lado, la conexión que hay entre el intercambio de fluidos corporales y el placer que proporciona el sexo, además de la falta de consideración de las diferentes alternativas de entrega de semen y fluidos vaginales (Lewis 1998). Llegando a este nivel de profundidad se hace evidente que si bien existen conocimientos generales sobre las formas de evitar la infección, la información es, en la mayoría de los casos incompleta e imprecisa. Por ejemplo, a pesar de la popularidad del sexo anal en Tanzania, los individuos representan este tipo de práctica sexual como segura (Moyer 2003), cuando, de hecho constituye una de las más riesgosas (Chamberland y Curran 1991; Royce et. al 1997). Además, muchas mujeres no entienden muy bien cómo los fluidos pueden ser transmisores del virus y no saben quien se está protegiendo con el uso del condón (Kielmann 2000).

Teniendo en cuenta la argumentación anterior, podemos ver que el impacto del medio ambiente y las desigualdades implícitas y explícitas dentro de los sistemas sociales impacta los procesos de salud y enfermedad en diferentes niveles. Sin embargo, como hemos ilustrado con los casos particulares, si bien las fuerzas transnacionales económicas, sociales y políticas claramente afectan de alguna manera dichos procesos, cada una de las trayectorias que van desde las condiciones globales hasta las locales tienen sus particularidades, porque se aprehenden de formas muy diferentes en este último nivel, dada la fragmentación de las sociedades actuales (Marmot 2003) y la alta diversidad y

multiplicidad de factores de riesgo. En esta misma línea de ideas, los programas de prevención, con agendas políticas internacionales concretas, dirigidos a cambiar los patrones comportamentales de las comunidades y de los individuos, sugieren que los habitantes de los países de escasos recursos deben cambiar sus prácticas sexuales, asumiendo qué es lo mejor para ellos, aun cuando en sus mismos términos, dichas prácticas podrían ser calificadas como más conservadoras. Adicionalmente, las intervenciones enfocadas en lograr cambios estructurales, como la reducción de la pobreza, con el fin de reducir el impacto del VIH y del Sida, muy probablemente, no serán alcanzadas antes de que la epidemia alcance su pico y comience a descender (Green 2003).

5. Disposiciones analíticas para el estudio de las prácticas que propician la transmisión heterosexual del VIH

En Colombia, se ha descrito que la incidencia y la prevalencia de la infección por VIH y el Sida varían de acuerdo con las regiones, y se ha identificado la Costa Atlántica como una zona en la cual el aumento de los casos es notable, en especial entre las mujeres más pobres (García et al 2006), lo que coincide con los patrones epidemiológicos mundiales en países con condiciones de desigualdad similares a los de nuestro país, como Brasil, Bolivia, Nicaragua, Paraguay y Sur África (PNUD 2006). De este modo, se ha observado que la razón hombre: mujer, es decir el número de hombres infectados por el número de mujeres infectadas, cada vez es más cercana, pasando de 10:1 a 2:1 en 20 años (INS 2003). Asimismo, se ha sugerido que la epidemia es aún concentrada en grupos poblacionales tales como los Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH) y trabajadores sexuales, pues su prevalencia supera el 5% mientras que la de las mujeres gestantes no alcanza el 1% (García 2003; García et al 2006). Por lo demás, de acuerdo con el informe del Instituto Nacional de Salud de 2003, el Departamento de Bolívar (ciudad de Cartagena) y otros departamentos de la Costa Atlántica continúan mostrando un aumento en la incidencia en mujeres, en comparación con los departamentos de la Zona Andina colombiana.

En este contexto, el Instituto Nacional de Salud (2003) y la Encuesta Nacional de Salud realizada por Profamilia (Profamilia 2005) sugieren que hay una notable ausencia de documentación de las prácticas de riesgo y de las condiciones sociales específicas que enmarcan la epidemia.

La Costa Atlántica Colombiana entonces, se convierte en un lugar prioritario para el estudio de la epidemia de VIH y Sida, en razón de sus particularidades y de sus contrastes frente a otras regiones colombianas. La constitución familiar, heredada de tres etnias muy diferentes entre sí- americanos, españoles y africanos- (Gutiérrez de Pineda 1987) y caracterizada por uniones polígicas o sucesivas, al igual que la permisividad de la multiplicidad de parejas entre los hombres (Gutiérrez de Pineda 1975), así como la matrifocalidad, prometen un panorama rico en significados en el marco de las relaciones que se establecen entre los géneros. En este contexto, debemos entender la familia como el resultado de una organización social y no solamente como la consecuencia de tendencias fisiológicas y psicológicas, contexto en el cual las reglas de parentesco establecen el estado mismo de la sociedad en tanto que definen el intercambio y la reciprocidad (Andrée 1972). La familia como grupo que se deriva de una serie de reglas sociales que permiten establecer alianzas (matrimonios), ha resultado ser la institución que tradicionalmente ha legitimado la reproducción humana. Esta última conlleva a una descendencia que se representa como tal (relaciones consanguíneas) por medio de otras reglas sociales. Las alianzas y descendencias conforman lo que se ha llamado parentesco (Parkin 2004). Esta categoría, tradicionalmente descrita como universal, es hoy en día tema de controversia pues más allá de constituirse como un hecho dado, se ha propuesto la concepción del parentesco como un dispositivo analítico limitado por estar fundamentado en representaciones biológicas específicas de occidente (Schneider 2004). De igual forma ocurre con el género, categoría que guía los análisis que intentan dar cuenta de las desigualdades entre los hombres y las mujeres (Yanagisako y Collier 2004).

Dentro de este marco, la familia constituye una de las instituciones que contribuye a la supervivencia de una forma social y por tanto, la interacción que se da dentro de ésta

responde a un sistema en el cual una asociación de gente vive una realidad particular con ciertas características específicas del contexto. Como lo nota Layton (1997), Durkheim definió los hechos sociales como “ways of acting or thinking with the peculiar characteristics of exercising a coercive influence on individual consciousnesses” [formas de actuar o pensar con las características peculiares de ejercer una influencia coercitiva en las conciencias individuales]. Los hechos sociales por definición, son observables a través de los diferentes patrones de comportamiento, dentro de los cuales se incluye la organización familiar (Borsotti 1978; Gutiérrez de Pineda 2000).

Los roles de género, enmarcados en una organización social y familiar determinada, se refieren a los comportamientos, preocupaciones y características de personalidad, que se atribuyen a hombres y mujeres distintivamente (Fagot et al 1992), y que aparecen como dados naturalmente (Jordanova 1989; Haraway 1991). De esta manera, los roles de género constituyen un aspecto importante de nuestra vida cotidiana, definida como una realidad que parece evidente y ante la cual nos enfrentamos con una actitud natural y experimentamos como incuestionable (Schutz y Luckmann 2003).

Asimismo, el cuerpo masculino y femenino y las representaciones sociales asociadas a estos se enmarcan dentro de un sistema de relaciones entre los géneros, y son considerados naturales. Dado que el mundo cotidiano no es privado sino intersubjetivo, el marco común de interpretación adquiere una finalidad práctica. La acción social, es de hecho, clasificada en esquemas de referencia (Schutz y Luckmann 2003), dados por las experiencias individuales y las que son transmitidas a través de los semejantes (Scott 1996). De esta forma, las prácticas corporales adquieren unos límites claros, dado que la acción humana es, incorporada [*embodied*] a través de las reglas sociales que moldean el cuerpo a través de las experiencias cotidianas y a través de la socialización (Shilling 1993). En este escenario, el cuerpo sexual, los deseos y placeres están mediados por la experiencia social (Douglas 1969) dado a que a los límites que el grupo social establece con respecto a éstos, el cuerpo y sus productos se experimenta como lugar de ansiedad o de regocijo. Siguiendo esta línea de pensamiento, el riesgo a nivel local, se concibe desde una perspectiva moral (Douglas y

Calvez 1990; Lupton 1993), según las trasgresiones frente a las prácticas sexuales que se den, extrapoladas desde un sistema de organización familiar y de las relaciones entre los géneros.

Lo anterior puede contrastar con una visión del riesgo desde la visión epidemiológica, que concibe el riesgo como algo neutral, en términos de probabilidades matemáticas (Peretti-Watel 1994; Lupton 1993) y que puede, no obstante constituir las condiciones necesarias para el crecimiento de la epidemia dentro de la población en general. Este corpus de conocimiento experto, sin embargo, no es completamente ignorado por los grupos sociales sino que se incorpora a las experiencias sociales previas y se interpreta dentro del marcos de referencia sociales disponibles y operativos (Jodelet 1991; Viveros 1993; Joffe 2003).

En este contexto, un diagnóstico positivo para VIH frecuentemente suele causar ansiedades individuales y sociales, que encuentran legitimación en el discurso médico, asumiendo que la infección es consecuencia de una serie de prácticas peligrosas y disfuncionales (Green 2003). Siguiendo esta lógica, dichas prácticas, en teoría son llevadas a cabo bajo la responsabilidad del individuo y por lo tanto, a menudo se termina culpando a la víctima (Castro 2005). El *seropositivo* se hace poseedor de un atributo que lo excluye, que lo marca como diferente a los otros y que tiene entonces un efecto desacreditador extensivo, un estigma, que es condicionado por un sistema de relaciones sociales (Goffman 1963). De este modo, para el caso de las PVVS, se ha documentado de manera recurrente, las discriminaciones a las que son sometidas, situación que se presenta también para las poblaciones con mayor prevalencia de infección por VIH (Santana y Dancy 2000; Farmer 2003; Abadía- Barrero y Castro 2006; Castro y Farmer 2005; Mak et al 2006; Wight et al 2006). En estos contextos no hay necesidad que haya interacción cara a cara para que haya, no obstante, interacción social (Goffman 1967). Lo anterior nos lleva a pensar que recibir un diagnóstico positivo para VIH tiene como consecuencia una ruptura en cuanto a los marcos interpretativos a través de los cuales le damos sentido a la realidad, y especialmente, un impacto profundo en la identidad individual y social (Berger y

Luckmann 1967), sobre todo cuando tendemos a separar a “los otros” seropositivos de nosotros mismos, como una forma de reforzar la propia identidad (Crawford 1994).

Podemos entonces ver, que si bien existen grandes estructuras que a nivel global permiten homogenizar los procesos, se hace necesaria una comprensión del fenómeno social que enmarca las interpretaciones y la aprehensión de la realidad que los individuos experimentan en diferentes niveles (familiar, de roles de género, corporal y de representaciones sobre el riesgo y el diagnóstico) con respecto a la epidemia que desde hace treinta años cuestiona el mundo en el que vivimos. Con un fenómeno tan reciente, el análisis que proponemos se encamina a la comprensión de cómo los actores sociales aprehenden las nuevas ideas y cómo explican e interpretan sus acciones, dentro del mundo al que pertenecen. Lo anterior permite entonces poner en evidencia la porosidad de los límites que se asumen como fuertemente establecidos (Bibeau 1997).

MUJERES TEJIENDO REDES, HOMBRES PROCREANDO: LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR.

1. Género y familia: Interacciones conceptuales

El parentesco, y en consecuencia la familia, no se pueden concebir como un sistema ni estable, ni aislado, sino que se encuentra en interdependencia con otros sistemas sociales. Bronfenbrenner (1986), propone tres contextos interrelacionados en los cuales se insertan las dinámicas familiares. Primero, el mesosistema, que tiene en cuenta la relación entre la familia y los procesos externos a ella. Segundo, el exosistema, con respecto al cual la familia es afectada por lo que ocurre en ámbitos donde los padres están, pero en los que los hijos no están. Y tercero, los modelos de cronosistema, que se ocuparían de las transiciones de la vida y sus impactos sobre los procesos familiares. Las temporalidades no se refieren solamente a las vidas individuales, sino que también tienen gran importancia en la medida en que los cambios históricos y sociales tienen como consecuencia fuertes transformaciones en los sistemas familiares (Gutiérrez de Pineda 2000). Esto último, repercute en la construcción de las identidades sociales e individuales (Giddens 1989, 2000) porque la familia constituye un contexto privilegiado para la construcción de la vida psíquica, que preexiste al nacimiento (Meler 1998) y que evidencia la transmisión de patrones de comportamiento a través de las generaciones (Bertaux y Thompson 1993), y las rupturas entre éstas (Mead 1979).

En efecto, a través de las historias de vida realizadas para este estudio, y que permiten una perspectiva temporal, se evidencian las transmisiones generacionales, las transiciones de la vida y las influencias históricas y sociales en un modelo de cronosistema. De igual manera, la construcción de los roles de género que se desarrolla con relación a la familia y a procesos externos a esta (mesosistema y exosistema), evidencia la interacción de los ámbitos familiares y de otros sistemas sociales que moldean las identidades sociales e individuales.

En este contexto, el parentesco y el género aparecen en este estudio, como ejes analíticos unificados porque permiten ubicar dentro de la familia los procesos de socialización primaria de los niños y niñas, en la medida en que allí, aprehenden las cogniciones, representaciones y habilidades que les permiten adaptarse a una sociedad específica (Okagaki y Johnston 1993). Durante este proceso, el mundo adquiere sentido compartiendo significados y definiciones recíprocas a nivel intersubjetivo. De esta manera, aparecen otros individuos como significativos, que median entre el individuo y el mundo, seleccionando aspectos específicos en virtud de idiosincrasias arraigadas biográficamente. Este proceso ocurre a nivel cognitivo y emocional, en la medida en que la identificación con los “otros” significativos permite la internalización de los roles sociales; Eventualmente, la abstracción de los roles y de las actitudes de “otros” específicos y significativos, se extrapolan a roles y actitudes de todos los “otros” en general (Berger y Luckmann 1967).

En este sentido, dentro de la familia se desarrolla gran parte de las representaciones sobre los roles de género (Fagot et al 1992) por lo que estos procesos resultan ser determinantes en las relaciones sociales e interpersonales y el lugar que ocupan distintivamente en la división del trabajo, del poder y en los componentes afectivos de las relaciones entre mujeres y hombres. Estos elementos constituyen parte esencial de los mecanismos que moldean las prácticas cotidianas de los hombres y de las mujeres que aumentan la probabilidad de que una enfermedad como la infección por VIH o el Sida se desarrolle (Wingood y Diclemente 2000; Hoosen y Collins 2004) si se tiene en cuenta que el virus puede ser transmitido heterossexualmente (Royce et al. 1997).

2. Antecedentes de la familia actual en Cartagena

En este contexto, la familia actual que se observó en Cartagena es consecuencia de una serie de herencias desiguales de las familias indias, negras y españolas (Gutiérrez de Pineda 1975, 1987; Gutiérrez de Pineda y Pineda Giraldo 1999) y por tanto para su comprensión se hace necesario un recuento histórico de las mismas que de cuenta de sus características y de sus funciones dentro de un sistema social específico. El tipo de familia que se observó en el

grupo social investigado, no se caracteriza por la organización nuclear, heterosexual y monogámica ideal propuesta por el mundo occidental moderno, teniendo en cuenta que de acuerdo con la gran variabilidad de las formas sociales, las reglas de constitución del grupo familiar son muy diversas (Schneider 2004). La familia actual en Cartagena es herencia de su carácter portuario y esclavista, lo que promovió la movilidad de población, la oscilación de las economías, repercutiendo así en las modalidades familiares con relativa flexibilidad exogámica y favoreciendo la unión consensual (Rodríguez 1997).

Durante la época de la colonia, el tipo de familia que se incentivó fue aquella que respondía a los principios de la religión católica y de la ley vigente en ese entonces, permitiendo actuar al Estado y a la Iglesia en consenso. En este sentido, influyen en la constitución de la familia en primer lugar, el concepto cristiano del amor que se refleja en el hecho de que las parejas normativas serían constituidas con base en el afecto y no en las conveniencias económicas, de poder o de parentesco. En segundo lugar, el matrimonio se estableció bajo la premisa monogámica en antonomasia con respecto a la familia plural que aún estaba vigente en ese entonces y como veremos más adelante, sigue vigente de alguna manera, hoy en día. En tercer lugar, la fidelidad física o sexual se estableció como principio de unión. Finalmente, la religión sirvió también para regular la división del trabajo por géneros en la cual el hombre detentó el manejo de la autoridad y la manutención del hogar, y la mujer fue subordinada frente a este (Gutiérrez de Pineda y Pineda Giraldo 1999).

El rasgo más trascendente de la estructura familiar que se hallaba en la Nueva Granada, fue la poliginia, caracterizado por un hombre con varias mujeres (Parkin 2004). Aún cuando el modelo familiar español fue el que se quiso imponer, no podría decirse con seguridad que todas las familias españolas fueran estrictamente monogámicas. Sin embargo, durante el proceso de imposición de este modelo familiar, la poliginia seguía dejando sus huellas dado el tejido que se intrincaba con el resto de la estructura social (Gutiérrez de Pineda y Pineda Giraldo 1999).

Si bien la familia española católica se estableció como modelo a implantar, las familias locales y las mismas familias españolas fueron transformadas en razón de los flujos de las unas sobre las otras. No hay que olvidar también que se dio la influencia de un tercer tipo de familia, la de origen africano cuyas características se encuentran escasamente documentadas. En los primeros siglos, llegaron a la Nueva Granada hombres jóvenes africanos de diversas regiones con el fin utilizarlos como esclavos, quienes fueron forzados a limitar su capacidad reproductiva en pos del mantenimiento de la división entre castas. Poco a poco, se fue equilibrando la importación por género, lo que les permitió contraer de acuerdo con lo que les permitía el amo. Sin embargo, las limitaciones legales sobre las mezclas de castas no aseguraron que se evitaran uniones de hecho entre las mismas (Gutiérrez de Pineda y Pineda Giraldo 1999). El grado de miscegenación fue cada vez más alto, dejando en evidencia el desvanecimiento de los límites que se habían establecido entre las diferentes castas y resultando en un grupo mestizo muy disparejo (Rodríguez 2004).

Como se mencionó anteriormente, los diferentes tipos de familia, si bien pudieron entrar en conflicto los unos con los otros, sufrieron cambios e influencias mutuas. Evidencia de esto fue la conformación de familias poliginicas por parte de los mismos españoles, que establecieron una unión legal con una mujer de su misma casta por un lado, y por otro lado, uniones no legales con varias mujeres de otras castas (Gutiérrez de Pineda y Pineda Giraldo 1999). Por lo demás, el modelo impositivo resultó tan diferente al local en cuanto a su funcionalidad, que hoy en día se observan remanentes estructurales de las familias poliginicas. El siguiente cuadro ilustra las diferencias estructurales que existían entre el modelo hispánico que se quería imponer, frente al modelo americano:

Modelo patriarcal católico	Modelo americano
Parentesco nominativo bilateral	Parentesco clasificadorio unilineal
Monogamia	Poliginia predominante, monogamia forzada
Indisoluble	Repudio, ruptura y reconstrucción
Matrimonio sacramental	Rapto, trueque, compra, captura, servicios etc.

Libertad para contraer	Compromiso familiar
Hombre cabeza económica, mujer administradora para el consumo.	División del trabajo por sexos, mujer fuerza económica.
Hombre cabeza de autoridad, mujer subordinada.	Avunculado y régimen uterino.
Impedimento de consanguinidad bilateral.	Impedimento de consanguinidad uterina
Patrilocalidad	Matrimonio patrilocal, identidad matrilocal.

Tabla No. 5 Tomada de: Gutiérrez de Pineda y Pineda Giraldo 1999: 351

3. Constitución familiar actual en Cartagena

Actualmente se observan en Cartagena no solamente remanentes de las estructuras locales de la época colonial, sino una síntesis familiar conformada por la influencia del modelo de familia hispánica, por los diferentes modelos familiares importados del África como resultado de los esclavos traídos al nuevo mundo, y finalmente por las transformaciones que han sufrido las formas familiares occidentales contemporáneas. Por otro lado, teniendo en cuenta la diversidad cultural colombiana, los influjos mencionados anteriormente no dieron como resultado un solo modelo familiar, sino que éste varía ampliamente según la región. Gutiérrez de Pineda (1975) reconoce 4 tipos familiares identificados geográficamente:

- Región del altiplano: en donde el matrimonio católico y el fundamento patriarcal son predominantes, pero integra elementos heredados de la cultura indígena muisca e hispánicos.
- Región santandereana: predominio de la familia hispánica y donde se dan en igual proporción los matrimonios católicos y las uniones de hecho.
- Región antioqueña: domina el matrimonio católico con sentido matriarcal.
- Complejo familiar costero- fluvial: Las uniones de hecho son más frecuentes que los matrimonios católicos pues la presencia religiosa es débil. Se delega a la mujer y a su parentela todas las funciones.

Esta última zona se ha descrito como una de las regiones que registra mayor prevalencia e incidencia entre los casos de infección por VIH que se reportan a nivel nacional (García et al 2006). En consecuencia, las diferencias regionales en la estructura familiar sugieren que las prácticas que se establecen de acuerdo con las relaciones entre los géneros y la constitución familiar, como la unidad legítima de la reproducción (Parkin 2004), se asocian de alguna manera con las probabilidades de transmisión del virus (Paternostro 2001).

Considerando que las familias tienen origen en el matrimonio, (Lévi- Strauss 1956), las entrevistas llevadas a cabo en Cartagena sugirieron que se dan con mayor frecuencia las uniones de hecho, aún cuando el matrimonio es concebido por la gran mayoría como tal, si se ha realizado una ceremonia religiosa previa. Estas uniones, sin embargo, tienen la característica de ser temporales y sucesivas, e incluso en algunos casos poligínicas, a pesar de los procesos coloniales que velaron por el establecimiento de una familia monogámica como modelo a seguir.

De las 13 mujeres entrevistadas, 10 han convivido con un hombre alguna vez, 3 no han tenido ningún tipo de unión y solamente 4 se han casado en el marco de una ceremonia religiosa cristiana. Siguiendo esta línea de ideas, a pesar de que el matrimonio se establece como forma de unión dentro de un grupo limitado, su alta valoración se hace evidente en la mayoría de grupos sociales, como un valor proveniente del grupo minoritario blanco en contraposición con los otros grupos (Gutiérrez de Pineda 1975). Desde la época de la colonia, se ha documentado que si bien se han intentado mantener primero las castas, y después las clases sociales por medio de las diferenciaciones raciales, la mezcla racial se ha establecido como una forma de “blanqueamiento” (Gutiérrez de Pineda 1975; Streicker 1995; Gutiérrez de Pineda y Pineda Giraldo 1999).

Actualmente se observa que la gente local establece una diferencia geográfica y racial entre *los barrios de blancos* (Bocagrande, Castillo Grande, San Diego y El Cabrero) y *los barrios de negros* que corresponden a los sectores más pobres de la ciudad y que se ubican

alrededor de la Ciénaga de la Virgen y en el pie de La Popa. Así lo dice una de las mujeres entrevistadas:

“Estas son las dos Cartagenas: Cartagena Centro, Bocagrande y Castillo Grande, El Laguito. Esa es una Cartagena y del Centro hacia abajo, que es otra Cartagena que son los Barrios, es una cosa impresionante que haya tanto barrio de estrato 1, 2” (Entrevista 11B)

Dentro de las formas de uniones, la que se identificó como la más común entre las mujeres fue la de uniones sucesivas con parejas diferentes con una duración de tiempo limitado. De las 10 mujeres que manifestaron haber estado unidas alguna vez en su vida, 6 han tenido una historia de monogamia serial, y han tenido entre 2 y 3 parejas con las que han cohabitado una después de la otra. No es inusual que las mujeres tengan varios hijos de diferente padre, poniéndolas a ellas como la figura estable durante el crecimiento de los niños y de las niñas (Gutiérrez de Pineda 1975). Con respecto a los hombres, se identificó que en las historias de vida, la mayoría de mujeres relataron episodios en los cuales ellas estaban al tanto de que su pareja tenía otras mujeres aparte de ellas. Esto se hizo evidente en 11 de las 13 entrevistas, incluyendo a una de las mujeres que no había tenido ninguna unión marital, pero que admite saber que su pareja sexual tenía relaciones ocasionales con otras mujeres.

Gutiérrez de Pineda (1975) identificó en la región de la Costa Caribe Colombiana, formas poligínicas en la organización familiar, que pueden darse de forma compacta- el hombre y las coesposas conviven en una sola unidad habitacional- o en forma dispersa- en la cual cada una de las coesposas viven en una unidad habitacional diferente. En la medida en la que la influencia occidental urbana va calando entre las estructuras familiares, cada vez es menos común observar un grupo familiar poligínico compacto. Hoy en día se pueden observar aún grupos familiares polígínicos dispersos, como en el caso de dos de las mujeres entrevistadas. Una de ellas explica lo siguiente: “Vivía conmigo y vivía con ella. Dormía con ella, y a veces dormía conmigo. O sea, vivía con las dos.” (Entrevista 3A).

Si bien no existen reglas sobre cuál de las mujeres es más valorada por el hombre, por lo general una de ellas se constituye como “*la principal*”, “la otra mujer” se convierte a ojos de la sociedad en “*la sucursal*”. El hombre sin embargo puede continuar con relaciones sexuales y afectivas esporádicas o permanentes, por fuera de estas uniones:

“Él antes de tenerla a ella sí [tenía otras mujeres] porque él siempre fue mujeriego. Andaba con la una y con la otra. Aunque él decía que se cuidaba. Cuando andaba con ella, pues andaba solo con ella porque él se enamoró de ella. Pero sí... Según ella, tenía relaciones con otras mujeres también”
(Entrevista 7)

Siguiendo esta línea de ideas, la lucha entre coesposas se da con bastante frecuencia y se hace evidente en que la mujer intenta llegar a la monogamia, ideal heredado doblemente del modelo de familia hispánica (Gutiérrez de Pineda y Pineda Giraldo 1999) y de la moderna (Giddens 1989, 2000; Burin 1998a), liberando al hombre de sus obligaciones económicas y sociales en algunos casos (Gutiérrez de Pineda 1975). Así dice responderle a su pareja una de las mujeres entrevistadas cuando la ruptura es inminente:

“Si tú quieres darle a tu hijo, dale a tu hijo, sino... así como tú quieres a □□□□ [nombre de la primera hija], yo he querido a □□□□ [nombre del segundo hijo] y para mí no es problema. ¿Por qué? Porque yo tengo dos manos. Porque a mí ningún hombre me va a humillar, tú no me vas a humillar a mí por la alimentación de un pelao” (Entrevista 6A).

En otros casos, las mujeres utilizan el argumento de la fidelidad como una forma de prevenir las ITS, ante la evidencia de la multiplicidad de parejas de su hombre. Este intento resulta inútil en bastantes casos, por lo que la mujer acepta finalmente la situación, a pesar de que cada vez más hombres reconocen la fidelidad como forma para protegerse ante las ITS (Viveros 2001).

Sin embargo, al entrevistar a las dos mujeres que tuvieron a un marido en común, ambas se representan a sí mismas como la esposa principal, y el hecho de tener múltiples parejas sexuales por parte de su esposo como signo de virilidad (Gutiérrez de Pineda 1975) justifica que éste se entregue en igual proporción aquellas, sin tener una mayor importancia sobre las otras. En otros casos, si bien no hay reglas evidentes que permitan establecer la diferenciación entre las parejas del hombre, podemos ver que se construyen ciertos argumentos en cuanto al orden cronológico en el cual se establecieron las uniones. Esto evidencia que aún cuando la mayoría de mujeres acepta el hecho de que su pareja tenga otras relaciones aparte de ella, se crea una tensión entre las expectativas y la realidad: “Él era primero marido mío, y ella se metió en la mitad y entonces ella fue la que me desbarató el hogar” (Entrevista 3B).

Esto tiene como consecuencia que el hombre limite al máximo sus obligaciones económicas y emocionales, lo que resulta útil dentro de un sistema en el cual las uniones se mantienen paralelas o por un periodo de tiempo limitado (Gutiérrez de Pineda 1975). Por ejemplo, en el caso de dos mujeres entrevistadas, ambas convivían con el mismo hombre en unidades habitacionales diferentes. Éste dependía de las atenciones de las dos mujeres en cuanto a los oficios del hogar y el aseo de sus ropas, así como su alimentación. No obstante, las dos se esforzaban en cuanto a sus labores domésticas con el fin de que él estuviera la mayor parte del tiempo con una sola de ellas, asumiendo todos los gastos que generaban los hijos, con el argumento de que si una mujer cumple con sus obligaciones como ama de casa, el hombre no tiene por qué buscar otra pareja (Entrevistas 2 y 3)

En este contexto, la estructura familiar observada, en la que aún se refleja una economía familiar tal como la que existió en la Colonia (Rodríguez 2004), permanece funcional en algunos casos, pero refleja una gran inestabilidad económica por la mayor parte de mujeres entrevistadas. Cartagena ha sufrido una serie de cambios abruptos en un periodo de 30 años aproximadamente, en los cuales el dinero proveniente del narcotráfico, de una complejo petroquímico y del turismo internacional trajo consigo la construcción de

edificios lujosos y grandes cadenas de hoteles que contrastan con los barrios más pobres, en los cuales abunda el desempleo y los bajos salarios, lo cual paulatinamente ha obligado a las mujeres a entrar en el mundo laboral (Streicker 1995).

En el grupo de las mujeres entrevistadas, 4 no trabajan y 6 han trabajado en casas de familia haciendo el aseo, lavando y planchando ropa o en una *chaza* (pequeño puesto en la calle en el cual venden dulces y cigarrillos), vendiendo *fritos* (arepas con huevo, carimañolas, buñuelos etc, cuyas instalaciones se ubican en la calle) o vendiendo hielo. Sus compañeros se dedican también a oficios que no ofrecen ninguna estabilidad económica y que responden a las necesidades del día a día, lo cual los condiciona a una orientación temporal. Entre las ocupaciones de ellos se encuentran la albañilería, panadería, transporte y venta de frutas, venta ambulante de productos, fabricación y venta de sandalias y *sparring* (cobrador en buses). Para estas actividades, o bien les pagan el día o ganan dinero de acuerdo con lo que logren vender. La inestabilidad económica obliga al hombre a buscar permanentemente un apoyo en diferentes mujeres y en los hogares de ellas. En algunos casos se observó que las migraciones empujan a los hombres a la movilidad horizontal y por tanto los llevan a la constitución diferentes familias (Gutiérrez de Pineda 1975). Como narra una mujer VIH positiva, el hombre que la infectó vivía con ella por la duración de días y partía sin ella saber si tenía otras células conformadas. Al cabo de un tiempo regresaba, poniendo en evidencia que un “otro” desconocido no es tan fácilmente aceptado:

Yo me fui a trabajar al mercado de Bazurto, descargando plátanos de los camiones. Bueno, ahí, descargando plátanos y todo eso, duré cuatro años trabajando ahí. Conocí un muchacho, un señor, él ya era un señor! Conocí un señor que él traía plátanos de por allá de Apartadó y todo eso. Que enamorados, enamorados, enamorados, bueno! Y nos cuadramos, como se dice. Bueno, él iba a mi casa y todo eso, eso sí nunca vivimos. Y él se iba, duraba quince días, ocho días, diez días, volvía, me traía mis cosas, me traía mi plata (...) Comerciante, que viajaba, digo yo que tuvo que ser que él en un rebusque, se infectó (Entrevista 6A).

Cada vez con mayor frecuencia, los procesos sociales y económicos del mundo moderno llevan a las mujeres a trabajar también (Giddens 1989; 2000; Burin 1998a), y en algunos casos a migrar (Haram 2001) lo cual refuerza la utilidad de establecer uniones temporales. Es el caso de una de las mujeres entrevistadas, que migra a Venezuela en búsqueda de un trabajo remunerado económicamente y deja a su hija en Cartagena. En efecto, estando en Venezuela establece una nueva unión con perspectivas de formar una nueva familia. Además, varias mujeres manifestaron su deseo de trabajar y contribuir al ingreso hogareño como una forma de posibilitar un mejor bienestar para su núcleo familiar: “Espero un hombre que me ayude, que los dos trabajemos hasta que tengamos una familia” (Entrevista 8).

Una de las características funcionales más relevantes de este sistema se puso en evidencia al observar que el soporte social está dado por la mujer y sus redes de apoyo. La unidad habitacional, constituida muchas veces por la familia extensa, se vuelve fuente de soporte económico, social y emocional a través de las redes de mujeres. No es extraño que la hermana mayor, la tía o la abuela, asuman las funciones maternas y ayuden con la crianza de los hijos a las otras mujeres del grupo familiar (Gutiérrez de Pineda 1975):

“Y entonces mi mamá, ella siempre cuidándome a mis hijos, cuando ella no tenía, tenía yo y cuando yo no tenía, tenía ella, y así.” (Entrevista 6A).

De este modo, los derechos naturales y culturales más valederos (Gutiérrez de Pineda 1975) que se desprenden del parentesco se detentan a través de la madre, estableciendo una forma de matrilineaje, definido como el trazo de este tipo de relaciones a través de los lazos femeninos (Parkin 2004).

En cuanto a la forma en la cual se estructuran las uniones, el hombre es el que inicia el romance y la mujer acepta según las normas sociales locales lo que ha sido también descrito en algunas zonas de África (Harrison et al. 2001). La historia marital de las

mujeres entrevistadas entre 30 y 55 años, se inicia con relaciones sexuales esporádicas que llevan o bien a un embarazo o a la aceptación de la condición de marido del hombre, quien asume las responsabilidades cubriendo sus propios gastos, en cuanto a su alimentación y sus ropas y poco a poco consiguiendo electrodomésticos de uso familiar. En general, para estas mujeres el romance, las relaciones sexuales, la unión y en varios casos el embarazo suceden casi al tiempo, sin que necesariamente medie el amor.

“Y que cuando yo tuve relaciones con él, yo las tuve y todo, pero una cosa así de que, uno está enamorado y todo, eso no. Y ya tenía que quedarme con él. Ya me tocaba quedarme con él. Porque ajá, cómo ya yo iba a decir en mi casa de que con tres días de estar acá y que ya había dicho en mi casa de que yo me había quedado con él. Tenía que quedarme con él. No era una cosa así de que yo me moría por él. No era que sentía ese enamoramiento. O sea, sí me atraía y todo eso pero no tenía ese enamoramiento así” (Entrevista 6B)

Una vez reconocida como tal, la nueva pareja se asienta en la casa de la familia de ella o de él. La unión comienza a consolidarse cuando compran utensilios propios como cama, utilería cocina, plancha, radio y cocineta (Gutiérrez de Pineda 1975). La compra de éstos representa el interés por parte del hombre en establecer una unión relativamente duradera. Una de las mujeres entrevistadas dice lo siguiente con respecto a la separación de su pareja y los esfuerzos de ésta para que ella volviera:

“Después él volvió, volvieron los detalles empezó a conquistar nuevamente. Mi tía, quien también me ayudó a criar, una señora bastante mayor, de más de noventa años ella me decía, hija, para que usted se encuentre con él por ahí, que le compre sus cosas y váyase a vivir con él porque así no la quiero estar... para que tenga sus hijos con él y más adelante que no anden de esquina en esquina que eso se ve muy feo. Y así lo hizo él, volvió a comprar la cama nuevamente, la estufa y me vine a vivir con él. (Entrevista 1)

No obstante, el hombre puede interesarse por otras mujeres y comienza otras relaciones. La primera mujer intenta luchar por el afecto de su marido y finalmente la unión puede disolverse, (la mujer acepta la ruptura como hecho irremediable) o seguir (poliginia semiencubierta). Este tipo de uniones sucesivas o poligínicas responden, por un lado, a la necesidad que el hombre establece con respecto a las mujeres y a sus familias con el fin de mantener varios hogares (Gutiérrez de Pineda 1975). Dentro del grupo de las mujeres entrevistadas, se encontró un caso en el momento en que un hombre que vivía con dos mujeres, cae enfermo, las madres de las dos mujeres se encargan de llevarlo al médico y de atenderlo en cuanto a su alimentación (Entrevistas 2, 3A y 3B).

Por otro lado, las mujeres establecen varias uniones sucesivas y separadas entre sí por periodos muy cortos, de manera que los hombres la apoyen económica, social y emocionalmente de forma temporal. Por ejemplo, en 5 casos, se observó que el marido de turno asumió la paternidad de los hijos que la mujer había tenido anteriormente con otros hombres, en términos sociales y económicos:

“Bueno, yo vivía con él. Vivíamos en Olaya. Y (...) nosotros ahí vivíamos bien, sin problemas de nada. Vivíamos allá. Él me cogió la niña y me la crió, me le dio los apellidos de él a la niña. Porque el verdadero papá de la niña nunca le dio los apellidos. El señor con quien me comprometí yo por segunda vez sí. Él fue el que me le dio los apellidos a la niña, y bueno me le dio el ser que la niña quería porque yo viví con él once años. Y la niña estaba grandota y le decía papi a él y todo. Y ella se la llevaba bien con él y tuve dos niños más con él.”
(Entrevista 2).

Con respecto a las mujeres más jóvenes (entre 20 y 30 años), se reveló que en estos casos no necesariamente los tiempos del romance, las relaciones sexuales, la unión y el embarazo correspondían. En efecto, durante el siglo XX se institucionaliza la figura del noviazgo en razón de la larga duración de la educación formal y se estimula en consecuencia, la postergación del matrimonio (Rodríguez 2004). Esto evidencia que la estructura familiar,

antes basada en la unidad económica se está transformando para basarse poco a poco en una unidad afectiva, y que los hijos, antes concebidos como una forma de contribución a las tareas económicas, comienzan a representarse ahora de manera opuesta, como una decisión que implica una carga financiera y emocional importante (Giddens 1989):

“Tengo un novio que ha sido mi único novio... Y nos conocimos hace 13 años y hace 12 que somos novios (...) Yo quiero casarme con él, pero no hay economía” (Entrevista 9).

Los cambios que se están dando están marcados por transformaciones en el plano subjetivo y desde la misma concepción de lo que significa ser hombre y ser mujer en la población estudiada. Se ha sugerido que los estudios de parentesco y de género deben ser unificados, con el fin de que den cuenta de los procesos en los cuales se llenan de significado las categorías de hombre, de mujer y de reproducción humana (Yanagisako y Collier 2004).

4. El significado de los roles de género

El género es considerado una representación social en la medida en que constituye una categoría simbólica construida socialmente a partir de una realidad determinada (las diferencias entre los sexos biológicos) y que es mediada por la experiencia, las informaciones, los conocimientos y los modelos que se transmiten gracias a la tradición, la educación y la comunicación (Jodelet 1991). En este sentido, la construcción simbólica que la sociedad lleva a cabo, consiste en asignar ciertos roles a cada género que son percibidos por los miembros de ésta como naturales y que determinan las relaciones sociales entre los diferentes sexos (Scott 1996).

De este modo, el género hace parte de la identidad de las personas y se interioriza gracias a un proceso de socialización en el cual se incorporan las pautas de configuración psíquica y social (Camps 1998; Burin 1998a) y se lleva a cabo en dos tiempos: Primero, durante la etapa infantil en la cual se aceptan los roles de otros y se aprehenden ciertos valores y normas, y en segundo lugar, se interiorizan las instituciones sociales tales como la división

del trabajo, la distribución social de los conocimientos y la estratificación de clases (Camps 1998).

Es necesario aclarar que la misma noción de género es la que establece la oposición binaria entre hombre y mujer y por lo tanto su utilidad radica en su condición como categoría de análisis, pero no es una noción que está dada *per se*. En este sentido, ésta causa cierta confusión en tanto que no se ha encontrado una forma de realidad social que no esté basada en la oposición binaria entre el hombre y la mujer. En estos términos, las nociones de los anteriores que se consideran opuestas, aparecen como dadas naturalmente (Haraway 1991) y por lo tanto los atributos que se asignan a cada sexo parecen ser invariables (Scott 1996). Sin embargo, el género aparece como una categoría que se desprende lógicamente a partir tres dicotomías propias de la cultura occidental, -a saber: naturaleza-cultura, doméstico-público y reproducción- producción- y que resultan muy poderosas a nivel simbólico (Yanagisako y Collier 2004).

En este contexto, Gilligan (1985) propuso que el desarrollo moral estaba estrechamente ligado al género, de manera que las mujeres se identifican con el cuidado de los otros y los hombres con la justicia. Siguiendo esta línea de ideas, los diferentes tipos de familia promueven diferentes clases de cogniciones (Bugental y Johnston 2000), entre las cuales se incluye el género (Haraway 1991), que varían de acuerdo con los símbolos disponibles culturalmente (Scott 1996) y que se reflejan en lo que se ha denominado roles de género (*gender roles*³). La intención inicial al introducir esta expresión fue la de describir el conjunto de conductas atribuidas a los hombres y a las mujeres (Burin 1998b) con relación a la organización de las relaciones sociales y de las prácticas, la estructura de la identidad individual y la producción de la subjetividad (Haraway 1991).

³ La expresión identidad de género fue introducida por Stoller en 1963 enmarcada dentro de la distinción biología y cultura, en la cual la primera definía el sexo por su relación con las hormonas, los genes, el sistema nervioso y la morfología; Y la segunda, se refería al género y se relacionaba con la psicología y la sociología (Haraway 1991).

En este sentido, tradicionalmente se han construido dos grandes rasgos que son opuestos y que se desarrollan diferencialmente en calidad y cantidad gracias a los procesos familiares de socialización: Por un lado, la agencia (*agency*) que se ha asociado con el género masculino, se ha relacionado con la salud mental. Por otro lado, la comunión (*communion*) se ha asociado con el género femenino y con la satisfacción en las relaciones (Helgeson 1994). La agencia determina la autoprotección, la aserción, la expansión, el control y la separación (Helgeson 1994) y se asocia con la autonomía, la independencia y el individualismo y el individuo está sujeto a la propia ley (Kagitçibasi 1996). La comunión determina la participación, la cooperación, el apego, las conexiones y las uniones (Helgeson 1994) y está asociada con la heteronomía, el colectivismo y el individuo está sujeto a la ley del otro.

No obstante, estas dos facetas se constituyen como necesidades humanas básicas y coexisten en una sola persona, independientemente de su género. Además, se manifiestan de forma diferente de acuerdo con los distintos grupos y situaciones. Según lo anterior se hace evidente la fuerte influencia que han tenido las ciencias sociales a raíz de la valoración que ha otorgado el mundo occidental a la autonomía como sinónimo de separación, que se asocia con la esfera de lo masculino, a costas de la vinculación humana y su asociación con lo femenino (Kagitçibasi 1996).

En este contexto, se han documentado ampliamente los casos en los cuales las mujeres son vulnerables a la infección por VIH, dadas las condiciones sociales en las que se desarrolla su subjetividad y que propician la subordinación de las mismas frente a los hombres (Gupta 2000; Moyer 2003; Harrison et al. 2001; Hoosen y Collins 2004; Lam et al. 2004; ONUSIDA 2004). Sin embargo, el concepto de agencia y su paulatina aceptación como un rasgo encontrado también en las mujeres, ha permitido identificar casos en las que éstas utilizan las circunstancias a su favor de acuerdo con sus intereses individuales (Susser y Stein 2000).

Ahora bien, a pesar de que la agencia y la comunión permiten enmarcar el género en términos opuestos que son útiles en un nivel conceptual, no dan cuenta necesariamente de los significados de los conceptos de hombre y de mujer, que sólo se llenan de sentido en un lugar y en un tiempo determinados (Scott 1996). Por si mismas, estas nociones no tienen un significado último y trascendental, y tienen fluidez pues aunque parecen fijas, contienen definiciones alternativas, negadas y suprimidas. De este modo, la definición de género que hemos tomado corresponde a la que propuso Joan Wallach Scott (1996) y dice lo siguiente:

“Gender is a constitutive element of social relationships based on perceived differences between the sexes and gender is a primary way of signifying relationships of power” [Género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basado en las diferencias percibidas entre los sexos y género es una forma primaria de significar relaciones de poder] (Scott 1996: 167).

Esta definición incluye cuatro características que se interrelacionan:

- (a) Símbolos disponibles culturalmente que se asocian con las diferencias percibidas entre los sexos según la cultura y que pueden ser contradictorios o disonantes.
- (b) Conceptos normativos que le ponen límites a las probabilidades metafóricas.
- (c) Instituciones y organizaciones políticas y sociales.
- (d) Identidad subjetiva.

Los anteriores rasgos deberán ser tenidos en cuenta para la comprensión de la construcción de los roles de género en el grupo de las mujeres entrevistadas.

5. Roles de género en Cartagena: Funcionalidad de la familia poligínica y de las uniones sucesivas

En el contexto de las mujeres entrevistadas en Cartagena, se encontró que al hablar de las mujeres, necesariamente se hablaba de los hombres. Es decir, se encuentra una dicotomía entre lo que significa ser hombre y ser mujer y los roles que cumple el uno, no lo cumple el

otro, pero sí lo define por oposición. En esencia, las funciones correlativas de la mujer aumentan de acuerdo con la exoneración por parte del hombre de las mismas. De este modo, la figura materna es estable y el apoyo económico, emocional y social se construye en función de ésta (Gutiérrez de Pineda 1975). La figura paterna, en contraste, para 9 de las 13 mujeres entrevistadas es transitiva y difusa, teniendo en cuenta que las madres de estas mujeres tuvieron, al igual que ellas, uniones sucesivas temporales y por tanto una figura paterna de igual condición:

Entrevistada 1: Él siempre fue muy afectivo. Pero cuando mi mamá murió, las cosas cambiaron. Él empezó a preocuparse por los hijos que tenía cerca y los que estábamos lejos, de igual forma, gracias a Dios nos defendimos como pudimos. Cómo éramos un grupo de 13 hermanos, los mayores se dedicaron a cuidar a los menores. Y así nos repartimos y a mí me tocó venirme para la ciudad de Cartagena. Claro está que eso estaba destinado desde antes de que mi mamá muriera. Que yo venía a estudiar acá. Y mi hermana mayor vive acá. Y ella me trajo.

Investigadora: ¿Tú eres de las menores en la familia, o de las mayores?

E1: Soy la novena.

I: ¿Y cuantos hermanos tienes?

E1: Somos trece. Pero tengo 20 hermanos. Son hijos de mi papá con otras mujeres. Cuando se casó con mi mamá tenía dos hijos y después viviendo con mi mamá, tuvo otros hijos más. Con dos mujeres más.

I: ¿Y cuál era la actitud de tu mamá frente a eso?

E1: Ella era muy sumisa (Entrevista 1)

En primer lugar, la imagen ideal que la mujer quiere proyectar en este tipo de culturas, está fuertemente influenciada por la representación de que una mujer no llega su plenitud adulta sino hasta cuando es madre (Prior 1997). En este sentido, se identifica el complejo costero-fluvial como la zona colombiana en donde proporcionalmente, entran más mujeres a la maternidad (Profamilia 2005), “no importa la modalidad familiar que deban conformar para

lograrlo” (Gutiérrez de Pineda 1975: 298). La maternidad canaliza las tareas domésticas y el cuidado de los niños hacia las mujeres y por tanto rara vez se observa a un hombre interactuando con un niño o una niña. De esta forma los roles y valores asociados, se construyen alrededor de la comunión, la generosidad, el desinterés y la ayuda que pueda darle a otros. Frecuentemente, las mujeres VIH positivas entrevistadas manifestaron que su deber era cuidar de su pareja cuando caía enferma e incluso las otras mujeres de su familia asumen esta tarea también:

“Y como a los 15 días de él haber estado con ella [tenido relaciones sexuales con una mujer del mercado], comenzó a rabiarse de que pa’ orinar le ardía, y él lloraba y mandó a buscar a mi mamá y después habló con mi mamá porque él nunca habló conmigo. Sino con mi mamá. Y él habló con mi mamá, y mi mamá le dijo que si él había tenido algo por su parte y él le dijo que sí. Y mi mamá lo llevó al médico y todo eso.” (Entrevista 2)

Las mujeres entrevistadas manifestaron valorar a las mujeres que se caracterizaban por ser tímidas, recatadas, discretas, respetuosas y calladas, ideal de mujer que corresponde al promovido en la época de la República en nuestro país (Rodríguez 2004) y por la modernidad europea (Badinter 1981; Giddens 2000): “Si este hombre me gusta, me estoy con él hasta los últimos días o hasta que sufra y así fue” (Entrevista 3).

Lo anterior contrasta con otro tipo de mujeres que se caracterizan por ser más independientes. Por esta razón, permanentemente se hace referencia a la oposición entre *las mujeres de la casa* y *las mujeres de la calle* (Streicker 1995). Se ha propuesto que cruzar los límites físicos muchas veces se pueden equiparar con cruzar los límites morales (Haram 2001) de forma que, en este caso, las primeras son las mujeres que permanecen dentro de la casa cumpliendo con las funciones que le han sido asignadas tradicionalmente. La puerta se convierte en un lugar peligroso, pues linda con la calle y con el terreno de los hombres, con quienes es casi prohibido hablar:

“Mis amigas me llaman, ven trae a □□□□ [nombre de la ahijada], eso que da uno la vuelta a la placita. Vente. Si □□□□ va a mi casa a comer alguna cosa, yo la mando con alguno de mis primos, porque yo no salgo a la puerta, no pueden decir que me vieron en la puerta, no sé en qué parte, con nosequiensito hablando" (Entrevista 9)

Sin embargo, la inminencia de las rupturas y de las nuevas integraciones hace que las uniones sucesivas sean funcionales para los objetivos de los hombres, pero a la vez ponen en peligro su signo de virilidad, que se basa en su capacidad para conquistar físicamente a muchas mujeres. (Gutiérrez de Pineda 1975; Haram 2001). La representación de la masculinidad en función de la carencia del hombre de limitaciones sexuales hace que se asuma que siempre está buscando establecer una nueva conquista (Campbell 1995; Oriol 2005). Esto último, sumado con el hecho de que las mujeres se caracterizan por deber esperar los avances del hombre, obligan a que los hombres se esfuercen en controlar a las mujeres, asegurándose que permanezcan la mayor parte del tiempo en la esfera de lo privado- la casa- (Streicker 1995), de manera que no hablen con otros hombres. La mujer respetable así, no debe rebasar los límites del hogar, de acuerdo con lo descrito en numerosos contextos latinoamericanos (Denmark et al., 2000). De esta forma, dado que el grupo social tiene una orientación temporal, en la que las uniones sucesivas no tienen un comienzo o un final muy claro, el hecho de hablar con un hombre se interpreta como una actividad que linda con lo sexual y constituye la trasgresión de una norma, teniendo en cuenta que los límites corporales se suelen extrapolar a los espacios cotidianos, construyendo así lo que se ha denominado cuerpo social (Scheper Hughes y Locke 1987; Haram 2001).

Duramos un año y pico. Al año y pico vinieron los problemas, con que tú esto, que lo otro, con que salía con que no salía. Con que yo no estaba embarazada de él sino de quien sabe quién. Hay hombres así. Hay hombres machistas. Si a mi me hablaba alguno, ya era marido mío. Él siempre venía con el mismo cuento. Que me dijeron que estaba hablando con no sé quien. ¡Es que yo no lo

tengo aquí, en la frente! ¡Yo lo tengo acá abajo! Y a mí para que un hombre me coma, tengo que abrirle las patas. Y eso es lo que... porque si tú me comes, tengo que abrirte. Yo no tengo ningún papel firmado contigo. Y a mí un pelao no es lo que lo que va a venir a que aguantarme un hombre tan machista como tú. No. Entonces que ese pelao no es mío, si este pelao no fuera hijo tuyo, no tenía porqué decirte que este pelao es hijo tuyo, sino buscarle a su papá (...) Según pa' ti yo soy una puta porque yo ya no puedo hablar con nadie. ¿Porque yo ya me voy a qué? A acostar con él, será. (Entrevista 6)

La conquista y el control físicos por parte del hombre sobre la mujer, y los comportamientos de ésta que se interpretan como trasgresiones, se prestan para someterla abusos físicos, verbales y sexuales a manos de su compañero. En este sentido, las relaciones de pareja son entendidas por parte de las mujeres como un deber ser en el que se idealizan los roles de cada género, los cuales chocan con la realidad (Barreto y Puyana 1996): “Él se volvió un hombre pegador y abusivo. Durante mucho tiempo toleré eso porque ya no podía volver a la casa” (Entrevista 1).

De esta forma, el tipo de familia que se constituye en el grupo social de las mujeres entrevistadas, se denominaría tradicional (Giddens 1989), cuya característica es una dependencia emocional y material de sus miembros (Kagitçibasi 1996). Las mujeres entrevistadas manifiestan que a menudo le da miedo poner en peligro la relación (Hoosen y Collins 2004; Watson y Bell 2005). Es el caso de una de las mujeres entrevistadas, quien relata que decide irse a vivir con un hombre que abusa física, sexual y verbalmente de ella, pero que manifiesta que si ella decidía irse, él ya no iba a encargarse de la hija que tenían en común y tampoco de ella misma:

“Cuando un hombre se va, la que pierde es uno. Porque el hombre no pierde nada. Porque lo único que él tiene que pagar es lavar la ropa y ya. Porque a la final, uno va a sufrir más que él” (Entrevista 3)

De esta manera nos encontramos frente a un panorama en el cual la funcionalidad del establecimiento de las relaciones entre géneros no permite que las mujeres puedan hallar una solución a su inconformidad ante las circunstancias pues es el hombre quien trae dinero, estatus y seguridad y por lo tanto la mujer depende de él (Hoosen y Collins 2004). Adicionalmente, las mujeres frecuentemente se encuentran consecuentemente, en encrucijadas en cuanto a las expectativas de su rol de género como mujer tradicional y frente a las exigencias de la vida en los tiempos actuales, particularmente en referencia a las relaciones de género enmarcadas dentro de la idea de amor romántico.

ENREDOS AMOROSOS Y PLACERES INCORPORADOS: LA SEXUALIDAD Y EL CUERPO SEXUAL.

1. Encrucijadas amorosas

Durante las últimas décadas las ciencias naturales y humanas han invertido grandes esfuerzos intentando explicar lo que sucede cuando los seres humanos se enamoran. En investigaciones recientes, la biología, la psicología evolutiva, la psiquiatría y otras disciplinas, han propuesto que el amor se puede rastrear siguiendo ciertos caminos cerebrales, neuronales y químicos que producen inicialmente una atracción sexual -amor pasional- y poco a poco vínculos a largo plazo (Slater 2006). Sin embargo, si bien la descripción física de lo que sucede en el cuerpo humano ha resultado ser precisa, aún nos podemos cuestionar sobre qué es específicamente lo que detona esas emociones.

A manera de respuesta, se ha propuesto que las emociones son moldeadas de acuerdo con las normas que regulan las relaciones sociales, a través de la experiencia (Scheper- Hughes y Lock 1987). La interacción entre los sistemas de significación que articulan dichas normas permite la construcción de significados en esta última:

“Without meaning, there is no experience; without processes of signification, there is no meaning” [Sin significado, no hay experiencia; sin procesos de significación, no hay significado, traducción libre.] (Scott 1996: 163).

De este modo, se podría afirmar que las emociones y las expresiones físicas de estas, son moldeadas por los procesos culturales y por tanto, no constituyen estados presociales (Shilling 1993).

Siguiendo esta línea de ideas, las emociones y las disposiciones sentimentales⁴, esculpidas por los significados culturales, actúan como orientaciones cognitivas (Scheper- Hughes y Lock 1987), es decir, nos guían dentro de las circunstancias para ajustarnos a ellas. Así, cada cultura genera una idea propia de amor (Heller 1985), frente a las producciones físicas del cuerpo humano, transformando el afecto sexual inicial en una representación (Paz 1993). En este sentido, podemos afirmar que el amor romántico como idea, resulta ser consecuencia de ciertos procesos particulares de las culturas occidentales modernas (Giddens 2000). No obstante, ante un orden global en donde todo circula (Sontag 1989), y en el que los significados, procesos e identidades sexuales son moldeados frente a los flujos globales de gente, capital e información (Gamson y Moon 2004), las mujeres cartageneras se han encontrado en una encrucijada entre las exigencias del amor romántico y entre la forma en la cual se establecen las relaciones maritales. Con respecto a este tema, se pudieron observar diferencias generacionales notables, como se ha sugerido en otras comunidades latinoamericanas (Hirsch et. al 2002). Por una parte, para las mujeres jóvenes, quienes han incorporado algunos de los elementos claves del amor romántico a su sistema representaciones, las uniones sucesivas y poligínicas entran en conflicto con el tipo de familia monogámica, nuclear y duradera en el tiempo, característica del amor romántico, creando así brechas entre los escenarios idealizados y la realidad (Harrison et al 2001). Dos de las mujeres entrevistadas relatan sus expectativas en cuanto al futuro de su relación amorosa actual:

“Yo espero casarme con él, formar un hogar, tener tres hijos (...) dos niñas y un niño y que estemos juntos hasta viejitos” (Entrevista 8)

“Tenemos muchos proyectos (...) casarnos, tener hijos. Él dice que yo soy la mujer de su vida, que voy a ser la mamá de sus hijos, que como yo no hay ninguna, que esto, que lo otro... muchas cosas” (Entrevista 9)

⁴ Las disposiciones sentimentales están definidas por su prolongada duración de tiempo (Heller 1985).

De igual manera, dentro del marco del amor romántico, se promueve un hogar en el cual el lazo matrimonial se desliga de otros lazos de parentesco y en el que marido y esposa emprenden un compromiso emocional mutuo, lo que no resulta funcional en el contexto de las mujeres entrevistadas, dada la importancia de la familia extensa y del establecimiento de redes de apoyo a través de las figuras femeninas.

Por otra parte, para las mujeres más mayores, el romance, la relación sexual y los embarazos suceden todos en un mismo hecho, lo que es antagónico con la idea de una relación duradera en el tiempo y de un profundo conocimiento de sí mismo y del otro en el marco de la misma, porque aquel sucede por periodos limitados y unos tras otros. Estas mujeres no se refieren en términos de “amor” a sus relaciones maritales, e incluso una de ellas afirma que nunca se ha enamorado. Para este grupo de mujeres, “enamorar” es una acción que realizan los hombres como parte de su rol de género:

Entrevistada 3B: No, yo no me enamoré del él. Él fue el que se enamoró de mí. Yo me fui con él porque, ajá, ya él me llevó y yo quedé en embarazo, ya iba a tener una hija con él (...)

Investigadora: ¿Tú has estado enamorada alguna vez?

E3B: Yo, no.

I: ¿Y el señor □□□□ [actual pareja]?

E3B: El señor □□□□ se enamoró de mí. Yo no comencé, porque a mí se me hacía tan bueno (Entrevista 3B).

Sin embargo, para las diferentes generaciones, las uniones sucesivas y paralelas chocan con las expectativas de las mujeres en tanto que el amor romántico es “un amor feminizado” por definición, porque el rol de la mujer consiste en doblegar los impulsos sexuales del hombre ante múltiples parejas, restringiéndolos solamente a ella misma (Giddens 2000: 50-51), lo que claramente no ocurre en las vidas de las mujeres entrevistadas, resultando en una unidad la intimidad marital y el comportamiento sexual masculino y entrando en tensión con las expectativas de una exclusividad sexual. Por lo tanto, la multiplicidad de

parejas es interpretada por las mujeres como falta de amor por parte del hombre, lo que ocasiona una gran decepción (Hirsch et. al 2002):

Siempre soñé con un hombre así, amoroso, cariñoso, paciente y desafortunadamente me encontré con algo muy distinto... en principio lo era así (...) después cuando ya me fui con él, descubrí que había alguien más que me hizo la vida bastante imposible. Al poco tiempo quedé embarazada porque nunca me cuidé, me confié, hasta en eso fui tonta, de que él se estaba cuidando (...) él seguía andando con esa otra mujer tanto es que al punto que ella iba a buscarlo allá donde vivíamos con la excusa de que ella había sido primero. Ella iba, delante mío y se lo llevaba. (Entrevista No. 1).

No obstante, el amor romántico incluye también elementos que se han asimilado exitosamente dentro de las lógicas locales. La invención del amor materno, como elemento fundamental de la familia moderna y del amor romántico⁵, opera de manera funcional en un contexto dentro del cual el rol de la mujer gira alrededor de la maternidad (Badinter 1981; Giddens 2000):

“Cuando quisimos ya tener familia, me salió el problema de la endometriosis. Me hicieron laparoscopia. Igual trabajaba entonces... pero el tratamiento de fertilidad no la cubrían ellos, la EPS. Me quedé estancada. Me diagnosticaron endometriosis y ahí quedé. Me quedé sin trabajo como puede ver, por eso le digo que lo de □□□□ [nombre de la hija de 6 meses] ahorita ha sido una bendición, porque ya con 35, pero siempre guardé la esperanza...” (Entrevista 10)

⁵ Según Elizabeth Badinter (1981), el amor materno no constituye una constante transhistórica, sino que responde a las circunstancias en las que la modernidad europea promueve el rol de la mujer como dadora del amor necesario para el buen desarrollo de los hijos, futuros ciudadanos y trabajadores para el proyecto de estado- nación.

La alta valoración de la maternidad influye también de forma determinante en el desarrollo de la sexualidad femenina dentro de la lógica contextual, pues las mujeres como dadoras de amor, deben rechazar las tentaciones sexuales. La figura de la madre se encuentra entonces en oposición al deseo sexual, de acuerdo con la ética cristiana que condena el amor carnal aún dentro del matrimonio cuando no tiene como fin la procreación (Paz 1993):

“Pero nunca dormíamos juntos. O sea, yo salí embarazada y yo más nunca tuve relaciones con él. Más nunca (...) Bueno, la verdad, es que tuvimos una relación. Nada más. Y en esa relación yo quedé embarazada, y no tuvimos más relaciones” (Entrevista 4).

La asociación entre la unión marital y la maternidad es percibida como ideal, de acuerdo con lo que relatan 3 mujeres que se encuentran entre los 30 y 55 años de edad. En este sentido, la unión constituye la institución en donde las relaciones sexuales se legitiman:

“Aquí conocí al padre de mis hijos. Tampoco tuve una relación sexual con él antes porque yo tenía el miedo de que si yo tenía una relación me tocaba comprarles el cajón a mi papá y a mi mamá porque para ellos eso era terrible” (Entrevista 13).

“Yo quise esperar por lo que te digo, por esa educación que me impusieron o que me suministraron mis padres. Uno siempre tiene la concepción de casarse de blanco por ser virgen. Pero uno, por esta sociedad, uno no espera hasta casarse, pero sí la concepción de casarse con el primer hombre que uno tiene en su vida” (Entrevista 11A).

El matrimonio, o la unión marital son entonces percibidos como un sitio seguro (Scorgie 2002), frente a los juicios morales, pero también frente a las enfermedades de transmisión sexual, aun dentro de un marco de uniones sucesivas e infidelidades recurrentes por parte de los hombres. Diez de las mujeres entrevistadas manifestaron haberle pedido a su pareja

que usara condón en algún momento con le argumento de que éste tenía relaciones sexuales con otras mujeres (Entrevistas 1, 2, 3A y 3B, 5, 6B, 7, 8, 9, 10 y 13).

Ahora bien, aunque las mujeres más jóvenes ya no consideran deshonoroso no llegar vírgenes al matrimonio, esperan un tiempo considerable antes de tener relaciones sexuales con su pareja:

Investigadora: ¿Cuanto tiempo fue desde que se cuadraron hasta que tuvieron relaciones?

E9: ¡Como 6 años! (Risas) Porque me daba miedo, no tanto por él porque yo lo quería y todo, pero simplemente por las enfermedades, y por las cosas... (Entrevista 9).

En la anterior cita vemos cómo la finalidad moral, argumentada a través de la prevención de ITS, es la conservación de la castidad hasta la llegada del amor, que le otorga una validación moral, emocional y estética al acto sexual (Warr y Pyett 1999) y por tanto la idea de romance permite que las mujeres reciban más placer en la realización de éste. En este contexto, podemos ver el caso de una mujer de aproximadamente de 40 años que dice que ella no se había enamorado sino hasta recientemente (una vez ha incorporado la idea de amor romántico) y que manifiesta que el sexo con amor cambiaba:

Investigadora: ¿Qué pasa cuando uno se enamora?

E6B: Es bonito.

I: ¿Por qué, qué sientes?

E6B: O sea, cuando uno se enamora, es bonito, aunque yo nunca me he enamorado así con... bueno, una sola vez.

I: ¿Y cuando fue eso?

E6B: No del papá de mi hija, ni del papá del hijo mío, sino ya de ahora, ahora. Bueno, hace como 10 años; yo lo conozco de hace 10 años...10, 11 años. Pero siempre... fue el único...fue el hombre que a mí me gustó, y quien hubiera

querido de que... lo hubiera conocido antes (...) Cuando uno tiene unas relaciones con un hombre que a uno le gusta son como distintas las relaciones, se siente placer, se siente uno mejor. Que con una persona que nada más le guste, o sienta atracción. No como cuando hay amor. No es que no lo quiera, sino que no se siente igual que cuando uno se enamora. Uno se emociona. Uno quiere estar con esa persona. Quiere abrazarla, quiere besarla, quiere estar con esa persona. Y le da a uno como una cosita en el estómago y uno no sabe ni qué hacer. Se le enreda a uno todo, no sabe ni qué decir (...) Son dos cosas distintas. Enamorarse y que a uno le guste nada más una persona (Entrevista 6B).

En contextos como estos, la decisión de tener relaciones sexuales por primera vez implica entonces una reacomodación de la identidad, definida por diferentes dimensiones de la experiencia de acuerdo con distintos marcos interpretativos según el género. Las mujeres entrevistadas representan el hecho de tener sexo por primera vez con un hombre como una entrega, que en otros contextos también se ha asociado con el considerarse “enamorada” (Carpenter 2001: 134): “Estaba bien enamorada cuando estábamos de novios, tuve relaciones sexuales... gracias a Dios fue la persona del resto de mi vida” (Entrevista 11A).

De acuerdo con las anteriores percepciones, la sexualidad es experimentada por parte de estas mujeres como un elemento central de la identidad humana y está moldeada por factores y normas que se construyen por medio de las relaciones que se establecen entre las personas. Por tanto, los comportamientos y las ideologías asociados con ésta se derivan de un significado otorgado a nivel intersubjetivo (Lupton 1997, 1998; Carpenter 2001; Harrison et al 2001). De este modo, dada la diversidad cultural, existe en consecuencia una gran diversidad de prácticas sexuales y por tanto una gran diversidad de sexualidades humanas que se organizan a través de la vida del individuo de acuerdo con el tiempo histórico, la cultura y el género entre otros (Daniluk 1993; Giddens 2000; Lesch y Kruger 2005). En este contexto, la sexualidad es entonces un marco interpretativo que nos permite ubicar ciertos eventos de la vida dentro del mundo social, en la medida en que la identidad

ha sido definida como un puente entre el individuo y la sociedad (Carpenter 2001). De esta forma, el amor romántico como ideal opera de forma funcional en el marco de la sexualidad femenina.

2. Mujer respetable o mujer deseable

Retomando la idea con la que iniciamos este capítulo, resulta pertinente preguntarnos también cómo se experimenta la sexualidad femenina enmarcada dentro de un contexto cultural, que define no solamente el tipo de emociones relacionadas con ésta, sino también las sensaciones producidas por las funciones del cuerpo y sus significados (Harrison et al. 2001). Esto, de acuerdo con los patrones emocionales que enmarcan las interpretaciones de las sensaciones corporales que se encuentran en el grupo social (Lupton 1998) de las mujeres entrevistadas. En referencia a esta característica del cuerpo, Mary Douglas (1969) dice que una experiencia corporal y emocional es una experiencia social y cultural, en tanto que el cuerpo se convierte en el lugar y la manera por medio del cual se expresan los códigos de comportamiento (Shilling 1993). De este modo, la existencia del cuerpo es lo que posibilita la capacidad de los individuos de sentir y de actuar y es precisamente en donde las sensaciones y emociones, entendidas como el catalizador que le otorga intensidad a la acción humana (Scheper Hughes y Locke 1987), ésta última resulta observable (Lain Entralgo 1991).

La experiencia sexual de las mujeres entrevistadas dentro de su cuerpo está dada con respecto al mundo en el que son y están (Daniluk 1993). Así, se encontró que las funciones del cuerpo y experiencia incorporada (Scheper Hughes y Locke 1987) de la mujer han sido fuertemente asociadas a la tarea reproductiva, como ha sido descrito en otros contextos en donde la mujer se representa como más cercana a la naturaleza, con respecto al hombre (Haraway 1991). En Cartagena no es extraño que la gente se refiera a los hombres como “varones” y a las mujeres como “hembras”, ya que esta palabra se utiliza para designar al sexo femenino en los animales, por lo cual resulta evidente pensar en la asociación hombre-cultura, mujer- naturaleza (Jordanova 1989). El ciclo reproductivo de la mujer- menarca, embarazo, parto, lactancia y menopausia- es visto como parte esencial de la identidad

femenina de manera que la valoración en tanto que mujeres, depende frecuentemente de su estatus reproductivo (Daniluk 1993). Los siguientes pasajes ilustran cómo las mujeres entrevistadas perciben cualquier evento relacionado con su rol reproductivo como algo irregular:

“Después me puse un dispositivo. Pero me lo pusieron fue porque como yo tuve un aborto después de mi hijo porque a él le dio varicela, que me dio a mí, me fui en sangre y aborté. Y por medio de eso, me hicieron el legrado y yo duré un año sin menstruar. Entonces me tuvieron que poner un dispositivo para que pudiera menstruar” (Entrevista 7).

“Ahora cuando me viene la menstruación me duelen las piernas, a veces me coge un sueño, como con un peso en la cabeza. Entonces yo hablé con el médico y él me dijo que eso era la prenopausia. El me dijo que eso era síntoma de la prenopausia y como yo apenas, yo ya cumplí 41 años, y me dijo que si ahora los 42, 43 años te sigues sintiendo así, entonces se te manda un medicamento para que la menopausia no te vaya a atrofiar” (Entrevista 6B).

En este mismo marco, vale la pena resaltar que dos de las mujeres entrevistadas (Entrevistas 2 y 5), que han tenido una ligadura de trompas como alternativa para no concebir hijos, le llaman a este procedimiento “desconectar”:

"Cuando eso él me hablaba bien y eso... y yo..., como en mi casa me maltrataban, yo me salí del colegio, y me fui con él. Y cuando eso yo no sabía como cuidarse, y comencé a parir, a parir, a parir, después fue que me vine a dar cuenta. Después me desconectaron" (Entrevista 5).

En este sentido, se hace evidente que los límites entre lo que es normal y anormal está dado entre otros, por el género (Jordanova 1989), y por tanto, en este contexto la palabra “desconectar” adquiere un fuerte significado cultural en el nivel local.

Veamos la definición de dicha palabra: “(1) Suprimir la conexión eléctrica entre un aparato y la línea general (...) (4) Interrumpir el enlace entre aparatos o sistemas para que cese el flujo existente entre ellos” (Real Academia Española 2001: 522). De esta manera, vemos cómo las nociones de cuerpo sexual en este grupo social se anclan a un rol reproductivo como una unión entre el género femenino y masculino y su sistema social.

Ahora bien, el deseo sexual en la mujer, sin embargo, paulatinamente ha dejado de responder solamente a un impulso procreativo y a la alta valoración de la mujer en tanto que madre, sino que también se manifiesta en función de lograr despertar un interés en los hombres, creando así una tensión entre la imagen de mujer entregada y dadora de amor- *mujer seria-*, y de mujer que utiliza un cierto despliegue sexual para atraer a los hombres- *mujeres que no son serias-*. En una investigación realizada por Viveros (2000) en el Chocó (zona culturalmente similar a la de la Costa Atlántica⁶), se propone que las mujeres manifiestan de forma evidente y se enorgullecen de ser “calientes- es decir, ardientes sexualmente”, pero que marcan una línea tajante entre lo anterior y “ser fáciles” (Viveros 2000: 118- 119). Siguiendo esta línea de ideas, las mujeres que se consideran *bonitas* son aquellas “Que tengan trasero, que eso es lo que se ve aquí. Que tengan senos, que sean grandes, buen cuerpo, buena cara” (Entrevista 9). Vale la pena resaltar que en el contexto de las mujeres entrevistadas, así como en algunos contextos africanos las mujeres rollizas son deseables y pueden encajar dentro de un ideal de belleza (Moyer 2003).

Esta construcción se realiza de acuerdo con lo que los hombres buscan según su función social, es decir, conquistar el mayor número posible de mujeres (Gutiérrez de Pineda 1975; Campbell 1995; Viveros 2000). De esta forma, durante la socialización, las mujeres aprenden de sus madres y de otras mujeres que provocar atracción sexual es importante (Lesch y Kruger 2005) con el fin de que los hombres propongan el romance en la búsqueda de relaciones y sexo, lo cual es coherente con las normas sociales locales (Harrison et al.

⁶ Ver: Gutiérrez de Pineda, Virginia
1975 Familia y Cultura en Colombia. Bogotá: Biblioteca Básica Colombiana

2001; Scorgie 2002). Las mujeres no son entonces completamente pasivas en el establecimiento de las relaciones amorosas y, por lo demás, una de ellas admite que, como también lo sugiere una investigación realizada en Tanzania (Moyer 2003), una de las razones para tener sexo es el deseo:

“Uno no va a tener relaciones sexuales con una persona no queriendo. Tiene uno que sentir algo por esa persona, porque si yo no siento nada por un hombre, yo no voy a irme a acostar con ese hombre” (Entrevista 11A)

Los límites entre las categorizaciones de género se vuelven entonces muy tenues (Scorgie 2002) y por tanto hombres y mujeres se ven obligados a construir categorías y encasillar lo que resulta una amenaza para el orden social. Douglas (1969) define la suciedad, y en esta misma línea de ideas, la polución, como todo lo que no está dónde debería estar, de acuerdo con nuestros sistemas simbólicos. Ya se han descrito otros casos en los cuales se hace la distinción de mujeres respetables- tradicionales-, y no respetables- modernas-, quienes utilizan un cierto despliegue sexual para lograr objetivos personales, pero que también pueden ser deseadas y amadas por parte de los hombres (Viveros 2001) y por tanto detentar un cierto poder sobre éste último, caso que también ha sido descrito en varias regiones de África (Susser y Stein 2000; Haram 2001; LeClerc- Madlala 2001; Harrison et al 2001; Scorgie 2002; Moyer 2003; Hoosen y Collins 2004). La categoría de mujeres *bonitas* resulta en consecuencia bastante ambigua: por una parte, se desea ser una mujer *bonita* porque ellas son las atraen a los hombres. Por tanto, la creación y utilización de dicha categoría tiene una doble función: Por un lado, muchas veces, los hombres les dan regalos y dinero a las mujeres, a cambio de sexo, sin que esto sea prostitución o explotación sexual, lo que resulta útil para la manutención del hogar (Haram 2001; Harrison et al. 2001; Moyer 2003). Por otro lado, a la vez, un hombre en unión puede enamorarse de ella y abandonar el compromiso, lo que tiene como consecuencia un evento que si bien es doloroso, es bastante común. En consecuencia, *las mujeres bonitas* son representadas como peligrosas, malvadas y contaminadas:

“Los hombres piensan que cuando ven a una mujer bonita, linda, ya esa no tiene nada (...) Ahora que él murió, es que la gente dice, según comentan, que la veían [a la mujer que estuvo con la pareja de la entrevistada, después de ella] que tenía un novio, que andaba con él uno o con el otro (...) No se sabe si él la infectó a ella o ella lo infectó a él” (Entrevista 7).

Retomando la idea de que el espacio de los hombres es la calle, y el de las mujeres es la casa, según los valores tradicionales, estas mujeres son representadas como pertenecientes a la calle (Streicker 1995), pues lo que se ubica “adentro” es representado como seguro, en oposición a lo que se halla “afuera”, que representa peligro y maldad (Douglas 1969; Douglas y Calvez 1990). Una de las mujeres entrevistadas lo expresó de la siguiente manera, sin olvidar que el elemento estable dentro de un hogar es la mujer:

“Al principio, él se iba a una fiesta, salía con la que estaba en la fiesta, o sea, entonces yo no... ¡Yo tenía que estar pendiente que fuera cangrejo de un solo hueco! Hasta que yo no me diera cuenta, no. Con tantas enfermedades y tantas cosas, entonces yo tenía temor, tenía miedo de eso” (Entrevista 9)

Nos encontramos entonces ante un panorama en el que las mujeres seductoras son peligrosas y deseables al mismo tiempo, tanto para los hombres como para las mujeres. Esto nos lleva a decir que esta categoría constituye algo que atrae, pero que horroriza al mismo tiempo (Lupton 1999), porque el traspasar el límite resulta constantemente atractivo, no obstante es también subversivo ante el orden moral, característica de la abyección (Kristeva 1998).

“Hay en la abyección una de esas violentas y oscuras rebeliones del ser contra aquello que lo amenaza y que le parece venir de un afuera o de un adentro exorbitante, arrojado al lado de lo posible y de lo tolerable, de lo pensable. Allí está muy de cerca, pero inasimilable. Eso solicita, inquieta, fascina el deseo que sin embargo no se deja seducir. Asustado, se aparta. Repugnado, rechaza, un

absoluto lo protege del oprobio, está orgulloso de ello y lo mantiene. Y no obstante, al mismo tiempo este arrebató, este espasmo, este salto es atraído hacia otra parte tan tentadora como condenada. Incansablemente, como un bumerang indomable, un palo de atracción y de repulsión coloca a aquel que está habilitado literalmente fuera de sí” (Kristeva 1998: 7).

Así, los límites y la trasgresión están necesariamente ligados entre sí y se reafirman el uno con el otro (Oksala 2004). De esta forma, los umbrales y estados de transición son representados como peligrosos (Douglas 1969), en tanto que los límites se vuelven difusos y por lo tanto cruzarlos se convierte en un evento inminente. La puerta de la casa y los embarazos son un ejemplo de esto:

“¡Yo cojo barriga y como que los odio!” (Entrevista 11A)

“El está sumamente seguro de mí. Con decirte que él se va para Barranquilla y yo no salgo de la puerta de mi casa, porque la familia de él vive en Barranquilla” (Entrevista 9, énfasis mío).

Siguiendo esta línea de ideas, el manejo ambivalente de la categoría *mujeres bonitas* nos permite afirmar que cualquier mujer en general podría incluirse en ella. Los dos significados discutidos arriba, se utilizan distintivamente según la situación. En este contexto, la sexualidad y el mismo cuerpo de la mujer resultan finalmente representados como ambiguos pues los límites del segundo no son definidos claramente, (Notman 2003) en cuanto a lo que resulta observable en él (fenotipo y acciones). En este sentido, la voluptuosidad de la mujer y su disposición sexual, pero limitada por una fidelidad ante su pareja, se consolidan como valores.

3. Placeres prohibidos, placeres permitidos

Según Foucault, el deseo sexual, es definido como una característica permanente del sujeto. El placer, no obstante, aparece como un evento que ocurre en los límites del mismo, que no se puede asignar solamente a lo corporal, resultando así una categoría bastante ambigua

(Oksala 2004). Dentro del grupo estudiado, existen placeres que son lícitos, pero que tienen ciertos límites y por tanto, cruzarlos produce cierta aversión.

Las mujeres más mayores (35- 60 años), se refieren a las prácticas sexuales que tienen en su vida cotidiana como “lo normal, la que manda Dios... la legal! (Risas)” (Entrevista 10). En este sentido, si bien las mujeres manifiestan que hablar de sexo es una conversación recurrente entre ellas, existe una cierta reserva con respecto a cometer una trasgresión, cuyo límite no es evidente. Por lo tanto, se reconoce que al hablar de prácticas sexuales no existen reglas lo suficientemente claras sobre lo que está permitido y sobre lo que no y evidenciando así un cierto grado de anomia social (Durkheim 1928). El siguiente pasaje ilustra lo anterior:

Investigadora: ¿Y cómo eran las relaciones sexuales?

E6B: Una relación sexual normal. Normal, de que... este... de besos abrazos caricias y ya. Que monte una pierna por acá y otra por acá, no, no, no. Nunca. Ni que lo estén agarrando. Eso que lo agarran por aquí y lo agarran por acá a uno, no (Risas). A mí me gusta tener mi relación normal, calmadita, no salvaje, porque hay hombres que son salvajes haciendo un acto sexual. Yo he oído. Hay una vecina. Ella vivía con un primo mío. Ella decía que ella estaba con mi primo y entonces ella decía: Que cuando ella estaba con mi primo eso era: lo metió, lo sacó y listo, ya. Entonces ella tiene otra relación y dice que es distinta a la relación que tenía con mi primo. Entonces yo le digo que por qué. Y ella me dice que porque ella hace cosas que mi primo no se las hacía. Ella dice que la puso dizque a la orilla de la cama. Mi primo nunca hizo la relación con ella parados. Sino era en la cama. Ella abajo y él arriba. Y así. En cambio dice ella, que con este señor que ella tiene ahora relaciones, le hace cosas que la voltea, le hace cosas que mi primo nunca le hizo. Que ahora es distinto, que la toca, la acaricia, la besa. Él le toca los senos, él le toca sus partes, o sea todo, todo, todo. Pero ella dice que nunca sintió el placer del sexo como con él. Ella dice que se siente en las nubes cuando está con él (risas). Se le ve que se emociona.

Y ella dice que está enamorada de él. Se le ve, se le ve. Ella lo quiere. Ella lo adora. Sí... (Risas) Él la soba, la aspira, la hala (Risas).

La mía, era una posición normal de pareja, que uno abajo y el otro arriba. De que siempre él iba arriba. La relación normal. Yo nunca tuve una relación de posiciones, de poses, no, no, no.

I: ¿No? ¿Y porqué?

E6B: Porque me daba pena (risas). De que me pongan que me pierna pa' allá y otra pierna pa' acá" (Entrevista 6B)

Siguiendo esta línea de ideas, vemos que una relación sexual se define como tal cuando hay una penetración del pene dentro de la vagina: "El coito es la penetración y terminar la relación en eso" (Entrevista 11B). Empero, vemos que las formas de obtener placer en un encuentro sexual entre un hombre y una mujer, no se limitan solamente a la penetración para las mujeres jóvenes entrevistadas (25 a 35 años), pues se consideran otras posibilidades de entregarlo y recibirlo: "Yo creo que una pareja no debe tener sexo de la misma manera, sino disfrutarlo más, inventar más cosas" (Entrevista 7)

También, como muestra de esto, se encontró que es cada vez más usual el sexo oral como parte del desenvolvimiento en una relación sexual, aún cuando se percibe que para definirla como tal, necesariamente se tiene que dar la penetración:

"¡Desde sexo oral hasta llegar al punto clave! (...) Hasta llegar a la penetración... ¡Y ahí se vale todo! (Risas)" (Entrevista 8).

Además, una de las mujeres también afirmó que a medida que pasaba el tiempo, la pasión se transformaba en amor y que en la convivencia, el sexo aparecía como algo que le permitía salir de la rutina (Giddens 2000):

Investigadora: ¿Cómo son esas relaciones sexuales?

E11B: ¡Normal! (Risas) Somos una joven pareja, que tenemos la mente abierta, no somos monótonos así. Tenemos una relación sexual abierta, yo sé que mi esposo tiene fantasías, y si él en cualquier momento determinado, no casi siempre, me dice que si hoy quiere tener una relación sexual, una penetración, este... que como con posiciones, o si vemos algo antes de la relación, si tenemos ayudas sexuales, pues para mí, no hay ningún problema en eso. Y si él me dice, la próxima vez quiero tener penetración anal, por decirlo así, pues yo me tengo que preparar psicológicamente para complacerlo. En ciertos momentos de no afectarme, que si yo le digo, la verdad es que me siento mal, no quiero tener la próxima vez, por supuesto que él también me va a comprender. Pero también tenemos que tener la mente abierta de no caer en esa monotonía de las relaciones sexuales ya dentro del matrimonio.

I: □□□□ [nombre de la mujer entrevistada], ¿y ustedes practican sexo oral?

E6B: Sobre todo, a mí me parece que es la mejor forma si el esposo... porque en la relación de matrimonio, el estrés del trabajo, del hijo... ponle tú que llega un momento en que en esos días en que yo tenga el periodo, por decirlo así, y mi esposo tenga el deseo infinito, las ganas de estar conmigo, pues yo creo que la mejor forma es tener sexo oral. Yo practicarle el sexo oral a él para satisfacerlo a él y que él se sienta agrado conmigo, que para mí no es ninguna porquería, por decirlo así, y yo se que si en algún momento mi cuerpo desea tener sexo oral, yo pedírselo sin ningún problema y él lo haga conmigo. Así que nosotros practicamos sexo oral. Regularmente lo practicamos. Porque a veces tenemos estrés y de pronto él no puede llegar, o yo no puedo llegar, y la mejor forma, conociendo mi cuerpo es que él me haga sexo oral, entonces yo le digo y él lo hace (Entrevista 11B).

Ahora bien, las prácticas que se califican como sexuales se asocian directamente con la genitalidad tanto para mujeres como para hombres. Reflejo de esto es el uso del lenguaje metafórico para hacer referencia a los genitales y a las actividades relacionadas con los mismos (Moyer 2003). Una canción popular, perteneciente al género de la champeta cuyo

baile evoca claramente movimientos asociados a las relaciones sexuales genitales (Streicker 1995) -“Es un baile desbocado porque es una semblanza de una relación sexual en la pista de baile. Las poses de la champeta son poses sexuales” (Entrevista 11B)-, dice lo siguiente:

“Esa chica que va allá, ¿cual?

La que va allá tiene un chocho en la falda

Sería que ella se la puso,

No se dio cuenta, ay qué pena!

Pero cómo la vacila a ella, con ese chocho que tiene en la falda,

Y sabrá con ese chocho bonito, sería el ratón o la cucaracha (...)

Pero mira que chocho bonito

Mira que chocho bacano, el que tiene ella en la falda,

Mira que estoy preparado

Listo aquí y con el palo, pa' ponerle a ella la cucaracha” (Intérprete: Charles King)

En particular para los hombres, la masculinidad se enfoca desde la niñez en sus genitales y en consecuencia, el origen del orgullo varonil se construye a partir de estos (Gutiérrez de Pineda 1975). Se ha sugerido que la penetración es un acto que define la condición de masculinidad y por lo tanto, el establecimiento de las diferencias entre los géneros (Oriol 2005). Gutiérrez de Pineda (1975) argumenta que en la Costa Atlántica Colombiana existen prácticas sexuales de bestialidad (relaciones penetrativas con animales) y Paternostro (2001) discute que es común encontrar hombres que tienen sexo con otros hombres sin que ellos se definan así mismos como homosexuales, siempre y cuando sean ellos quienes penetran a su pareja sexual. Asimismo, la experiencia del placer para las mujeres, se estructura de acuerdo con una red de prácticas específicas arraigadas culturalmente y que solidifican las identidades sexuales que prevalecen (Oksala 2004). En el grupo de mujeres entrevistadas, por ejemplo, los hombres se representan como el elemento que acecha y las mujeres como la posible presa (Mitchell y Wellings 2002), lo cual produce bastante ansiedad. Por lo tanto, existe una tensión evidente en el momento de expresar el deseo sexual por parte de las mujeres (Daniluk 1993), en particular al describir el placer femenino

desligado del placer masculino (Lewis 1998). De este modo, las mujeres describieron como fuente de placer sexual el hecho de complacer al hombre (Lesch y Kruger 2005):

Entrevistada 11B: Yo me doy cuenta de que él tiene más placer cuando llega dentro de mí. ¿Por qué? Porque está más relajado, porque no tiene que estar controlándose para no llegar, este... como cuando yo estoy en los días de ovulación, y cuando siente que va a llegar, me pide que por favor le haga el sexo oral rápido. Pero cuando yo soy confiable que no voy a quedar embarazada yo siento que él goza más la relación cuando llega adentro.

Investigadora: ¿Y a ti, qué te gusta más?

E11B: A ver, claro también. Porque yo estoy relajada y como yo sé el placer que va a sentir él, también me produce placer a mí, eso (Entrevista 11B).

En cuanto a la entrega de semen, existen diferentes formas que las mujeres consideran aceptables, fuera de la eyaculación dentro de la vagina, a veces haciendo la referencia a la relación entre placer y aquella:

“Pero echarlo [el semen] en la pierna o echarlo en el cuerpo, eso no es malo, que eso no pasa nada malo. Yo me lo limpio con el trapo y al día siguiente me baño, y no pasa nada” (Entrevista 3B).

“Pero hay mujeres que no les gusta. Sino que el hombre eyacule dentro de ella y sentirse que el hombre que la comió eyacule dentro de ella. Hay mujeres que el hombre dice que, no, que yo lo voy a sacar pa’ que no salgas embarazada y no permiten que el hombre, que en el momento de la relación o del deseo, saquen el pene, no permiten. Hay mujeres que no permiten (...) Se sienten bien de que el hombre, de que ellas sienten, de que el hombre terminó, porque cuando el hombre eyacula es porque ya termina. Entonces ellas dicen que se sienten bien de que él haya terminado y que el espermatozoide y todo eso, o sea, haya quedado adentro. En cambio hay mujeres que no. Hay mujeres que no

les gusta que el hombre les eyacule adentro sino que se los eche afuera y que las unte (Risas). Hay otras que les gusta que se los echen encima, ¡qué las bañen con el esperma! (Risas)” (Entrevista 6B).

“Él trata de controlarse toda la relación sexual, espera a que yo llegue, al final yo le hago sexo oral y él llega, sino en mi mano, en mi boca.” (Entrevista 11B).

Ahora bien, el cuerpo que es sometido a una experiencia determinada, se constituye como el lugar en donde se establecen los límites entre lo normal y lo anormal. Por lo tanto las experiencias transgresivas que caen fuera de las fronteras de lo que se define como normal, son necesarias para construir las mismas. (Oksala 2004). Como veremos en el siguiente capítulo, los orificios, los fluidos y los límites corporales son a menudo fuente de ansiedad ontológica y puntos vulnerables (Douglas 1969; Kristeva 1998) en la medida en que se convierten en el lugar en donde, específicamente, pueden ocurrir transgresiones (Oksala 2004). Por ejemplo, el caso del sexo anal constituye el traspaso de un límite porque la función del ano está restringida a la excreción:

“Eso es solo para hacer popó” (Entrevista 4)

“Trágico, doloroso” (Entrevista 8).

Es tal la ansiedad que esta práctica produce que incluso se asocia con la violencia física y sexual, y se experimenta como un acto de dominación por parte del hombre sobre la mujer:

“Por ahí eso duele mucho y a mí ya me pasó con el difunto. □□□□ [nombre de la anterior pareja sexual] Depronto fue ahí que me enfermé porque yo no quería y él me cogió a la fuerza y por eso fue que yo resulté enferma por ahí. Él me enfermó por ahí, porque yo no quería hacerlo por ahí y él me cogió a la fuerza y resulté botando sangre por ahí. Y echaba cosas, y yo olía así como a podrido” (Entrevista 3B).

En este sentido, el placer es algo muy subjetivo (límite del sujeto) y no hay reglas como tal, sino que están dadas de acuerdo con la experiencia de cada mujer. El cuerpo sexual es objeto de discursos científicos y de tecnologías disciplinarias. Sin embargo, como hemos podido ver, aún cuando las representaciones sobre el mismo están ancladas en una red cultural de prácticas, a través de la experiencia puede causar distorsiones y traspasar sus definiciones discursivas (Oksala 2004). El placer se encuentra intrincado en una serie de experiencias, cuyo significado se otorga a partir de roles de género específicos a la familia costeña, y dentro de los cuales el dar o el recibir se da en un contexto de posesión.

TELARAÑAS DE CAUSALIDAD VS. VIUDAS NEGRAS: NÚMEROS Y MALAS MUJERES

1. Una breve historia de la salud pública

El riesgo es una categoría ampliamente utilizada hoy en día por parte de la salud pública (Lupton 1997, 1999, Petersen y Lupton 2000) y es conceptualizado, identificado y cuantificado por medio de su disciplina central, la epidemiología. Los objetivos más generales de ésta, se refieren al estudio de la distribución de los patrones de salud y enfermedad- de incidencia y prevalencia- en las poblaciones, de acuerdo con los determinantes de aquellas y la aplicación de dicho estudio para su control (Guerrero et al. 1981; Coreil et al. 2001; Aschengrau y Seage 2003). En este contexto, el riesgo como concepto, definido por la Organización Mundial de la Salud como *a probability of an adverse outcome or a factor that raises this probability* [una probabilidad de un resultado adverso o un factor que aumenta esta probabilidad] (OMS 2002: 9), adquiere un valor fundamental: En la medida en que éste puede ser identificado y cuantificado, supone la posibilidad de evaluarlo y controlarlo (Holzmann et. al 2003). Para comprender cuál es el origen de los objetivos actuales de la epidemiología y la importancia del riesgo determinada por su metodología, vale la pena realizar una breve revisión de la historia de la salud pública.

Desde el siglo XVIII, es inventada la estadística, proveniente de la palabra estado, como herramienta para cuantificar “the conditions and prospects of society” [las condiciones y las prospecciones de la sociedad] (Porter 1999: 50), siguiendo un orden de ideas en las cuales el estado estaría fortalecido en términos del tamaño de la población considerada como saludable. En este sentido, la aplicación de los conceptos positivistas de Auguste Comte a la sociedad, partía de que los comportamientos de las poblaciones podían ser identificados, descritos y predichos. Por lo tanto, el comportamiento normal es aquel que sigue una

trayectoria determinada. El patológico es el que se desvía de ese camino, el que sufre una variación. El término “normal” en el sentido empírico quiere decir típico, estadísticamente significativo, la media o el promedio, lo que implica un valor prescrito (Petersen y Lupton 2000; Porter 1999).

Las diferentes poblaciones, de acuerdo con sus características atípicas fueron objeto de intervención, en razón de la asociación que se realizaba entre los sectores populares y la suciedad de los entornos urbanos, que causaba focos de infección (Noguera 2003). Las enfermedades serían consecuencia de la materia putrefacta y por lo tanto para prevenir las primeras, debían eliminarse las últimas. Partiendo de esta premisa, se desarrollaron medidas sanitarias que se basaron en que la enfermedad era producida por una única causa externa- un germen- (Freeman 1960; Krieger 1994) y era transmitida a la población a través de la atmósfera por medio de venenos miasmáticos (Porter 1999).

Fundamentada en la teoría del germen, surge la bacteriología con metodologías de las ciencias básicas para identificar la causa de la enfermedad, que se consolidaron en los postulados de Henle y Koch y que se pueden resumir de la siguiente manera: primero, el microorganismo debe identificarse en todos los casos en los cuales se presente la enfermedad. Segundo, el microorganismo debe ser distinto de otros que puedan ser encontrados en el caso. Y tercero, si el organismo es aislado y cultivado debe inducir a un nuevo caso de enfermedad en un animal susceptible (Aschengrau y Seage 2003). Siguiendo esta lógica, la bacteriología introduce nuevos procedimientos para el control de las enfermedades que consistían en la inmunización, el seguimiento de contactos, el aislamiento y las pruebas diagnósticas, que eran enfocados hacia el comportamiento individual (Porter 1999) así como la asepsia y el desarrollo y utilización de antibióticos (Adam y Herzlich 1994). La higiene se constituye entonces como una serie de mecanismos que tienen como propósito el mejoramiento y mantenimiento de las condiciones que propician un buen estado de salud (Noguera 2003).

Sin embargo, en el momento en el que ocurre la transición epidemiológica, las enfermedades infecciosas sufren un retroceso, en términos de un aumento en el índice de esperanza de vida y un descenso en el de mortalidad infantil, pero dando paso a las enfermedades crónicas (Armelaños et al 2005), en donde se identifica el peso del estilo de vida y de la constitución genética en el desarrollo de estas enfermedades a nivel individual. Fue entonces cuando se busca reemplazar los modelos del agente único causante de la enfermedad, por modelos que consideraban los roles que desempeñaban el huésped, el agente y el medio ambiente en el desarrollo de la misma (Freeman 1960; Krieger 1994).

2. El método de la epidemiología: causalidad y números

Es entonces cuando se empieza a desarrollar un nuevo modelo, el multicausal, con el que opera actualmente la epidemiología moderna (Krieger 1994), por medio de las mismas herramientas positivistas de la “vieja salud pública”, es decir a través de la estadística y la matemática probabilística (Lupton 1997; Petersen y Lupton 2000). En este modelo, se identifican varias causas de la enfermedad cuya importancia varía de acuerdo con un valor numérico. Las variables que tienen una influencia directa y cercana con la salud y la enfermedad son consideradas como proximales según el efecto, mientras que las causas distales son aquellas que afectan de forma indirecta o a través de vínculos intermedios (Coreil et al 2001). Las causas más lejanas, vienen a ser los llamados determinantes de la salud y de la enfermedad, definidos por Michael Marmot como “*the causes of the causes*” [las causas de las causas] (Marmot 2003: 1). Estos incluyen, por ejemplo variables sociodemográficas y ecológicas dentro de un nivel macro, y son definidos como las causas estructurales y fundamentales porque afectan a grandes grupos de personas frente a todo un rango de enfermedades, y requieren de mecanismos complejos para ser transformadas (Link y Phelan 1995).

La determinación de las causas y de su importancia se realiza a través de un proceso conocido como inferencia causal, que puede ser inductiva o deductiva (o ambas),

verificando o falseando hipótesis⁷ a través de correlaciones estadísticas. Una causa es, según Rothman y Greenland, un evento, condición o característica que precede a una enfermedad y que sin los cuales la enfermedad no hubiera ocurrido en absoluto, o no hubiera ocurrido sino hasta después de haber transcurrido un periodo de tiempo. Con el fin de establecer una causa como tal, ésta debe presentar, de acuerdo con Susser, tres características esenciales: Primero, la asociación, es decir, la dependencia estadística que debe ocurrir entre el factor causal y el efecto. Segundo, el orden del tiempo, en el que la causa debe preceder al efecto. Y tercero, la dirección, que dicta que si hay un cambio en la causa, el efecto debe cambiar como consecuencia (Aschengrau y Seage 2003).

En la jerga epidemiológica, es usual utilizar el término *factor de riesgo*, que suele confundirse con las causas de la enfermedad. Éste hace referencia a “causas indirectas”, a las que nos referimos antes, cuya utilidad radica en la identificación de causas más proximales. Los factores de riesgo son definidos por la OPS como atributos detectables en un individuo o grupo social que incrementan la probabilidad de causar daño a la salud (Beaglehole et al 2003). Diferentes factores de riesgo pueden actuar desfavorablemente para que se desarrolle una enfermedad, y no todos los casos presentan los mismos factores de riesgo para una misma enfermedad. En este marco de ideas, se introdujo en 1960 el modelo conocido como *web of causation* [red de causación], desarrollado por Brian MacMahon, Thomas F. Pugh y Johannes Pisen (Krieger 1994). Éste ilustra que la ocurrencia de una enfermedad puede ser explicada por medio de una compleja red que incluye un sinnúmero de factores interrelacionados y que, en consecuencia, existen diferentes trayectorias o varias posibles combinaciones de causas (causas suficientes) para que la enfermedad tenga lugar. De acuerdo con este modelo, el rompimiento de uno de los eslabones de la red implica una prevención efectiva de la enfermedad (Aschengrau y Seage 2003).

⁷ Una hipótesis es una explicación tentativa a un fenómeno determinado, susceptible de ser verificada en investigaciones subsiguientes (Ash 1999).

El riesgo resulta entonces una categoría útil para el control social, en la medida en que a través de una metodología específica, soportada por una cultura de la objetividad (Porter 2003), determina cuáles aspectos de la vida de los individuos deben ser transformados en pos de la salud (Díaz 2002). Sin embargo, la escogencia misma de los fenómenos que deben ser cuantificados y transformados son productos de procesos socioculturales, en la medida en que la tecnología usada para definir las normas y la desviación de las mismas, oscurecida por la supuesta objetividad de la estadística, finalmente da cuenta de fenómenos que pueden ser fácilmente referidos al campo de la moralidad. En el caso del VIH y el Sida por ejemplo, en estos términos no es entonces una casualidad que sea precisamente África el continente más afectado en virtud de las recurrentes asociaciones que se establecen entre éste y la pobreza, la suciedad y la sexualidad rampante de sus habitantes originarios (Petersen y Lupton 2000; Marshall 2005). Adicionalmente, la forma en la que fueron documentados los primeros casos de Sida en los EEUU muestran cómo se asume que las prácticas que tenían en común todos los hombres homosexuales que padecieron de la enfermedad fueron tildadas de “alto riesgo” (Lupton 1997; Petersen y Lupton 2000).

3. Epidemiología de la infección por VIH y del Sida en Colombia y el mundo.

De acuerdo con el último reporte de ONUSIDA (2006) sobre el estado de la epidemia a nivel mundial, actualmente existe un estimado de 38,6 millones de PVVS, hubo 4,1 millones de nuevas infecciones durante el año 2005 y 2,8 millones de personas murieron de Sida en el mismo año. Según este informe, en los años noventa, la epidemia aumentó vertiginosamente y hoy en día, podemos observar una estabilización paulatina de la misma.

La zona del mundo proporcionalmente más afectada, corresponde al África Subsahariana, en la cual habita el 64% de todos los PVVS en el mundo, seguida por Asia Meridional y Sudoriental con 8,3 millones de PVVS (ONUSIDA 2006).

Latinoamérica cuenta actualmente con un estimado de 1,6 millones de PVVS, dentro de la cual la región andina y los países más pobres de Centroamérica intentan ampliar la cobertura en cuanto a los tratamientos antirretrovirales frente a los elevados costos de los mismos. En general, en esta zona las grandes epidemias corresponden a los países con grandes poblaciones, como Brasil que cuenta con un tercio del total de PVVS en Latinoamérica y las epidemias intensas corresponden a países como Belice y Honduras con una prevalencia en adultos de 1,5 o más. Se han identificado ciertas comunidades, como los HSH entre los cuales la prevalencia es del 2% al 28% dependiendo del lugar. Sin embargo, a medida en la que la epidemia “madura” cada vez hay una mayor proporción de mujeres infectadas así como se evidencia el alto riesgo de las poblaciones más empobrecidas (ONUSIDA 2006).

En Colombia, según la clasificación de ONUSIDA y de la OMS la epidemia se califica como “concentrada”, dado que existen grupos poblacionales de alta vulnerabilidad (HSH y trabajadores sexuales) que reportan una prevalencia que supera el 5%, mientras que en mujeres gestantes no es superior al 1% (García 2003; García et al 2006). Por un lado, se estima que la prevalencia nacional es del 0,4% en la población que se encuentra entre 15 a 49 años de edad. Sin embargo, varios autores advierten el notable subregistro, dadas las fallas del sistema de vigilancia y en la notificación de los casos. Los mismos autores, estiman que de los 38879 casos registrados hasta el 2003, por cada caso hay 7 sin diagnóstico o sin registrar, lo cual sugiere que existen entre 200.000 y 220.000 casos de PVVS en Colombia, de acuerdo con las proyecciones matemáticas (Acosta et al 2002; García 2003). Hasta el año 2005, había una notificación de 45.815 casos (García et al 2006). Por otro lado, en los últimos 10 años, los patrones descritos desde la epidemiología han cambiado, en particular aquel que corresponde a la transmisión por género, pues cada vez aumenta la velocidad del crecimiento de la tasa de infección en mujeres. Específicamente, en Bolívar y Bogotá esta tasa ha aumentado 22 veces en los últimos años (Acosta et al 2002), aumentando la razón hombre: mujer (número de hombres infectados por cada mujer infectada) de 10:1 a 2:1 en 20 años. Igualmente, la vía de transmisión más frecuente es la heterosexual que da cuenta del 51% de las infecciones (INS 2003).

Según Gisela Vega, epidemióloga de la Secretaría de Salud de Bolívar, la incidencia más alta en el departamento, El Dique, registró 40 casos en el 2005, seguida por la región de La Mojana Bolivarenses con 28 casos, El Magdalena Medio con 20 casos, Montes de María con 13, la Depresión Momposina con 11 y Loba con 2. El rango de edad que aporta más casos es el que se encuentra entre los 20 y 39 años de edad en todo el departamento (Comunicación personal al autor, Junio 13, 2006). Sin embargo es en el distrito de Cartagena, en donde se registra el mayor número de casos del departamento. Según un funcionario de la subdirección de Salud Pública del DADIS, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, el número de casos notificados en el 2005 fue de 250, de los cuales el 70% correspondió a personas entre los 20 y los 45 años. El 60,8 % de los casos ocurrió en hombres y el 39,2 % en mujeres. Finalmente, la vía de transmisión más frecuente fue la heterosexual, dando razón del 73% de los casos (Comunicación personal al autor, Mayo 31, 2006).

Las anteriores cifras dan cuenta, desde el enfoque epidemiológico, cuáles son los grupos más vulnerables a adquirir la infección por VIH. Según ONUSIDA existe una relación entre el concepto de riesgo y el de vulnerabilidad en los siguientes términos:

“HIV risk can be defined as the probability of an individual becoming infected by HIV either through his or her own actions, knowingly or not, or via another person’s actions. For example, injecting drugs using contaminated needles or having unprotected sex with multiple partners increases a person’s risk of HIV infection. Vulnerability to HIV reflects an individual’s or community’s inability to control their risk of HIV infection. Poverty, gender inequality and displacement as a result of conflict or natural disasters are examples of social and economic factors that enhance people’s vulnerability to HIV infection. Both risk and vulnerability need to be addressed in planning comprehensive responses to the epidemic” [El riesgo por VIH puede ser definido como la probabilidad de que un individuo se infecte con VIH bien sea, a través de sus

propias acciones, a sabiendas o no, o a través de las acciones de otra persona. Por ejemplo, inyectarse drogas usando agujas contaminadas, o teniendo sexo sin protección con múltiples parejas, eleva el riesgo de que una persona resulte infectada con VIH. La vulnerabilidad al VIH refleja la inhabilidad de un individuo o de una comunidad para controlar su riesgo frente a la infección por VIH. La pobreza, las desigualdades de género y el desplazamiento como el resultado de un conflicto armado o de desastres naturales son ejemplos de factores sociales y económicos que impulsan la vulnerabilidad de la gente a la infección por VIH. Tanto el riesgo como la vulnerabilidad deben ser referenciadas en la planeación de respuestas comprensivas frente a la epidemia; Traducción libre] (ONUSIDA 2006: 105).

La vulnerabilidad, se refiere entonces a los grandes determinantes de la enfermedad, extrapolando problemáticas muy particulares a situaciones tan generales como la pobreza, el género, el rango de edad y el lugar geográfico de origen, caracterizando estas grandes poblaciones como de alto riesgo: Los inmigrantes (Shannon y Pyle 1989; Lewis 1998; Santana y Dancy 2000; Farmer 2003) y desplazados (ONUSIDA 2006), las mujeres (Haram 2001; LeClerc- Madlala 2001; Scorgie 2002; ONUSIDA 2004; ONUSIDA 2006), los jóvenes (Laub et al 1999; ONUSIDA 2006) y los pobres (ONUSIDA 2004, 2005, 2006), resultan grupos homogéneos en un nivel global que no dan cuenta del significado que adquieren en lo local, al igual que las concepciones mismas del riesgo.

4. Las representaciones sociales sobre el riesgo

En los niveles locales, los conceptos de riesgo se construyen sobre representaciones preestablecidas que no necesariamente tienen que ver con las probabilidades numéricas de infección, sino con significados otorgados a ciertas prácticas específicas que pueden o no coincidir con los resultados epidemiológicos. En este caso, la noción de representación social es útil para comprender el fenómeno. Según Denise Jodelet (1991), la representación social es el producto y el proceso de una elaboración psicológica y social de lo real. En

este sentido, es una forma de conocimiento específico organizada de acuerdo con una lógica particular, que podría denominarse como “el sentido común”, y que tiene una funcionalidad dentro de un contexto social, en cuanto a la comunicación y a acción social (Weber 1969). Las representaciones sociales se constituyen a partir de la experiencia y son transmitidas a través de la tradición, la educación y la comunicación social. El proceso por el cual se representa, supone la restitución simbólica de lo que está ausente, y a la vez substituye lo que está presente a través de la objetivación y el anclaje. La primera, se refiere a la forma en la que se ordenan los conocimientos que tienen una relación con el objeto de la representación y la separación de éstos de los saberes expertos que los concibieron, con el fin de utilizar aquellos en elaboraciones propias, a través de un esquema que sea fácilmente asequible. El segundo, corresponde al acoplamiento del anterior esquema al sistema existente de significados sociales particulares a un contexto local, con el objeto de lograr una familiarización de lo que, en un principio, resultaba extraño (Jodelet 1991; Viveros 1993).

En este sentido, se ha propuesto que el riesgo resulta un concepto que se construye socialmente y tanto las construcciones locales como las expertas del mismo son representaciones sociales (Shapin 1982; Stepan 1991; Krieger 1994; Lupton 1999; Lupton y Tulloch 2002; Petersen y Lupton 2000; Marshall 2005). Sin embargo, las conceptualizaciones elaboradas desde la literatura científica presentan una brecha muy amplia frente al conocimiento local, pues la primera tiende a percibir a los actores sociales como máquinas y no se incluyen los elementos simbólicos, emotivos e intersubjetivos que se presentan en las interacciones sociales. Las llamadas “prácticas de riesgo” por parte de disciplinas como la salud pública tienden a restarle importancia a los significados culturales y la lógica práctica que subyace a estas, en tanto que el riesgo como producto de la estadística pretende ser “real” y “objetivo”. Dada esta última característica, las emociones y los elementos culturales se constituyen como “sesgos”; Empero, éstos resultan fundamentales en las expresiones de la lógica inherente al grupo local, proceso que permite, adicionalmente, la protección de la identidad (Joffe 2003). La aprehensión de nuevos conceptos dentro de un sistema de conocimientos previos, es frecuentemente incompatible

con las elaboraciones científicas de los saberes expertos (Giddens 1995; Lupton 1997, 1999; Lupton y Tulloch 2002; Joffe 2003; Peretti- Watel 2004).

Cuando la problemática se relativiza, dando prioridad a lo local, la premisa de la validez basada en que los fenómenos deben replicarse si se garantizan condiciones idénticas, pierde fuerza, en particular frente a la invocación a menudo vaga, pero compleja, de lo denominado como “el medio ambiente” (Krieger 1994). La producción de relaciones estadísticas que demuestran los riesgos es enorme, y en consecuencia existe un número ilimitado de factores riesgo muy heterogéneos, que incluso pueden llegar a contradecirse entre sí. Asimismo, se han documentado redes de causalidad específicas a una comunidad únicamente, o que un factor de riesgo en un lugar puede ser un factor protector en otro lugar (Peretti- Watel 2004).

**5. “Pero sin embargo, yo siempre le he dicho, □□□□ como tú te vas por allá, mira que caras vemos, corazones no sabemos...” (Entrevista 8):
*Lo moral del riesgo en Cartagena.***

Si bien el discurso médico del riesgo ha calado de cierta forma en la representación del riesgo entre las mujeres: "La realidad salta a la vista. (...) Uno no se da cuenta y uno no calcula, ni mide las consecuencias de la relación" (Entrevista 11A), de acuerdo con la teoría de la representación social, en el grupo de las mujeres entrevistadas en Cartagena, las nociones sobre el riesgo se construyen sobre significados elaborados de acuerdo con los diferentes sistemas sociales y por tanto, no yacen únicamente en nociones científicas, sino que también adquieren cargas emocionales y morales (Douglas y Calvez 1990; Lupton 1993). En este contexto, deja de operar una lógica basada en probabilidades matemáticas y da lugar a un tipo de racionalidad dada en términos prácticos, frente a la utilidad que puede ofrecer en los diferentes eventos de la vida cotidiana (Hunt y Mattingly 1998) y de acuerdo con los diferentes momentos de la misma. Por ejemplo, al inicio de las actividades sexuales

las mujeres perciben como un mayor riesgo el de embarazarse, pero no el de adquirir VIH: “Él como que nunca le gustaba usar un condón. Él decía que pa’ qué me pongo eso, no me voy a poner el condón. Que si salía embarazada, salía embarazada” (Entrevista 3A).

A través de la historia personal, las nociones de riesgo van cambiando, y el matrimonio resulta ser un lugar seguro "Somos una pareja segura" (Entrevista 11 A), sin embargo, "Uno no sabe que puede traer esa persona de su pasado" (Entrevista 11 A). Adicionalmente, el riesgo se hace paulatinamente más visible pues otras enfermedades de transmisión sexual son bastante comunes (6 de las mujeres entrevistadas dicen que su pareja tuvo una ITS en algún momento): "Cuando él se enfermó con esa enfermedad, con la gonorrea, ahí sí tuve miedo" (Entrevista 2).

Sin embargo, lo más notable en la construcción local del riesgo, fue el fuerte anclaje del mismo dentro de los sistemas de organización familiar, de los roles de género y del cuerpo sexual (Caprara 1998), discutidos con detalle en los anteriores capítulos y que deberán ser tenidos en cuenta para la comprensión del siguiente pasaje.

En este marco, se encontró que la categoría de riesgo en el nivel local, opera sobre la dicotomía casa- calle, o entre el espacio público y privado, en la cual la casa representa seguridad (Douglas y Calvez 1990) y es el espacio de las mujeres; La calle representa peligro y es el espacio de los hombres. Siguiendo esta lógica, una mujer de la casa, en principio no debería verse afectada por el VIH, a menos que sea su pareja quien la infecte:

“El problema es que los hombres tienen a otras en la calle” (Entrevista 3A)

“Si sale a la calle, se consigue una mujer con el VIH, y no sabe, tiene relaciones con ella, y viene a la casa, tiene relaciones conmigo y me la transmite a mí, imagínate!” (Entrevista 9)

“Yo estoy en mi casa, pero uno no sabe que hace el hombre en la calle, ¿sí o no?”(Entrevista 10).

En este marco de ideas, las mujeres “de la casa” no se consideran en riesgo, dado que cumplen con sus roles tradicionales y que perciben el matrimonio, la familia y la fidelidad femenina como protección ante las ITS:

“Eso es maluco [que los hombres tengan otras mujeres], porque si ellas lo tienen bien, si ellas les lavan ropa y lo tratan bien... entonces si ellas no me hacen esto, ¡voy a buscarme otra! Porque ella no le plancha, no le lava, no le cocina.... Entonces ellos van y se buscan otras mujeres” (Entrevista 3A).

No obstante, dado el sistema de organización familiar, se permite con frecuencia a los hombres tener parejas sexuales múltiples al mismo tiempo, como demostración de su masculinidad a través de un instinto que es incontrolable y aceptable⁸:

"Los hombres son hombres" (Entrevista 5);

“Yo sé que él es hombre y no se va a aguantar" (Entrevista 8);

"Los hombres son un poco más sinvergüenzas" (Entrevista 13).

En consecuencia, paradójicamente los hombres no son considerados como un grupo de riesgo en términos morales, pues la enfermedad misma hace parte de su rol de género y resulta ser la consecuencia de un evento donde él no tenía opción, porque la demostración ante sus pares y ante las mujeres de su capacidad sexual es prioritaria (Viveros 2000; Méndez et al 2001). Es así asumido por parte de una de las mujeres entrevistadas:

“Como era tan promiscuo, mujeriego... es más: le hablaba de VIH (...) Yo le decía cuidado con un Sida por ahí. Y él me contestaba: Qué Sida, ni que nada,

⁸ Ver Capítulos 1 “Mujeres tejiendo redes, hombres procreando: la organización familiar” y 2 “Enredos amorosos y placeres incorporados la sexualidad y el cuerpo sexual” de la presente monografía.

Usted lo que tiene es que coger sus platos de su comida y más nada. Yo soy hombre. Yo la entiero a la que me lo de. Esa era su respuesta” (Entrevista 1).

Así, más allá de la enfermedad misma, las mujeres clasifican como riesgoso que su pareja se enamore de otras mujeres y que el hombre se infecte durante los encuentros sexuales con ellas:

“Él es militar y pasa viajando y eso... Entonces en esa parte se tiene que cuidar él y a la vez yo. Porque que tal que en un viaje de esos se enamore por allá. También me da temor. Así que todo depende de los dos. Bueno, más de parte de él, porque yo sé que yo lo espero. Porque yo lo quiero bastante. Parece que él a mí también pero como la carne es débil (...) tú sabes que una mujer se cuida más que el hombre. El hombre a veces no mide las consecuencias, sino que aprovecha el momento que le brindan (...) Pero sin embargo, yo siempre le he dicho, □□□□ como tú te vas por allá, mira que caras vemos, corazones no sabemos ...” (Entrevista 8).

Siguiendo esta lógica, los hombres no se consideran como responsables de la infección por VIH y resultan siendo las mujeres que logran conquistar a los hombres a través de sus atributos corporales, quienes ponen en peligro a los hombres:

“Y prácticamente esas [las mujeres bonitas] son las que están enfermas, son como las manzanas: que están bonitas por fuera y dañadas por dentro. Porque (...) las mujeres salen con el uno, con el otro, tú sabes.” (Entrevista 10).

Adicionalmente, estas mujeres son representadas como malvadas, pues si "Ellas si están infectadas tienen que infectar" (Entrevista 6A). Esto nos lleva a decir que en primer lugar, las mujeres que no cumplen con los roles de género tradicionales, son las que son representadas como aquellas que transmiten la infección, como sucede en una comunidad en Durban, Sur África, en donde las construcciones específicas sobre la feminidad y la

dicotomía entre mujer tradicional y mujer moderna anclan las representaciones sociales del SIDA a la cadena simbólica mujeres- peligro- enfermedad (LeClerc- Madlala 2001). De esta manera, en general, son las mujeres “de la calle” (Entrevistas 2, 3A, 7, 8 y 9) las que se consideran en riesgo, éste último representado como una evidencia de que ellas tienen un comportamiento moralmente reprochable, a saber: Tener varias parejas sexuales masculinas al mismo tiempo (Entrevistas 3A, 4 y 6A): "Doctor, yo sólo he tenido dos parejas"; "Él [la segunda pareja], nunca se puso preservativo, la verdad (...) como él era mi pareja fija, yo nunca pensé que..." (Entrevista 4); "Cuando uno no tiene una pareja fija, tiene que cuidarse" (Entrevista 13). La utilización de drogas: “Tienen más hombres pa’ poder comprar drogas. Se toman una pastilla de esas, mejor dicho y salen con el uno y con el otro, mejor dicho, no les basta. Entonces la clase alta es donde más se ve eso” (Entrevista 9). Y el intercambio de sexo por bienes y dinero (Entrevistas 2, 6A, 8 y 9) “Hay pelaas que porque el hombre les regala un buen jean, una buena blusa, se acuestan sin saber de donde viene ese hombre (...). Pelaas que se visten bien a costillas de los hombres. De los tres o cuatro, ¿Cuál está infectado?” (Entrevista 6A).

Sin embargo, aún a sabiendas de que su pareja tenía otras parejas sexuales, las mujeres del grupo entrevistado, se consideraban exentas del riesgo, dado que ellas cumplían con sus roles de género prescritos. El siguiente caso, ilustra como así el hombre tenga a dos mujeres en la casa, si ellas permanecen dentro de ésta, no tienen porque resultar infectadas: “Me imagino que [se infectó] con una mujer de la calle porque la muchacha con la que él vivía también, la llegó a infectar también" (Entrevista 7).

De esta manera, el riesgo frente al VIH se convierte en un dispositivo moral, a través del cual se condenan ciertos individuos que cruzan un límite considerado prohibido (Douglas 1969). En este sentido, el riesgo es considerado un círculo en el cual las personas que no cumplen con las expectativas morales del grupo social resultan infectadas y por tanto, terminan infectando a víctimas inocentes:

"Esas personas son portadoras. Esas personas saben que cuando contraen esa enfermedad se quedan calladas y contagian a personas inocentes como seduciéndolos, proponiéndoles cosas que la persona no se da cuenta porque son portadores sanos que se ven normal, caen en la tentación y ahí queda la enfermedad" (Entrevista 8).

Ahora bien, dentro de la categoría de riesgo construida a nivel local, es frecuente encontrar ambigüedades, que permiten emitir los juicios de valor de acuerdo con las circunstancias. Específicamente en el caso Cartagenero, las mujeres *bonitas*, constituyen algo que es deseable para las mujeres porque de esa manera pueden atraer a los hombres, y para éstos son objeto de conquista, como se había detallado en el anterior capítulo. De este modo, las mujeres son concebidas como actores que juegan un doble rol y por lo tanto se dibuja una línea clara (casa- calle) que al ser traspasada resulta en una contaminación (Douglas 1969) que opera de manera retroactiva, evidenciando que cruzó un límite cuando resulta infectada y proyectiva, prediciendo que si transgrede los roles tradicionales, se infectará (Lupton 1993).

Por lo demás, la noción de riesgo se utiliza como una manera de detectar la desviación social, como algo que está por fuera de la norma (Crawford 1994) y por tanto, es "el otro" el que se califica como contaminado, noción que se construyó también a partir de la información que recibieron las mujeres locales sobre los grupos de riesgo, constituidos por las prostitutas y los homosexuales:

"En ese tiempo pensaba que la enfermedad era algo de prostitutas y homosexuales" (Entrevista 1).

"Ya después de que se murió [su segunda pareja sexual], a mi me dijeron que él andaba con maricas" (Entrevista 5).

“Las trabajadoras sexuales y los homosexuales son los más propensos a contraerla [la enfermedad, VIH/ Sida]” (Entrevista 8).

"Yo no sé si tú tienes conocimiento, que aquí pasó algo de un homosexual que sabía que tenía VIH y estuvo con varios jóvenes y dejó muchos jóvenes aquí en el barrio... eso salió una vez en la prensa. Él sabía que tenía eso y estuvo con muchos jóvenes. Y hoy en día son portadores del VIH. Y aquí en el barrio pues nos preocupa mucho eso (...) eso es preocupante, también por la ola de homosexuales seducen a los jóvenes y ellos pues, por tener platica, pues no miden las consecuencias. Otra preocupación son las trabajadoras sexuales que se paran en la calle de la media luna y con el uno y con el otro y no utilizan condón y ahí viene la cadena” (Entrevista 10)

Las categorías anteriores construidas a nivel local, nos llevan a decir que el riesgo es concebido finalmente como algo que es visible y que se puede hacer evidente en la medida en que se conocen a las personas en profundidad, es decir, cuando son consideradas “un igual” están exentas de riesgo, juicio que se lleva a cabo con base en la apariencia (Skidmore y Hayter 2000):

“Uno corre muchos riesgos porque a veces el cuerpo se ve sano, pero uno no sabe que corre al interior del cuerpo y eso es lo único que me da miedo, pero como yo no lo estoy viendo (...) Yo no me siento en riesgo de contraer esas enfermedades, porque me cuido mucho. Porque se pueden visualizar. Yo me percato mucho antes de empezar el acto sexual. No espero contraerlas porque soy muy precavida” (Entrevista 8).

"Uno tiene que tener precaución para todo. No dejarse embaucar por cualquiera" (Entrevista 6)

“Uno vive desprevenido, uno no vive paranoico, como uno sabe que mis amigos, pues no.” (Entrevista 12).

De este modo, el conocimiento profundo de una persona, constituye una manera de protección, de modo que el amor resulta ser el grado de compenetración y conocimiento más alto (Giddens 2000) y de nuevo, en términos morales es lo que es considerado correcto, porque es lo que sublima el acto sexual (Warr y Pyett 1999):

“Ahora se ve que los muchachos se conocen, la primera cita y la segunda cita, y la tercera, por obligación o ya normalmente ya los muchachos van y tienen relaciones sexuales, sin conocerse casi nada. A veces hasta la misma noche que se conocen y después que tienen las relaciones se preguntan el nombre. Entonces ya uno ve como va la sociedad, como van de rápido las relaciones de los jóvenes. No se conocen para nada. Por eso es que hay tanta transmisión de enfermedades, sobre todo del Sida (...) Para mí, primero el amor, la comprensión, el respeto. Dentro de todos esos parámetros, por supuesto que la pasión, uno tiene relaciones sexuales por cierto tiempo, protección, sobre todo. Cuando ya se decide una relación más profunda, yo creo que serían buenos unos exámenes. Hacer algo más consciente, más realista. Hacerse los exámenes (...) para saber si estamos sanos los dos, y tener relaciones adelante para procrear familia” (Entrevista 11B).

6. Representaciones sobre la transmisión del virus

En este pasaje, quisiera hacer una salvedad sobre la información que se obtuvo durante las entrevistas y sobre las preguntas que se le plantearon a las mujeres que voluntariamente quisieron participar en el estudio: Dado que se ha sugerido que una documentación específica sobre las diferentes posibilidades de entrega de semen y fluidos vaginales durante los actos sexuales (Lewis 1998) y que dichas posibilidades, desde una mirada epidemiológica, permitirían establecer las probabilidades de riesgo relativo de infección (Royce et al 1997), a continuación se encontrarán, por un lado, las representaciones que

construyen las mujeres sobre la transmisión del virus. Por otro lado, se explorarán también las sensaciones y emociones que producen los fluidos corporales en el grupo de mujeres entrevistadas, con el fin de establecer si las representaciones, sensaciones y emociones podrían concebirse, desde la salud pública, un factor de riesgo o un factor protector frente a la transmisión del virus.

En el grupo de las mujeres entrevistadas, el cuerpo se concibe como algo que es poroso y por lo tanto que tiene puntos de entrada y de salida por los cuales puede ocurrir la transmisión de una enfermedad (Douglas y Calvez 1990). De esta manera, la vagina (Entrevistas 6B y 11B), el orificio ubicado en el pene, (Entrevista 3B), el ano (Entrevista 3B) y la boca (Entrevista 11B) son considerados como puntos vulnerables. Recordemos que en este grupo de mujeres, estas representaciones se extrapolan a lugares espaciales como la casa, y que la protección de la entrada de la misma por parte de la comunidad, así como la del cuerpo por parte del individuo, prevendría la transmisión de enfermedades (Douglas 1969).

En primer lugar, los puntos de entrada, como su nombre lo indica, constituyen la entrada de “algo”, que es representado como la fuente de la infección. Los fluidos de otras personas tales como el semen, los fluidos vaginales, la sangre y la saliva son los que tienen la capacidad de transmitir el virus:

Investigadora: ¿Y cómo sucede ese proceso?

Entrevistada: Por el esperma de él, y ahí le transmiten el virus a uno.

I: Pero, ¿por qué dices que por el esperma, qué pasa con ese esperma?

E6B: Los virus del cuerpo, viven ahí. Es ahí donde uno se infecta. O en una transfusión de sangre. Yo nunca me hice una transfusión de sangre, a mí nunca me han hecho una transfusión de sangre. En mi caso fue por transmisión sexual, con él. Y que era la única persona que yo tenía en ese tiempo (...)

I: ¿Y cómo hace una mujer para transmitirle el virus a un hombre?

E6B: Porque uno, este... por la, o sea, por la reacción y porque uno bota un flujo, que eso ahí, en ese flujo viene el contagio (...)

I: ¿Y cómo entra ese flujo en el hombre?

E6B: Por el escroto de él, entra el flujo ese que uno tiene que es el que contagia (Entrevista 6B)

“Según mi conocimiento, lo que más se escucha es que el Sida se rota por vía sexual o por contacto directo con la sangre (...) De ahí, de los fluidos sexuales, cuando entran a la otra persona, pasa el virus del Sida directamente a la sangre (...) Y por transfusiones, por una aguja infectada, por una herida. Hasta de pronto, tengo la creencia, no sé si esté equivocada, si una persona tiene una herida en la boca y se bese con otra persona y mediante la saliva, pueda contagiar el Sida” (Entrevista 11B).

Se encontró también, que la menstruación constituye una situación que permite mayor facilidad de transmisión “Porque cuando tiene la menstruación uno tiene los poros abiertos. Cualquier infeccioncita que tenga él, uno teniendo los poros abiertos, la recoge uno” (Entrevista 6B). Adicionalmente, como se ha sugerido antes, la sangre menstrual es representada como fuente de polución y de impureza (Douglas 1969; Kristeva 1998), y por lo tanto las tres mujeres a las que se les preguntó sobre este tema, dijeron que después del periodo menstrual, suelen realizarse un “lavado” especial a base de agua, alcohol y “domeboro”, con el fin de que salgan todos los “residuos” (Entrevistas 3B, 6B y 11B). En este marco, las relaciones sexuales durante la menstruación, son representadas como una trasgresión:

“Si uno bota esa sangre es porque uno no la necesita. Esa sangre tiene uno que botarla. Entonces yo digo, ¿por qué una persona, o un hombre va estar con una mujer con la menstruación? Primero porque yo digo que eso es una porquería. Yo digo que eso es una porquería. Y segundo, que yo no lo veo bien porque eso puede perjudicar.” (Entrevista 6B).

En segundo lugar, los fluidos corporales suelen ser representados como peligrosos porque, dadas sus características físicas y químicas- viscosidad, cohesión y adhesión- pueden “colarse” por cualquier “hendidura” corporal y, durante este proceso, desdibujar los límites entre yo y “el otro” (Douglas 1969) en la medida en que constituyen algo que no es “propio” pero que pueden penetrar “lo propio” y dramáticamente borrar las fronteras entre estos dos (Martin 1995). Siguiendo esta línea de ideas, dichos fluidos evocan entre las mujeres entrevistadas reacciones “visceral”, algunas veces de repulsión y otras veces de atracción, e incluso ambas al mismo tiempo, caracterizándolos como abyectos (Kristeva 1998):

Investigadora: ¿Qué sensación tienes ante un hombre eyaculando?

E6B: A mí nada más que me ensucien (risas)... pues yo no permito que me ensucien. Yo enseguida me paraba y enseguida era a bañarme. Enseguida. Y tampoco permito que... ajá, hay mujeres que les echan el esperma y eso, que les echan el esperma en la pierna, en la barriga, ay, no, no. Porque eso me da ASCO.

I: ¿Y no has oído que les echan el esperma en la boca por ejemplo?

E6B: Exacto. No, yo he visto en la televisión, en las películas y todo eso. Y eso pa' mí es una cosa horrenda. ¿Por qué? Porque a mí me da ASCO. ¿Por qué? Porque yo he tenido relaciones y yo enseguida termino, enseguida me voy a bañar. A bañar, y yo me lavo... porque me siento como pegajosa, como sucia. Y entonces me tengo que bañar.

I: ¿Pero te sientes pegajosa en dónde?

E6B: En mis partes, no me gusta sentirme sucia. Y ese olor... no me gusta, no me gusta. Entonces yo lo que hago es bañarme. Y si he de hacerme una ducha en mi casa o cuando yo llego al día siguiente, yo la hago. Como una vez que yo cuando me agaché... o sea yo hice mi relación yo todo. Y me bañé. Y yo me agaché a orinar y se me vino ese flujo así, feo. O sea, eso me estremece. O sea no me gusta, porque a mí, hasta el olor...el olor... el olor es así como de yuca

rallada o una cosa así, ¡horrible! A mi no me gusta sentir ese olor (Entrevista 6B)

I: Y por ejemplo, ¿qué sientes tú frente al líquido que sale de la eyaculación?

E11B: No me da absolutamente nada de asco. Me parece un líquido orgánico saludable, porque no es un desecho del cuerpo como puede ser la orina, como pueden ser los excrementos. Así que no le tengo ninguna repulsión, ni asco.

I: Cuando tú pones el ejemplo de la orina y de los excrementos, ¿esos qué te producen?

E11B: No, claro, ¡total asco!

I: ¿Y si fuera por ejemplo el semen de otra persona?

E11B: ¡No, no, no, no, no! (Risas) Yo creo que en eso se basa el amor. Yo me he imaginado... pues cuando se me han presentado proposiciones, porque las he tenido, del sexo opuesto que me dicen, mira, ve, sal conmigo hoy y bailamos y terminamos en algo y no es mi esposo, yo creo que no me cabe en la cabeza, todavía, porque tengo una relación sana con él, buena (...), no me cabe en la cabeza tener ni sexo, ni contacto físico, ni besos con otra persona. Es que ni siquiera besarme con otra persona, porque solamente la saliva de otra persona me da asco. Pero la de mi esposo, no, ni el semen de mi esposo, para nada. Ni hacerle sexo oral a mi esposo, para nada. Pero otra persona, ni el contacto físico, ni la saliva, ni un beso. Nada absoluto. Todo eso me da asco.” (Entrevista 11B).

La intrusión de algo “no propio” dentro del cuerpo es entonces representado como la perturbación de una identidad misma, de un sistema y de un orden, ante lo cual se reacciona intentando no asimilar o expulsando violentamente: “un goce en el que el sujeto se sumerge pero en donde el otro, en cambio, le impide zozobrar haciéndolo repugnante” (Kristeva 1998: 11). No obstante, ese fenómeno y la representación del “otro” es lo que nos permite tener un sentido de la propia identidad (Crawford 1994). Lo anterior tiene una implicación bastante importante frente a la transmisión del VIH y frente al Sida, pues al ser

una enfermedad que está asociada directamente con la inmunidad desde el discurso médico, compromete los procesos en los que el cuerpo “reconoce” lo que es propio de lo que no lo es (Haraway 1991).

De este modo, “la otredad” es finalmente el dispositivo que opera con mayor eficacia en cuanto a la transmisión del VIH y esta es definida por medio de las prácticas que tiene “el otro” que lo clasifican como extranjero y como desviado. Susan Sontag (1989) describe las representaciones comunes del Sida como una enfermedad que deshumaniza y que evoca cierta “animalidad”, lo que marca tradicionalmente la diferencia entre naturaleza y cultura (Haraway 1989). El siguiente relato de una de las mujeres entrevistadas da cuenta, por un lado, de las ansiedades producidas por un líquido animal (la sangre de los monos) que entra en el cuerpo de su pareja sexual, contaminándolo:

“Yo me acuerdo que cuando yo vivía con él, él me decía: tú no sabes que mi papá, nosotros todos nuestros hermanos en Haití, y mi papá, nos enseñó a tomarnos la sangre de los monos. La sangre de los monos nos pone siempre más activos. Usted sabe que ellos tienen unas creencias muy extrañas (...) Él tomaba unas cosas que le mandaban de allá de Haití, en unas botellas, unas cosas oscuras, que la verdad, yo no sabía ni qué era eso. Rezaba sus oraciones, o sea tenía una religión que no era la católica (...). Como él es de allá, de pronto él ya venía con su problema (...) lo que yo he leído y he escuchado, que ellos ya nacen con su infección. Pero hay unos que no desarrollan la enfermedad”
(Entrevista 4)

Ahora bien, en este contexto, nos lleva a pensar que dentro de la dicotomía propia de la abyección (atracción- repulsión), finalmente el miedo frente a la transmisión es consecuencia de que los límites entre “yo” y el “otro” no se puedan mantener, como resultado de la facilidad con la que se puede traspasar (Crawford 1994), en particular cuando nos referimos a las prácticas sexuales en un grupo cultural para el cual son tan importantes y ambiguas en la constitución de la identidad. Esta trasgresión se evidencia

cuando una persona es diagnosticada positiva para VIH. De ahí, el estigma, concebido como “*a spoiled identity*” [una identidad dañada] (Goffman 1963: portada; Sontag 1989: 15) que desacredita ante la sociedad a la persona que lo padece (Goffman 1963).

Siguiendo esta línea de pensamiento, una vez se realiza un diagnóstico positivo para VIH, opera una lógica sobre la transmisión del virus, que se basa en la teoría “miasmática”, en la cual se asume que existen ciertos poderes ocultos que permiten que los gérmenes se transmitan por medio del aire, de los cepillos de dientes o de los utensilios de cocina, implicando que la proximidad es peligrosa (Douglas y Calvez 1990). Varias de las mujeres VIH positivas que fueron entrevistadas cuentan experiencias que han tenido frente a la comunidad con respecto a este tema:

“Me tocó convivir cosas muy difíciles, había muchos vecinos, incluso hasta niños que me rechazaron. Sí, se apartaban del lado mío por donde caminaba. Porque ellos pensaron que al estar junto conmigo se iban a enfermar, que si hablaban conmigo se iban a enfermar. Yo tenía una venta de hielos y me tocó quitarla porque el hielo se ponía mojoso y nadie lo compraba.” (Entrevista 1)

“En el barrio, me miran extraño, me miran raro. Yo les digo: ¿Por qué me miran así? Si yo no les he hecho nada! Será que andan diciendo que yo tengo una enfermedad. Muchas saben que □□□□ [primer marido] murió de eso. Después dicen que uno está podrido por dentro, que uno está infectado por dentro. No quieren hablar con uno y entonces no le dan agua en el mismo vaso, porque dicen que eso se pega (...) El otro día, mi sobrino me dijo: □□□□ [nombre de la mujer entrevistada], se van a mudar. ¿Quién? La señora de al lado. ¿Por qué? ¡Si yo no le he hecho nada! Es que andan diciendo que tú estás enferma (...) ella mandó trapear. Como uno entra en el mismo baño, que se le puede pegar, que la enfermedad, y que ustedes están podridos por dentro.” (Entrevista 3)

“Me da miedo que me entierren ahí mismo [cuando muera]. Porque la gente tiene miedo... Piensan que el virus se tiene que salir volando y se le van a pegar a otras personas” (Entrevista 6B).

Ante este panorama, el riesgo y las representaciones sobre el contagio, se constituyen como una dimensión emocional de una trasgresión (Douglas 1969) que se expresa en términos morales y por tanto cumplen una función en la construcción de los vínculos sociales (Durkheim 1928) y por tanto son una manera de cohesión social (Crawford 1994; Lupton 1997).

7. Representaciones y uso de los condones

Actualmente, desde la salud pública se promociona activamente el uso de condones o preservativos para disminuir la probabilidad de transmisión del VIH y otras ITS, siempre y cuando se usen correcta y consistentemente (Youssef 1993; Green 2003; Holmes et al 2004; OMS, ONUSIDA y UNFPA 2004). No obstante, existen ciertas reservas, en diferentes niveles, frente a tal aseveración. En primer lugar, ante la calidad del producto como tal, según Green (2003) existen varias evidencias que cuestionan la permeabilidad del látex con respecto al VIH, que han sido reiteradamente pasadas por alto dado que la probabilidad de transmisión es mucho más elevada (factor aproximado de 10,000) sin el uso del condón. Green también cuestiona el hecho de que las condiciones de la vida real no son nunca reproducidas fielmente por las pruebas en el laboratorio, de manera que aún más que la porosidad, es una preocupación el rompimiento y el deslizamiento de los condones de acuerdo con ciertos comportamientos durante las prácticas sexuales y con respecto a la talla de los condones que frecuentemente no corresponde a la de la población local (Spruyt et al 1998). En efecto, existen evidencias de que un alto porcentaje de parejas buscan ayuda a causa de accidentes relacionados con el uso de condones (Espinós- Gómez et al 2006). En Cartagena, se encontró que estos fenómenos ocurren con cierta frecuencia:

“Y si en un descuido, como mi hermana que ella me dice de que, ajá, vamos a poner un ejemplo, si una persona sana se meta a vivir con un una persona infectada con el virus, ¿y si se le parte el condón? Ahí está el contagio. Entonces ella dice que ella no se arriesgaría. Como el marido de □□□□ [amiga de ella] que se arriesgó a vivir con □□□□ sabiendo de que □□□□ era positiva (...) Según ella, usaban condón. Que dizque quedó embarazada porque el condón se rompió. Entonces mi hermana dice, ajá, si uno tiene relaciones con el señor o con la muchacha... Ella dice que no todos los condones son seguros. Porque a ella se le partió uno. Y de buena marca porque ella dice ‘a mi se me partió uno de buena marca’. Si se rompe el condón, al romperse, la persona ni siente cuando se rompe. Sino en el momento de que ya terminaron entonces se dan cuenta de que se rompió” (Entrevista 6B).

“Se rueda [el condón] pero no, él siempre está pendiente de que no se salga ni nada (...) Cuando tenemos relaciones yo siempre estoy pendiente de que no se le rueda, vuelvo y se lo halo, porque hay veces que sale como muy pequeño” (Entrevista 7).

Surge la idea entonces, de que aún utilizando los condones existe un riesgo de contraer el VIH, si se tiene un contacto sexual con una persona que ha sido diagnosticada. En este orden de ideas, vale la pena resaltar que en esas circunstancias tener relaciones sexuales es un riesgo que se toma solamente cuando existe amor de por medio:

“Ese hombre estaba enamorado de ella. Porque no todo hombre que uno le dice yo soy VIH positiva se van a vivir con uno. Lo primero que dicen: Ay ¿Y si me infecta a mí? (...) No toda persona no positiva se arriesga a tener relaciones con una persona positiva. Tiene que ser que esa persona quiera tanto a esa otra persona pa’ arriesgarse” (Entrevista 6B).

En segundo lugar, influyen en el uso del condón, las representaciones que la gente local tiene sobre los mismos (Klein y Knäuper 2003). Al igual que con el riesgo, las representaciones sociales sobre los condones, están sujetas a un anclaje a construcciones sociales previas, que en el grupo de mujeres entrevistadas, se basan en un sistema moral que contiene nociones sobre la otredad, la confianza y el compromiso, en particular en el grupo de las mujeres más jóvenes en donde las uniones se dan de forma separada con respecto a las relaciones sexuales y a los embarazos. De este modo, el uso de los condones ocurre dentro de un marco en el que se asume por parte de las mujeres y de los hombres que existe un cierto grado de exclusividad, haciendo la salvedad en algunos casos, que el hombre puede tener más de una mujer “de la casa”:

“Él decía que él no tenía que usar preservativo, ni nada de eso porque las mujeres de él éramos nosotras y él no tenía porque estar usando eso en la casa”
(Entrevista 2).

En este orden de ideas, ocurre en Cartagena el mismo fenómeno que ha sido descrito en varios lugares del mundo: Los condones son asociados con relaciones casuales y múltiples, en donde los miembros de la pareja sexual no se involucran afectivamente y por tanto donde no existe un compromiso emocional:

“Yo con mi marido nunca lo usé, jamás. Yo me separé cuando yo tenía 10 años de casada. Después de dos años de estar separada sí tuve una relación. Y ahí sí usaba el preservativo (...) porque yo digo que cuando los hombres ya llegan a los 40 años no quieren tener ninguna formalidad y tenía varias mujeres y entonces, precisamente me daba miedo coger unas enfermedades porque yo siempre he sido una mujer sana” (Entrevista 13).

De hecho, la discontinuación del uso del condón marca el inicio de una relación relativamente permanente y es representada como una expresión del amor y de la intimidad, lo que resulta extremadamente importante en el caso de las mujeres estudiadas (Misovich et

al 1997; Macaluso et al 2000; MacPhail y Campbell 2001; Green 2003; Watson y Bell 2005; Singer et al 2006). El caso siguiente muestra como una mujer valora altamente el hecho de que su pareja le haya pedido que dejaran de usar el condón durante las relaciones sexuales:

“Al principio que nosotros empezamos a tener relaciones sexuales, él siempre usaba sus condones. Ya después hubo un momento en el que yo me inyectaba porque el me propuso que si ya éramos pareja estable, porqué nos íbamos a estar cuidando así, con condón... Si el confiaba plenamente en mí, yo tenía que confiar plenamente en él. Y entonces tomamos la decisión (...) Ahora es más placentero que con el preservativo, pero mi pareja creo que también se siente bien así, sin preservativo (...) me dice, niña me siento más satisfecho así, sin el preservativo, se siente más rico. Entonces a él le gusta y a mí también” (Entrevista 8).

Los condones son, para la mayoría de mujeres entrevistadas, representados como barreras emocionales (Warr y Pyett 1999) que truncan la liberación de las diferentes formas de las expresiones amorosas en el desarrollo de la relación sexual (Lupton 1997; Hirsch et al 2002; Hoosen y Collins 2004). En consecuencia, limitan el placer tanto para los hombres como para las mujeres (Entrevistas 1, 2, 8, 10 y 11), teniendo en cuenta que el género y el sexo son experimentados como relacionales en Cartagena, y que la pareja constituye la unidad de goce sexual (Mantell et al 2006), por lo menos, en este caso, para las mujeres entrevistadas. En este sentido, dado que el rol de género le permite al hombre tener más de una pareja sexual, las mujeres esperan que su hombre utilice condones con las demás mujeres, experimentando esto como una manera de “exclusividad sentimental” y dejando así a las otras mujeres en un plano puramente sexual: “Él usa su protección con condón cuando va a estar con otra persona” (Entrevista 8).

También en este contexto, se encontró que las mujeres no utilizan el condón durante el sexo oral (Entrevistas 8 y 9), probablemente porque las nociones de transmisión del virus están

fuertemente enmarcadas dentro de las representaciones sobre como ocurre la reproducción humana:

“Porque si ella quedó embarazada fue porque el condón se rompió en el momento de la relación sexual y entró el espermatozoide a la vagina de □□□□ y ahí fue donde ella quedó embarazada. Entonces hay riesgo de que pudo haber contagio. Ella tuvo que haberlo contagiado a él” (Entrevista 6B).

A pesar de lo anterior, en ciertas ocasiones, se hacen evidentes ciertas tensiones entre los géneros, de nuevo, con relación al amor romántico y la exclusividad sexual y dentro de las cuales el condón se convierte en un castigo:

"Al principio yo se lo exigí [el condón] cuando yo me enteré que él vacilaba con otra mujer... Aunque él decía que no, dije no, si quieres estar conmigo, te pones tu condón (...) Él al principio se oponía, que ¿Cómo me voy a poner condón con mi esposa? (...) Yo le decía que tenía que usar protección por mí y por él, que mirara también con quién se había acostado. Que se diera cuenta que esa muchacha no andaba con él solo" (Entrevista 10).

Ahora bien, varias de las mujeres entrevistadas manifiestan que aún poniendo en evidencia ante su pareja las relaciones sexuales múltiples en las que él se involucraba, la solicitud de la utilización del condón, resultaba muchas veces en abusos físicos por parte del hombre sobre la mujer:

“Yo le decía que usara condón y él: ¡Pa’ qué usar condón! ¿Pa’ qué? Entonces le daba rabia. Entonces me pegaba, pegaba, porque yo le decía que usara condón. Y me daba pelas.” (Entrevista 3A)

En estas situaciones, es posible que los hombres encuentren como una agresión hacia su rol masculino por parte de la mujer, en cuanto a su derecho como hombre a la multiplicidad de

parejas sexuales (MacPhail y Campbell 2001) y como poseedor y controlador del cuerpo de las mujeres. En este sentido, los condones pueden ser representados como una forma de liberación sexual por parte de las mismas, lo cual produce cierta inseguridad y ansiedad que pueden resultar en violencia verbal, física y sexual de los hombres para con las mujeres (Oriol 2005; Mantell et al 2006).

Por lo demás, vale la pena anotar que la región que tiene el porcentaje de uso de condón más bajo en Colombia, corresponde al de la Costa Atlántica (Profamilia 2005), de manera que se hace evidente una tensión entre seguridad y fertilidad (Farmer 2000; Chen et al 2001): “Yo pa’ qué voy a usar [condón] si yo quiero tener mi primer hijo” (Entrevista 3A)

En este capítulo han confluído finalmente los roles de género y el riesgo como elementos que se unen para crear una categoría que permite a los cartageneros interpretar una realidad cambiante y darle sentido a ciertas actitudes y comportamientos, en términos morales, pese al discurso epidemiológico. De igual manera, hemos presentado las representaciones que se tienen sobre la forma en la que se transmite el virus frente a los fluidos corporales, que producen una serie de emociones, que están enmarcadas socialmente con respecto a los mismos valores de género que impactan la noción de riesgo. Sucede entonces lo mismo con los condones, que obran no solamente como una barrera emocional para las mujeres, sino como un obstáculo de demostración del orgullo masculino para los hombres.

DESENREDANDO NUDOS, RECORRIENDO TRAYECTORIAS: EL DIAGNÓSTICO

1. Diagnóstico temprano y significados locales de la Prueba para VIH.

Actualmente, desde la salud pública, se busca identificar la ocurrencia de una enfermedad en una etapa presintomática de forma que se le pueda dar un mejor control o pronóstico. De esta forma, se promueven frecuentes visitas al médico (una vez al año mínimo), con el fin de evaluar los diferentes riesgos para salud, de acuerdo con las predisposiciones genéticas, el medio social y el estilo de vida de los individuos. Así, la realización de un diagnóstico temprano, en el marco del cual los mecanismos de la enfermedad producen cambios estructurales y funcionales, aún libre de sintomatología, se pueden encontrar por medio de pruebas de laboratorio. El objeto de realizar dichas pruebas, es la posibilidad de ubicar el “punto crítico”, que en la historia natural de la enfermedad, corresponde al momento en el cual el manejo o tratamiento de la misma es mejor antes que después (Chalco Orrego 2002: 64).

Con respecto a la infección por VIH, el CDC de Atlanta (1993) ha establecido que existen diferentes etapas en la historia natural de la enfermedad. Durante la primoinfección, que corresponde al periodo entre la exposición y la aparición de anticuerpos contra el VIH, no se identifican síntomas inmediatos que puedan ser directamente relacionados con la ocurrencia de la enfermedad. Este periodo se encuentra dentro de la categoría clínica A, que es seguida por las categorías B y C, las tres, definidas por diferentes espectros de enfermedad determinados por infecciones oportunistas o neoplasias⁹.

⁹ Ver: CDC Atlanta

1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. Documento electrónico, <http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/m0018871/m0018871.asp> recuperado el 26 de enero de 2006.

Con el fin de detectar la presencia del virus en la sangre de una persona infectada pero asintomática, se realiza en un principio, un procedimiento llamado Prueba de ELISA para VIH, cuyo objetivo es extraer sangre y por medio de la identificación de ciertos anticuerpos, la prueba arroja un resultado positivo o negativo para VIH. Enseguida, en caso de resultar ésta positiva, se lleva a cabo una prueba confirmatoria llamada Western Blot, que corrobora la especificidad de los anticuerpos hallados en la primera prueba (Bartlett y Gallant 2005).

No obstante, el énfasis que la salud pública le otorga a las pruebas de laboratorio y paneos médicos con el fin de diagnosticar enfermedades en sus etapas tempranas, responde a una amenaza de muerte sentida, causada por una enfermedad que puede ser invisible, silenciosa o latente (Lupton 1997). En este sentido, es que Anthony Giddens se refiere a una de las características de las instituciones modernas, como vivir en un “clima de riesgo” (1995: 159), en el que los conocimientos expertos se focalizan en el futuro, como consecuencia de prácticas presentes que pueden ser controladas o reguladas. En este contexto, las pruebas diagnósticas aparecen como procedimientos neutrales, libres de cualquier valor moral y escudadas por la rigurosidad ‘científica’ y ‘objetiva’. Empero, en el caso de la infección por VIH, especialmente, este tipo de pruebas pueden ser a menudo interpretadas como una herramienta para detectar la desviación social (Brown 1995) en un contexto en el que el riesgo es sinónimo de pecado (Lupton 1993). En efecto, esto se reconoce de alguna manera a nivel oficial, en la medida en que se ha sugerido que una prueba de ELISA debe estar acompañada por una asesoría psicológica individual antes de la realización de la misma y en el momento en el que se entregan los resultados (República de Colombia, Resolución Número 00412 de 2000), con el fin, por una parte, de evaluar las prácticas de riesgo y la vulnerabilidad del individuo, y por otra parte, de “contener” las reacciones emocionales de las personas que se someten a dicha prueba.

Siguiendo esta línea de pensamiento, el hecho de pasar por una prueba diagnóstica corresponde básicamente a una experiencia emotiva. Como lo nota Lupton (1997), Goldstein hace énfasis en que realizarse una prueba de ELISA para VIH equivale a un rito

psíquico, en la medida en que considerar la posibilidad de un resultado positivo conlleva un sentimiento de culpa con respecto al pasado, rabia en el presente y miedo del futuro. En efecto, la realización de esta prueba lleva implícitos grandes costos emocionales en la medida en que genera altos niveles de ansiedad, pues genera preguntas sobre los diferentes significados que puede tener un resultado positivo (Maynard 2006). Adicionalmente, hay que considerar el hecho de que la gente que no presenta síntomas debe prepararse para afrontar una enfermedad seria y que el ser identificado como VIH positivo puede ser personalmente destructivo y “harrowing” [horroroso, traducción libre] (Lupton 1997: 98). Un diagnóstico positivo constituye una situación marginal, porque puede, literalmente producir un colapso de la realidad (Berger y Luckmann 1967).

Ahora bien, dado que gran parte de los diagnósticos se hace en el momento en el que la persona tiene un estado tardío de infección, cuando los síntomas son evidentes (ONUSIDA 2006), de las 7 mujeres viviendo con VIH, 5 reportaron que supieron de su condición cuando su pareja estable cae enfermo, y los médicos ordenan la prueba para él, su(s) pareja(s) sexual(es) e hijos. Todo este proceso es ilustrado en el siguiente pasaje, en el cual una de las mujeres entrevistadas relata como fueron realizadas las pruebas y el diagnóstico subsiguiente:

Entrevistada 1: Le daban muchos dolores de cabeza, le daban fiebres en las noches, le dolían las piernas, bastantes gripas. Una vecina me decía que lo llevara al médico, lo llevaba a la IPS, allá le mandaban esos remedios para la gripa, le mandaron rayos X de tórax, le mandaron baciloscopia, gracias a Dios no le salió nada. Y empezó a bajar de peso, por ahí como en el transcurso de un año, empezó a desmejorarse aún más, pérdida de peso, fiebres, todas las noches. Investigadora: ¿En ese momento en la IPS tampoco consideraron la posibilidad de VIH?

E1: No, allá no la consideraron. Le trataron para su gripa, le mandaron sus antibióticos, le hicieron sus placas, su baciloscopia no le salió nada y ya.

I: ¿Y finalmente, cómo se hizo el diagnóstico de él, cómo se llegó a la conclusión que era VIH?

E1: En la profesión que él tiene como sparring o cobrador en bus, ese es un medio también muy promiscuo, considerado al igual que también los conductores. Él empezó a enfermar y en la clínica □□□□, ahí lo tuvieron un día en observación. Pero después de rodeado ese año, los síntomas empezaron a cambiar. No solamente era la fiebre. Empezó a aparecer la diarrea y bastante persistente, tanto en frecuencia como en cantidad. De ahí le dieron paso a un hospital ya de un nivel más alto que aquí era el hospital □□□□, que ahora mismo no está funcionando. Y allá empezaron a preguntarme los antecedentes sexuales de él, como era su vida.

I: ¿Te preguntaron, a ti, a ti te llamaron?

E1: Sí, por que yo fui la que lo llevé, y entonces le mandaron la prueba de ELISA para VIH. Que desafortunadamente los médicos decían que las muestras en varias ocasiones se dañaron. El reactivo no servía, no funcionaba. Y en ese proceso, duramos alrededor de 20 días, pero lo que inicialmente le trataron fue una enfermedad que en ese instante el POS no la cubría, que era toxoplasmosis cerebral. Como le daban unos dolores de cabeza tan fuertes le hicieron TAC con medio de contraste y sin medio de contraste y le encontraron el parásito del cerdo y empezaron a tratarlo. En esa primera etapa de su enfermedad, él quedó ocho días en estado de coma, solamente se sabía que estaba vivo porque respiraba a través de unos aparatos que tenía. Después poco a poco gracias a Dios empezó a ir evolucionando y duró hospitalizado 20 días y 19 noches, durante los cuales solamente vi a mi hija dos ratos, un día que vine a la casa y otro día que fui al colegio.

I: ¿Tú estabas con él todo el tiempo?

E1: Ajá, no podía salir, porque la mamá de él que vino a atenderlo, ella no sabía leer no conocía la ciudad, y yo mas bien era la enfermera de planta. Otra cosa, como empecé a sospechar lo que él tenía, porque los médicos, no sé... mientras en los pasillos se pierde la ética, a veces lo saben los médicos, lo saben

las enfermeras, e incluso hasta los que hacen el aseo, el familiar del paciente a veces, sucede que no lo sabe.

I: ¿Pero en ese momento ya todo el mundo sabía que tu esposo era VIH positivo?

E1: Si, e incluso hasta por el barrio se comentaba que ya él tenía la enfermedad porque algunas otras personas habían enfermado y habían estado hospitalizadas en el octavo piso, mas exactamente en el área de infectología. Otros iban por verlo como estaba, muchos amigos lo visitaban y otros por ver si ya estaba para morirse o que sucedía con él. Hubieron comentarios de todas las formas. Mientras tanto yo que siempre estaba ahí con él, le preguntaba al médico, me decía: No, las muestras se dañaron. El reactivo ni sirvió... Hasta un día que ya mi curiosidad no aguantó tanto y traté como de acercarme bastante a la historia clínica y una enfermera jefe que estaba, me regañó, pero las enfermeras cogieron tanta confianza conmigo que el hospital era mi casa (...) Y vine a enterarme de su enfermedad un día antes de que él saliera de alta, pero sin embargo me había quedado una sospecha por que a veces las enfermeras le ponían las destrosa y se le acababa. Dejaban la otra bolsa, y yo retiraba la vacía y se la colocaba. Hubo un día que me dijo una enfermera que se hizo muy amiga: Mija, cuidado te puyas, ¿ese niño dónde cogió esa mala enfermedad? Pero no me explicó más nada. Yo quedé tan nerviosa, que yo tenía una botella de alcohol, que se me cayó, y los vidrios... Y yo empecé a recogerla, mi suegra con miedo que yo me fuera a cortar. Él estando hospitalizado, también desarrolló una enfermedad venérea. Los médicos nunca especificaron, pero el pene, o sea sus genitales, empezaron a pelársele. Se le hicieron llagas y todo eso me tocaba curárselo. Un día antes de que le dieran la de alta, el médico infectólogo tratante me dio la orden para que fuera a □□□□ [ARS] y buscara una orden no normal sino como alto costo, y los exámenes todavía, supuestamente para mí, no habían dado los resultados.

I: ¿Pero, a ti ya te habían hecho la prueba de ELISA también?

E1: No, bueno, y cuando llevaba los papeles por ahí, a la altura de los cuatro vientos, que iba hacia la ARS donde estoy ahora, □□□□, yo empecé a leer lo que llevaba en mis manos, y fue muy duro cuando yo leí: Paciente VIH positivo más toxoplasmosis cerebral. Yo estaba a la altura de la avenida, había una carretera bien amplia para cruzar pero en ese instante sentía que el mundo se había caído a mis pies. Pero sin embargo le pedí fuerzas a Dios para continuar y llevar la orden allá. Cuando llegué a □□□□, ahí empezaron... Iba también una fórmula de medicamentos antirretrovirales para que se la suministraran, otra nota donde decía la que orden ya no era sencilla sino que era paciente de alto costo porque ya eran dos patologías que le manejaban. Cuando llegue al hospital ahí empezó mi calvario, ahí si empecé a llorar porque ya sabía la verdad. Cuando el médico llegó, él me explicó, que a muchos familiares de pacientes no se les decía la verdad porque muchos, a veces, dejaban al paciente abandonado a su suerte y ya ellos habían tenido bastantes problemas por eso. Al día siguiente le dieron la de alta. Él salió ya un poquito mas recuperado, no caminaba, no hablaba bien, debido a que su estado de coma, tuvo medio cuerpo paralizado. Esa recuperación tardó cuatro meses. Pero ahí empezaba otro proceso que fue bastante duro debía hacerme los exámenes, y no solamente debía hacérmelos yo, también mi hija. Una enfermera en el hospital me habló del doctor □□□□, que es el que hasta hace poco llevaba el programa de VIH sida en el DADIS, pero mi preocupación era que yo no tenía un SISBEN no tenía ARS, cuando llegue allá para mi gran sorpresa, le doy gracias a Dios, mi tía quien me había criado entre ella y mi hermana, ellas me habían Sisbenizado en el barrio □□□□ y tenía un SISBEN con estrato dos, me mandaron a hacer la ELISA, la primera prueba, el médico daba vueltas para entregármela. Eso fue mas o menos a finales del mes de marzo. Y me dijo, véngase el otro miércoles y ahí hablamos. Le dije doctor, sabe qué, le voy a decir, mis exámenes salieron positivos porque usted está dando muchos rodeos. Dígamelo, de una vez, no espere a que venga la sicóloga. Ahí me mando a hablar con la sicóloga que era la doctora □□□□, en ese entonces, ella empezó a explicarme, trató de darme

como una esperanza, que si el primer examen salía positivo de pronto el segundo podía salir negativo. Yo le dije doctora, no me engañe. Por razones del destino y razones económicas, yo no terminé lo que estaba estudiando que era auxiliar de enfermería, pero cuando un examen en un paciente VIH positivo, el primero da positivo, es difícil que los últimos salgan negativos. Ella me dijo, no, no en todos los casos. Debes hacerte el segundo, y después una prueba más adelante que se llama Western Blot, que es la que confirma las cosas. Empezaron a preguntarme que si tenía hijos, yo les dije que tenía una hija que iba a cumplir ocho años, que también debía realizarle los exámenes. Eso fue lo que mas me dolió. Al día siguiente regresé por la orden para mi hija para hacerse los exámenes, y por la mía que ya vendría siendo la segunda prueba de ELISA. Lo más difícil en toda mi vida y en todo este diagnóstico, a pesar que en el barrio donde vivo mucha gente rumoraba sobre la enfermedad, para mí lo más difícil fue decírselo a mi hija, que se le iban a realizar unos exámenes y por qué, y las condiciones en que estaba su papá y en las que me encontraba yo. Al día siguiente madrugamos, le hicieron los exámenes en el laboratorio □□□□, y los entregaban a los tres días, pero como fuimos un jueves ya nos tocó buscarlos el lunes. Sin embargo, el lunes cuando llegué, lo primero que hice fue pedirle mucho a Dios, y abrí el examen de mi hija. Cuando lo abrí y empecé a leerlo, le di gracias a Dios, porque el de ella salió negativo ya ahí había una esperanza para seguir luchando. Después abrí el mío, dio positivo, lo tomé normal. Ajá, Dios mío, ya que voy a hacer. Me duele, pero igual hay que continuar la vida no acaba (...) Bueno para no alargar tanto la historia, debía hacerme a los quince días, la prueba confirmatoria, la Western Blot, llevar a mi hija que se hiciera la segunda prueba, ahí la mandaron a otro laboratorio ya mas especializado, en el □□□□, la segunda ELISA de mi hija salió negativa y mi Western Blot salió positivo. Bueno, lo vamos a dejar así, y ahora le toca hacerle un seguimiento a su hija por espacio de dos a tres años cada seis meses (Entrevista 1).

Teniendo en cuenta entonces, las cargas emocionales que adquieren los análisis llevados a cabo para determinar el seroestatus de una persona, la sangre en este contexto, deviene un objeto cultural lleno de significados. En este sentido, la sangre es representada como portadora de información valiosa sobre los individuos como agentes morales. Por lo tanto, a nivel simbólico y científico (ADN), la sangre de las personas, aún cuando se ve igual, cada muestra contiene la esencia de cada persona, así como su individualidad. La punción de las venas con fines clínicos, entonces revela la paradoja que se establece entre la invisibilidad de la sangre en el cuerpo y su alto perfil, una vez afuera (Pfeffer y Laws 2006). La siguiente conversación con una de las mujeres entrevistadas ilustra lo anterior:

Investigadora: Tú que sientes frente a la sangre de otras personas?

E11B: Miedo. Me parece que esa es la fuente de contagio más grande. Me da terror la sangre de otras personas.

I: Y qué puede tener esa sangre?

E11B: Todo lo que uno no le ve, en el físico a una persona. Si tiene una enfermedad por dentro. Todo lo que uno no le ve, lleva la sangre. Ya sea desde una infección de piel, todo. Máximo el Sida (...) Es la enfermedad de la sangre la más grave (Entrevista 11B).

En este contexto, la sangre adquiere también el poder de revelar el estado general de salud de las personas. Por esa razón, se asume que cualquier procedimiento médico viene acompañado por una extracción de sangre (Pfeffer y Laws 2006). En el grupo de las mujeres entrevistadas, la sangre muy líquida representa un cuerpo enfermo. Veamos las dos siguientes declaraciones de dos de las mujeres entrevistadas:

“Porque como él no sabía de su enfermedad cuando ya lo llevamos al médico, ¡Ya pa' qué! Yo me acuerdo que lo llevé al hospital, y apenas que lo llevé, cuando lo bajamos del carro, enseguida, cuando le iban a sacar la sangre, ya no... La sangre la tenía pura agua” (Entrevista 5).

Investigadora: ¿Para qué sirven las pruebas de sangre?

Entrevistada 6B: Si es que la persona está enferma, como yo, ellos quieren ver cómo estoy. Como tengo los linfocitos, si los tengo bien, si los tengo mal y cuando es una persona normal, es para ver como tiene la anemia, si está anémica, si tiene una infeccioncita en la sangre...

I: ¿Y eso cómo se ve?

E6B: Por un estudio que le hacen a la sangre, por un microscopio creo que es, y ahí las bacteriólogas estudian la sangre, cómo está la sangre, si tiene coagulación, porque si la sangre no tiene coagulación está mala y ahí es que hacen el estudio. O sea, si la sangre tiene coagulación, tiene las defensas buenas, está bien, pero si la sangre no tiene coagulación, si la sangre está bien líquida es que tiene un poquito de anemia (Entrevista 6B, énfasis mío).

Adicionalmente, con respecto a la prueba de ELISA para VIH, se encontró que las mujeres representan entonces dicho análisis como basado en un criterio de comparación para determinar si una muestra resultaba positiva o negativa:

“Yo digo que tienen que comparar la sangre distinta, de que la sangre de una persona normal no hay ningún virus. Ni ningún germen. Entonces acá tiene que aparecer el virus que está en la sangre” (Entrevista 6B)

Investigadora: ¿Cómo es la prueba de ELISA?

Entrevistada 11B: No, no sé, no tengo idea del procedimiento, pero según mi raciocinio, pues me imagino que le aplicarán químicos para ver qué reacción tiene la sangre, o si se devela alguna infección. O, como es una enfermedad sobre la inmunodeficiencia de pronto, hasta pienso, o me imagino, que le aplicarán enfermedades a la sangre a ver si la sangre reproduce plaquetas para defenderse. Si no reproduce, pues me imagino que ellos comenzarán el estudio más profundo y determinarán si es un VIH positivo, ¿Cómo es? Pasivo... ¿Sí? ¿Así? O activo y ahí seguirán las pruebas... y así” (Entrevista 11B)

Finalmente, como lo propone Lupton (1997) se encontró que la prueba de sangre constituye, primero, una forma de purificarse después de encuentros sexuales o al comenzar una nueva relación: “Hacerse unos exámenes antes de tener unas relaciones no es algo descarnado o crudo. Es una realidad” (Entrevista 11A). Segundo, una manera de castigo cuando una infidelidad se hace evidente, o como una manera de adquirir más confianza en la relación: “Lo primero que le reclamaba era tanto que se lo advertía y ahí estaba la consecuencia. Igual ya no se podía hacer nada” (Entrevista 1); “De ahí cogí un poquito de confianza, pero igual no es totalmente... Él nunca se la ha hecho” (Entrevista 10). Y tercero, como un procedimiento más preventivo que diagnóstico, teniendo en cuenta que dos de las mujeres se realizaron la prueba en el contexto de una campaña de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en las cuales se ofrecía este servicio de forma gratuita: “No tuve ningún miedo de que fuera a salir positiva” (Entrevista 13).

2. Representaciones y experiencias del VIH y el Sida

Una de las mujeres entrevistadas, experimentó un proceso de diagnóstico el cual se realizó a través de la actividad semiótica o interpretación de los síntomas que se le presentaron, por parte del personal médico:

“En diciembre, bueno en enero, estaban haciendo... yo soy de □□□□ [ARS a la que está afiliada]. Y entonces, estaban haciendo una campaña de citologías en □□□□. Y entonces, ¡Que están haciendo una campaña de citologías en □□□□, a los afiliados de □□□□, que no se qué! Así fue, sacaban a la gente de la casa pa’ que fueran a hacerse la citología. Yo dije, voy a hacerme la citología, siempre me decían que me hiciera la citología (...) Me la voy a hacer. Me fui y me hice mi citología. A los quince días, que me dieron el resultado. El doctor me dijo: no te vayas porque yo necesito hablar contigo. Bueno así fue. En la citología te salieron unos condilomas, eso no es nada grave. Eso son unas verruguitas que le salen a las mujeres en el útero, pero hay que quemarlas

porque con el tiempo se vuelven cancerosas. Así que te voy a dar una orden pa' que vayas al ginecólogo. Así fue, fui al ginecólogo, entonces el ginecólogo me mandó a que fuera donde un especialista y así fue. Me hicieron colposcopia y todo eso. Y me dijeron: Hay que cauterizarte. Me cauterizaron tres veces, pero (...) yo le dije al doctor, bueno doctor ya me han cauterizado tres veces (...) y entonces, me dijo: Pero tú estás de todo, menos cauterizada. Lo que estás, como si nunca te hubieran cauterizado (...). Vuelve la semana que viene, pa' cauterizarte. Yo entonces me cautericé dos, tres veces, y entonces me dijo: Yo no sé qué pasa contigo. Yo te voy a mandar un análisis. ¡Ahhh! Porque yo tenía, estaba llenita, llena de... Porque a mí me dio varicela, entonces estaba llena como de granos y cosas así... Entonces yo no sé, pero a mí no me gusta tu semblante, me dijo él. Ya como que dice, llevaba yo casi pal' año de hacerme las cauterizaciones, eso fue finalizando el año del 2000. Y entonces él me dijo: Este... Yo te voy a mandar un análisis. ¿Tú aceptarías que yo te mandara un análisis, me dijo, un examen de ELISA? Yo le dije: Doctor, ¿y eso que es? Me dijo: El examen de ELISA es un VIH. Yo le dije: ¡Ahhh! Bueno, está bien (...) Y yo fui y me hice el análisis en □□□□ [laboratorio] (...), y yo misma fui y recogí mi análisis a los 15 días, y yo leí que había salido positivo” (Entrevista 6A)

En el anterior pasaje podemos ver cómo el diagnóstico se realiza de acuerdo con la organización de ciertas entidades patológicas en categorías o nomenclaturas- nosología- según lo que se considera normal o anormal. Este proceso tiene inicio con el descubrimiento social de la enfermedad, que consiste en un reconocimiento por parte de las instituciones y de la gente local de una condición determinada (Brown 1995). Con respecto a la infección por VIH y al Sida, la comunidad científica lo reconoce hacia 1981, cuando se identifican en los Estados Unidos, 5 casos de infección por *Neumocystosis* (un tipo particular de neumonía cuyo agente etiológico es el *Pneumocystis Carinii*) y 26 casos de Sarcoma de Kaposi, todos en varones homosexuales. Entonces se reconoce la presencia de un virus que se transmitía por vía sexual como la causa fisiopatológica más próxima al

desarrollo de la enfermedad. El nombre que se le dio al conjunto de síntomas fue el de GRID *Gay Related Immunodeficiency* [Inmunodeficiencia relacionada con la homosexualidad, traducción libre], aún cuando la enfermedad había sido descrita anteriormente en la región de los grandes lagos de África desde los años 70s (Shannon y Pyle 1989; Lupton 1997; Garrett 2005). Desde 1982 se comienzan a documentar nuevos casos de la enfermedad en personas hemofílicas, politransfundidas, heterosexuales, usuarios de drogas intravenosas y mujeres parejas sexuales de los infectados lo que puso en evidencia que la ocurrencia de la enfermedad no estaba limitada a hombres homosexuales. Esta nueva evidencia conllevó a una nueva terminología, que es la que se conoce hoy en día como Sida o Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Dado que la manera de transmisión del virus que produce el Sida, el VIH- virus de la inmunodeficiencia humana- se asocia con grupos y comportamientos de alto riesgo, tales como el trabajo sexual, la homosexualidad, el uso de drogas intravenosas y hoy en día, con personas que se encuentran en centros de reclusión carcelaria (ONUSIDA 2006), y dado que dichos grupos y comportamientos producen un rechazo moral generalizado (Sontag 1989), un diagnóstico positivo para VIH suele causar disrupciones biográficas (Doyal y Anderson 2005). Esto quiere decir que el sentido de la propia identidad y de la forma en que los demás lo perciben, cambian radicalmente por medio de la realidad de la enfermedad (Zola 1991; Lupton 1997). En este sentido, una transformación tan total, requiere de procesos de resocialización, que se asemejan a lo que ocurre durante la socialización primaria, porque debe construirse una estructura plausible a través de una identificación afectiva con “otros significativos” y que se caracteriza por tener una carga emocional bastante fuerte. Empero, se diferencian de aquella, porque se debe afrontar una situación desintegradora (Berger y Luckmann 1967).

En este contexto, las mujeres con diagnóstico positivo para VIH que se entrevistaron, experimentan la enfermedad de acuerdo con un marco de interpretación local de lo que significa vivir con el virus y de la etiología misma de la enfermedad, que se construyen de acuerdo con las diferentes interacciones sociales, incluida la relación con los servicios

médicos a los que acudieron (Brown 1995). Siguiendo esta línea de pensamiento, los síntomas y dolores experimentados por parte de las mujeres resultan ser metáforas de algo más, que tiene que ver con la forma en la que se anclan al sistema social de significados en el nivel local (Kleinman 1988). En el grupo de las mujeres entrevistadas, en primer lugar, se encontró que la experiencia del cuerpo enfermo se opone a la del cuerpo sexual. Por una parte, una de las mujeres dice que ya no le gustaba tener relaciones sexuales con la pareja porque “Así, parecía que él estaba enfermo (...) porque lo veía así con la diarrea, la diarrea y lo veía flaquito, cada día más flaquito” (Entrevista 5).

Por otra parte, los que se consideran los atributos sexuales y de atracción de una mujer son antagónicos a lo que se representa como consecuencia de la enfermedad. La delgadez se identificó por parte de las mujeres viviendo con VIH y por parte de las mujeres sin diagnóstico, como la característica más relevante y estigmatizante de la enfermedad (Entrevistas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12 y 13). La siguiente conversación ilustra lo anterior:

Investigadora: ¿Y qué pasa cuando te enfermas, qué hace el virus para que te enfermes?

Entrevistada 6B: Me da una fiebre de más de 40, me lleno de granos, pierdo el apetito, me pongo flaquítica, flaquita, flaquita. Pierdo enseguida peso. Se me cae el pelo; O sea, fea, horrible, me pongo horrible (Entrevista 6B).

En segundo lugar, dado que la mayoría de las mujeres no han experimentado síntomas que se relacionan con las etapas avanzadas de la enfermedad, muchas de ellas acudieron a la experiencia que tuvieron cuando su pareja enfermó. Lo anterior causa ansiedad dado que observaron una serie de síntomas que ellas interpretaban como causantes de discapacidades, humillaciones y que volvieron a su pareja incapaz de controlar sus funciones básicas (Sontag 1989). Así es representado por dos de las mujeres entrevistadas:

“Le da diarrea, le da vómito, lo pone a uno con las defensas bajitas, no puede uno ni caminar. Se le baja la hemoglobina. Se bajan las defensas y ahí es

cuando le da vómito, le da fiebre, le da dolor de cabeza y no puede coger el agua lluvia porque no le da apetito, no le da hambre hasta que uno se muere. Empieza uno a llorar... pierde el conocimiento, pierde el habla y ya no habla más” (Entrevista 3B).

Investigadora: ¿Y cómo se le reflejaba que estaba tan mal [a la anterior pareja sexual]?

Entrevistada 4: Porque había bajado de peso, hablaba muchas incoherencias (Entrevista 4).

Ahora bien, se exploraron también las representaciones que las mujeres tenían sobre la forma en la que ellas relacionaban la actuación del virus dentro del cuerpo y los síntomas que éste puede producir. Con respecto a este tema, vale la pena mencionar que las mujeres entrevistadas entienden que el virus afecta “las defensas” (Entrevistas 3B, 6B y 11B) del cuerpo. Esta imagen del cuerpo como campo de batalla, ha sido descrita y documentada anteriormente, en el marco del discurso sobre la inmunología (Martin 1990, 1995; Haraway 1991; Lupton 1994). Esto nos permite decir que a nivel local, las metáforas creadas desde los saberes expertos, se incorporan a través de los medios de comunicación y a través de las interacciones con el mundo médico y el sistema educativo (Entrevistas 1, 3A y 3B, 4, 6A, 8 y 11B). Siguiendo esta línea de ideas, la metáfora más recurrente utilizada por parte de las mujeres sobre cómo el virus actuaba en el cuerpo es la de que el virus “se come” algo que está dentro del cuerpo, recordando de alguna manera el texto de Emily Martin (1991), en el cual se les otorga acción intencional a unas células específicas del cuerpo:

“Yo pensaba que a mí me iba a salir cáncer, cáncer vaginal, con los condilomas. Pero el médico me dijo que no, que tú aquí pa’ cáncer no tienes nada. El problema es otro. Y por eso era que se cauterizaba y la cauterización no tenía ningún resultado. Porque como estaba el virus ahí y tenía los condilomas, entonces el virus no se dejaba cicatrizar, no se dejaba curar. ¡Era el virus que me estaba comiendo por dentro!” (Entrevista 6B, énfasis mío).

“Empieza uno a adelgazarse hasta que se muere. Porque uno no come. Que el virus se lo va comiendo uno por dentro, se va comiendo los glóbulos por dentro, como no come, uno se pone flaquito” (Entrevista 3B, énfasis mío).

Las defensas están... ¡En el cuerpo! ¡En la sangre! Y el virus, viene y se come... ¿Los glóbulos rojos o las plaquetas? Yo no sé... bueno, algo se come el virus, la enfermedad, ¡Los animalitos que se comen! (Risas) (Entrevista 11B, énfasis míos).

Finalmente, todas las mujeres entrevistadas con diagnóstico positivo para VIH, manifestaron que durante una relación sexual con otra persona viviendo con el virus, existía algún riesgo de “enfermarse”, teniendo en cuenta que puede haber una reinfección:

“Él se los pone [los condones]. La doctora nos dijo que no podíamos tener nada sin condón porque eso es malo. Porque yo no sé si él tiene las defensas más fuertes que yo, o yo tengo las defensas más fuertes que él. Entonces ahí es donde puede enfermarse más” (Entrevista 3B).

3. La experiencia local de vivir con VIH como enfermedad crónica

La infección por VIH y el Sida son consideradas en principio enfermedades infecciosas, porque el agente etiológico que las produce es un virus, y así como las bacterias y otros parásitos, causan una serie de síntomas asociados a la infección (Inhorn y Brown 2000). Esta puede ser transmitida de humano a humano por medio de un contacto sexual con una persona infectada, y dado esta es la vía más frecuente de infección, (ONUSIDA 2006), se considera en estos casos, una Infección de Transmisión Sexual- ITS (OMS 2003). Sin embargo, desde hace unos años, se hace una clara distinción entre la infección por VIH y el Sida, correspondiendo la primera a la etapa asintomática de la historia natural de la

enfermedad y la segunda a un cuadro clínico en donde se manifiestan una serie de síntomas relacionados con infecciones oportunistas y neoplasias (Chamberland y Curran 1990).

En este contexto, dado que aún no ha desarrollado una cura para la enfermedad o una vacuna que la prevenga, se han introducido una serie de terapias que permiten un descenso de la carga viral en un cuerpo infectado, producido por la combinación de Drogas Antirretrovirales. Siguiendo esta línea de pensamiento, la infección por VIH es actualmente considerada una enfermedad crónica ya que se caracteriza por una invisibilidad de los síntomas y por una disponibilidad de un tratamiento que aunque no la cure (Adam y Herzlich 1994), que permite vivir durante más tiempo y de manera productiva (Castro 2005). De igual manera, las mujeres entrevistadas manifestaron sentirse en riesgo de caer enfermas en cualquier momento, especialmente en contextos en los cuales puede haber o no disponibilidad del medicamento, ya que el curso de la enfermedad no puede ser predicho con precisión (Doyal y Anderson 2005) y porque la enfermedad puede oscilar entre periodos de exacerbación de los síntomas y periodos silenciosos (Kleinman 1988).

Si bien el tratamiento antirretroviral es concebido como una parte fundamental de la prevención (ya que al descender la carga viral, descienden las probabilidades de transmisión) (Royce et al 1997; Green 2003), el acceso y la adherencia al mismo, no son fáciles (ONUSIDA 2006). En efecto, los efectos secundarios de los tratamientos pueden variar entre los individuos al igual que la resistencia a los mismos, por lo cual existen varios esquemas para la combinación de medicamentos antirretrovirales. Por tanto, las PVVS requieren de un constante monitoreo que se realiza por medio de exámenes de laboratorio. En primer lugar, se lleva a cabo un análisis que permite realizar una medición de la cantidad de virus en la sangre y en los fluidos corporales- la carga viral- (Davis et al 2002). En segundo lugar se realiza un conteo del número absoluto de células CD4+ y CD8+ por microlitro de sangre, que de acuerdo con lo establecido por el CDC de Atlanta (1993), permite complementar las categorías clínicas A, B y C ya mencionadas.

Estos procedimientos, así como la adherencia al HAART son entendidos por parte de las mujeres como parte de su condición de salud y como responsabilidad individual de las PVVS, sobre todo en un contexto en el cual la venta de medicamentos es frecuente, como lo describe un funcionario de la subdirección de Salud Pública del DADIS, del Programa de Salud Sexual y Reproductiva casos (Comunicación personal al autor, Mayo 31, 2006) y el acceso a dichos tratamientos es pobre, como en otros países del Tercer Mundo (Green 2003). Una de las mujeres entrevistadas describe lo anterior de la siguiente manera, argumentando que uno de los factores principales de la venta de medicamentos es la pobreza, y que por lo tanto afecta considerablemente la adherencia al tratamiento:

"En mi casa eran las 7 de la noche y no había que comer y [llorando] yo nunca vendí el medicamento, porque cuando yo empecé los antirretrovirales, yo me tomaba 22 pastillas fuera de las vitaminas. Y no es fácil tomarse ese poco de pastillas con el estómago vacío" (Entrevista 4)

Algunas de las mujeres describen el tratamiento con ciertos efectos secundarios severos, además de la enorme cantidad de medicamentos que deben tomar (Green 2003):

“Eso era diagnosticando, y mandándole a uno el poco de pastillas, como el maíz pa’ gallinas enseguida, el doctor me dijo, bueno esto es así y así. Ahora lo que hay es que mandarte el tratamiento, bueno Doctor mándelo, para que sea tarde mándelo de una vez ya” (Entrevista 1).

También perciben dicho tratamiento como una manera de mantenerse saludable y no aparentar la enfermedad: “Yo lo tengo, pero no lo aparento porque estoy en tratamiento” (Entrevista 3B) y en estos casos los significados iniciales son modificados por medio de las prácticas cotidianas (Brown 1995). Adicionalmente, permite la “domesticación” del curso natural de una enfermedad “salvaje” (Kleinman 1988):

Investigadora: ¿Qué les hace el virus a esas células y qué pasa en el cuerpo entonces?

Entrevistada 6B: Las desarrolla... las desarrolla, porque como no tiene nada que las ampare, como dice el doctor, ellas son como cuando, como cuando la carretera está libre que viene una moto a toda carrera, que no hay nadie que la detenga... así, pero con el medicamento ellas tratan de rechazarlo y rechazarlo y rechazarlo, y lo hacen que él baje. Pero si uno no toma el medicamento se sube que...lo atrofian a uno todito, todito. Pues yo tengo compañeros que hasta les da... esto cerebral, este... toxoplasmosis (Entrevista 6B).

Por lo demás, la construcción del “otro” (Crawford 1994), se realiza con respecto a las personas VIH positivas que venden los medicamentos:

“Yo tomo mi tratamiento, mientras que otros, dicen que es que los venden. Pero yo no (...) yo conozco a □□□□, a □□□□, a □□□□, [nombres de otras mujeres diagnosticadas], pero ellas no he oído que los venden. Creo, que la que los vende es, creo, me dicen, que es □□□□ [la otra pareja de su ex pareja] la que los vende” (Entrevista 3A).

4. El ser mujer y la condición de vivir con VIH

Ahora bien, las mujeres entrevistadas experimentan el hecho de vivir con VIH con una serie de elementos adicionales por su condición de género. Como se ha mencionado anteriormente¹⁰, las mujeres en el contexto local estudiado le otorgan una alta valoración a su condición de mujer de acuerdo con su estatus reproductivo, y en esta misma lógica a la maternidad. Esto trae tres consecuencias considerables en la medida en que la identidad de las mujeres entrevistadas está fuertemente moldeada por sus experiencias reproductivas. En primer lugar, dado que el virus se transmite por vía sexual, se encontró que tres de las mujeres entrevistadas decidieron que no querían volver a tener relaciones sexuales (Doyal y

¹⁰ Ver Capítulos 1 “Mujeres tejiendo redes, hombres procreando: la organización familiar” y 2 “Enredos amorosos y placeres incorporados la sexualidad y el cuerpo sexual” de la presente monografía.

Anderson 2005), particularmente porque esto implicaría para ellas la revelación del seroestatus ante la potencial pareja sexual:

Y cuando comenzamos en la Fundación □□□□ nos enseñaron cómo ponerlo [el condón] y cómo quitarlo y todo. Y después... como tampoco he tenido más la dicha de... Porque yo, desde que se murió este señor y todo eso, y que mi problema, yo he sido un poco apática, allá, a los hombres. No he tenido relaciones ni nada de eso. No quiero tener complicaciones ni nada de eso. Como dice mi hermana: es mejor así. De que ya tendría que contarle a él sobre lo sucedido, sobre la problemática (Entrevista 6A).

En segundo lugar, tres de las mujeres manifestaron que percibían como riesgo el hecho de quedar encinta, pues existe la posibilidad de engendrar un hijo infectado. Esto evidencia que a nivel local se vive por parte de las mujeres una tensión entre seguridad y fertilidad, como se ha documentado en otras partes del mundo (Farmer 2000; Chen et al 2001). Una de las mujeres dice lo siguiente al respecto:

“Cuando ya después de unos años, que decidí tener otro hijo, le doy gracias a Dios, porque él empezó a enfermarse y fue diagnosticado. Sino, hoy en día, tuviera quizás, un hijo enfermo. No estoy de acuerdo con las mujeres que ya sabiendo que son VIH positivos se embarazan, que es un riesgo muy grande que de 100, las 99 pueden dar hijos infectados y solamente el 1% existe la posibilidad de que el niño nazca sano. En mi caso yo nunca me arriesgaría.” (Entrevista 1).

Tercero, las cargas de la crianza de los hijos y del cuidado por los demás, definidas por su rol de género, se agudizan en la medida en que la mujer, aun cuando está enferma, tiene la obligación de velar por el bienestar de su pareja y de sus hijos. En este sentido, la enfermedad resulta ser un elemento adicional a lo que deben afrontar en su vida cotidiana (Doyal y Anderson 2005). Además, vale la pena resaltar que las mujeres viviendo con el

virus que fueron entrevistadas tendían a separar la situación de ellas de las otras mujeres VIH positivas, haciendo la claridad de habían tenido una o pocas parejas sexuales a lo largo de su vida, contrariamente a las mujeres que suelen infectarse y que son representadas como mujeres malvadas¹¹:

"Siempre la enfermedad la encuentra en la calle. Eso es lo que siempre se ha visto: que la mujer de la calle es la que siempre está enferma y son las que enferman a los demás. Prostitución es lo que hay aquí en Cartagena" (Entrevista 2)

Ahora bien, también se identificaron una serie de formas mediante las cuales las mujeres afrontan su condición de vivir con VIH. En primer lugar, las redes sociales de parentesco y sociales juegan un rol importante en los procesos de salud y enfermedad (Berkman, L et al 2000) y a nivel local, resultan ser fundamentales frente a la carencia de dinero y como fuentes de apoyo en momentos de angustia emocional. En este punto es de resaltar que algunas de las mujeres entrevistadas decidieron establecer una relación de pareja, contrariamente a las mujeres mencionadas anteriormente, y en este contexto manifiestan tener cierta seguridad frente a su condición de salud y frente a situaciones de la vida cotidiana: "Ya que Dios me lo mandó, bueno, entonces yo me fui a vivir con él. A mí me trata bien. Gracias a Dios todos los días me da mi comida" (Entrevista 3B).

En segundo lugar, las mujeres han encontrado una manera de afrontar su vida cotidiana frente a su diagnóstico en los grupos de apoyo organizados por diferentes ONGs y servicios de salud locales, como fuente de información valiosa y un lugar de encuentro con personas viviendo en la misma condición (Entrevistas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7). Y tercero, como complemento de la medicina, varias mujeres recurren a sus creencias religiosas, algunas buscando el soporte de una institución religiosa (Entrevista 1) y otras se apoyan en sus

¹¹ Ver Capítulo 3 "Telarañas de causalidad vs. viudas negras. Números y malas mujeres" de la presente monografía.

propias creencias espirituales y religiosas (Entrevistas 3, 4, 6A y 7). Por ejemplo, las siguientes declaraciones muestran lo anterior:

“Y yo le dije: Yo sé, salió positivo. El examen de VIH salió positivo, le dije yo. Y entonces me dijo: Lo dices con una tranquilidad. Y yo le dije: Yo no me voy a morir. Yo le dije: Yo no me voy a morir, no me voy a morir, yo no me voy a matar. No. Yo no me voy a morir, no me voy a matar, ni voy a matar a ninguno. ¿A quién le echo culpa? A nadie. A nadie le echo culpa. ¿A quién le puedo echar culpa? Porque con el único al que le puedo culparlo, no existe. ¿Entonces? Nada. Dígame, dígame. ¡Amor a Dios! Le dije yo al doctor.” (Entrevista 6A, énfasis mío).

“Muchos que decían ser mis amigos se alejaron. Si se alejaron fue por que realmente nunca fueron mis amigos. Pero hubo un amigo que nunca me abandonó, que fue Jesús. Ese siempre estuvo ahí, apoyándome. A la Iglesia a la cual pertenezco, le doy gracias a Dios por ser adventista, mi iglesia nunca me rechazó. Antes del VIH yo era una visita que estudiaba la palabra de Dios, pero que nunca se me paso por la cabeza ser adventista.” (Entrevista 1).

5. La muerte como el miedo final

Finalmente, los siguientes párrafos tienen como propósito dar fe de que para la gran mayoría de mujeres entrevistadas, tanto las diagnosticadas como VIH positivas como para las mujeres sin diagnóstico, la ansiedad más grande que produce la infección por VIH es el hecho de desarrollar Sida y bajo esta premisa, la inminencia de la muerte (Doyal y Anderson 2005). En este sentido, vale la pena hacer un breve recuento de los significados que adquiere la muerte en un contexto como el que hemos estudiado.

Recordemos que el cuerpo se ha convertido en el medio más favorecido para la construcción de la identidad individual y social, a través de las prácticas cotidianas (Riley

1983; Mellor y Shilling 1993; Shilling 1993; Giddens 1995). En este contexto, la muerte entendida como la terminación de la acción intencional (Bauman 1992), resulta en una pérdida del *self* [yo] y de la oportunidad de continuar con los proyectos del mismo (Riley 1983; Shilling 1993). Así, Julia Kristeva (1998) ha concebido la muerte como la situación más abyecta posible, en términos de liminalidad entre las identidades, amenazando polucionarlas. De igual forma, Berger y Luckmann (1967) describen la muerte como la situación marginal más importante a la que se someten los seres humanos.

Si bien la muerte constituye un aspecto fundamental de la condición humana, establece también la confrontación con nuestro sentido de la realidad del mundo (Shilling 1993) y reta nuestra seguridad ontológica, definida por la certitud de que el mundo aparenta ser lo que es (Giddens 1995). Esta última característica es relevante en un contexto en el cual el fenómeno de la muerte es remitido a los expertos, a través de la medicalización, la individualización y la privatización del mismo (Mellor y Shilling 1993). En efecto, en las sociedades modernas, incluido el grupo social que es objeto de este estudio, han “silenciado” e “higienizado” la muerte, mediados por un discurso científico cuyo centro es el cuerpo y que le da a ésta, la cualidad de ser anormal, no natural y por lo tanto perturbadora. De esta manera, la muerte se ubica cada vez en los hospitales, favoreciendo el aislamiento del público general, pero sometiendo a los moribundos a morir alejados de sus familiares y amigos (Kübler- Ross 2000):

“Él me dijo: como dentro de un mes estoy acá, porque como no voy a bajar a Cartagena, sino que de Santa Marta cojo otra vez pa’llá, pa’ Lórica, porque él era de Lórica. Entonces le dije: ahhh, bueno, está bien. No lo vi más. No lo vi más. No lo vi más, no me llamó más, nada, nada, nada. Se murió. En noviembre de ese mismo año, se murió mi mamá. El 6 de noviembre. Fue un momento trágico para todos nosotros porque... una muerte inesperada porque una persona que no estaba enferma, nada, nada, nada. Se la llevó un coma diabético (...) Ella murió el 6 y yo me enteré como el 24 de noviembre. Un muchacho que iba allá a la casa, me dijo: ajá □□□□, tú no sabes que □□□□ lo trajeron grave aquí.

¿Grave? Me dijo, si a □□□□, lo trajeron grave. Y yo le dije, ajá y por qué, si yo no lo he visto más, ni él me ha llamado más. No, a él lo trajeron grave y se murió en el hospital □□□□, le dio un infarto. Si, pero él le dio un infarto porque llegando al hospital, le dio un acceso de tos, y la tos lo asfixió y le dio un infarto. Pero a él se lo llevaron en la tarde a Lorica” (Entrevista 6A)

Este discurso, además, ha promovido la negación de la muerte, pues, en este marco, ésta sucede por una causa específica. Siguiendo este argumento, el cuerpo se convierte entonces en lugar de intervención y transformación de ciertas prácticas que propician o evitan el riesgo de morir “de algo”. De este modo, el “autocuidado” se constituye como una serie de prácticas que apuntan a la conservación del cuerpo en términos de traspasar los límites del mismo (Bauman 1992). Entre las mujeres entrevistadas se encontró esta característica en cuanto a la toma de medicamentos: “La persona que se muere de VIH es un descuido” (Entrevista 6B).

La religión, también se encontró como una de las formas de negación de la muerte, en el sentido que ésta ofrece una trascendencia individual (Bauman 1992), cuyas condiciones de bienestar o malestar están dadas en términos morales de acuerdo con las acciones que el individuo realizó en el tiempo de vida:

Una muerte sabrosa es una muerte que uno no siente. ¿Murió por qué? Por un infarto, por una gripa o porque se le tapó los pulmones. Que les da una rabia, y de pronto ahí mismo caen. El corazón se afecta, porque es muy débil el corazón y se mueren así enseguida. Uno no siente nada, no oye, no habla, nada. Lo lloran a uno y lo van a enterrar. Uno no siente nada. Se va uno pal’ cielo. Va uno a entregarle cuentas a Dios. Dios le pide cuentas a uno, porque uno fue pecoso, o fue malo, que uno fue esto... y a uno lo llevan allá, al cielo. Los que son buenos se van al Santo Cielo. Los malos se van al infierno, porque que sea asesino, que sea vicioso. Los mandan al infierno por ser muy malo. Y hay que enterrarlos pa’ que descansen. Hay que tener resignación. Entonces con llorarlo,

no lo resucita, con abrazarlo ahí no lo resucita. Entonces, enterrarlo. Ajá, si ya se murió. Si Dios lo quiso así” (Entrevista 3B).

En la cita anterior podemos notar como se contrapone la noción de una “buena muerte”, caracterizada por la rapidez de la misma, con la representación de una muerte cuya causa correspondería al Sida. Esto fue lo que dijo una de las mujeres sin diagnóstico cuando se le preguntó que qué opinaba sobre una muerte causada por el Sida:

“Yo creo que es una muerte que no se la merece nadie, porque es algo que la persona va a vivir acabándose poco a poco, una gripa lo puede echar en cama, una infección de la piel, creo que es algo doloroso, que no debe ser. Y mi miedo a morir joven es a no terminar las cosas que estoy haciendo y a morir de esa manera. Algo, en los últimos días no ser productiva, no ser útil Y sobre todo es hacer sufrir a otra personas porque si yo se que me quieren y me ven a mi enferma, tirada en una cama, postrada, delgada. Creo que el Sida come la grasa del cuerpo y la persona se va secando y se coloca delgada, entonces yo creo que esa forma de sufrir no me voy a sentir bien yo al morir así y mucho menos las personas que se quedan” (Entrevista 11B)

Ahora bien, la muerte a manos del Sida ha adquirido una carga adicional en el contexto que se ha descrito, por dos razones principales. En primer lugar, el Sida puede ser fatal aun para los cuerpos jóvenes y sensuales, lo que los conecta con la posibilidad de su final. Esto nos lleva a la segunda razón: El Sida une el sexo con la muerte. La sexualidad, no solo moldea la identidad individual y social, sino que se constituye como fuente de autoexpresión y autorrealización y por tanto, de regocijo emocional. De esta manera, teniendo en cuenta las grandes inversiones que se hacen en el cuerpo sexual con el fin de obtener el goce esperado, resulta desconcertante que el mismo acto reproductivo pueda ser el canal a través del cual la muerte entre a sus vidas (Shilling 1993; Mellor y Shilling 1993). Adicionalmente, como lo vimos en el capítulo dos, el amor actualmente, está relacionado

con la sexualidad entre las mujeres jóvenes. En este sentido, el Sida termina no siendo relacionado no solamente con la sexualidad sino también con el amor, que según Bauman (1992) es una de las estrategias de sobre vivencia o de negación de la muerte, como alternativa de trascendencia.

CONCLUSIONES

Hemos recorrido un largo camino hasta el momento. Algo que se ha de resaltar ahora es que las categorías creadas y utilizadas por el grupo social estudiado son cambiantes, ambiguas y anómalas. En este sentido vale la pena observar no solamente lo que es general a todas las mujeres entrevistadas, además porque seguramente encontraríamos rasgos comunes a la mayoría de mujeres que habitan el mundo, sino lo que es particular en la forma en la que los individuos locales interiorizan una realidad determinada sobre un fenómeno que es relativamente reciente y que es la epidemia de infección por VIH y Sida.

En el presente análisis quisimos dar cuenta de las interpretaciones y del sentido que los actores sociales otorgan a la organización familiar, los roles de género, el amor romántico, el cuerpo sexual, las prácticas sexuales cotidianas y el diagnóstico, como resultado de una experiencia social, enmarcada en procesos históricos, geográficos y culturales específicos. Cada uno de los elementos anteriores interactúa con el otro, creando significados particulares al grupo social que se pretendió estudiar. La especificidad a la que nos referimos no hace alusión a que los fenómenos descritos no ocurren en ninguna otra parte del mundo, porque de hecho, se asemejan bastante a casos africanos reportados anteriormente, sino a que el conjunto de representaciones y prácticas es propio de la región, teniendo en cuenta que la suma de las partes no necesariamente conforma el todo.

Las prácticas denominadas de riesgo, pueden definirse en este contexto, por una parte, como un tipo de acción social que, por supuesto, se orienta por la acción de otros, en la medida en que constituyen una forma de mediación entre el individuo y la sociedad y que es incorporada a través del desempeño de los roles sociales por parte de los individuos. Por otra parte, dado el carácter sexual de las prácticas que conciernen a este trabajo, la experiencia sexual es definida y expresada de acuerdo con las normas sociales disponibles, entre las que se encuentra el género, y constituyen, por lo tanto, una forma de construcción de la identidad individual y social.

En este marco, de acuerdo con lo observado en Cartagena, las prácticas de riesgo se definen a partir de acciones sociales enmarcadas dentro de las formas específicas de organización familiar y dentro de los roles de géneros incorporados por parte de los actores sociales, que ponen en condiciones de vulnerabilidad a las mujeres, dando cuenta del índice de infección en esta zona geográfica y en este grupo poblacional específico.

Las uniones polígamicas y sucesivas son, en consecuencia, no solamente de una herencia histórica fuerte, en lo que respecta a los tipos de familia que debieron sintetizarse, sino también a una orientación social hacia lo temporal, dadas las condiciones de incertidumbre en las que vive el grupo de mujeres estudiadas. La fuerte amenaza sentida hacia los roles tradicionales que la mujer ha desempeñado, se refleja en un gran esfuerzo en establecer los límites de los espacios femeninos y masculinos, distintivamente. La permisividad de las múltiples parejas sexuales por parte de los hombres como principal vía de demostración de su masculinidad y la maternidad como característica definitoria de la identidad femenina, restringen las posibilidades de protección por parte de los individuos. Adicionalmente, en un contexto cambiante, como resultó ser el estudiado, dichos límites se desdibujan en razón de diversos factores como la inestabilidad económica, familiar y emocional y por la relativamente recién introducida idea de amor romántico, que refuerza en estos aspectos los roles tradicionales, y que determinan los significados dados a las experiencias amorosas y sexuales.

En estas condiciones, la trasgresión de los espacios y roles atribuidos a los géneros, se hace inminente y es frecuentemente interpretada desde lo local, como la causa principal de la propagación del VIH y del Sida en Cartagena. Esto constituye una fuente de violencia verbal, física y sexual por parte de los hombres sobre sus parejas sexuales. A la vez, la conservación de los roles tradicionales de las mujeres, principalmente reflejados en la permanencia en el hogar, es sentido como una forma de protegerse ante la infección, lo cual causa, en este caso, el efecto contrario.

De esta manera, la propuesta que planteamos a manera de conclusión cuestiona las grandes generalizaciones y universalizaciones que han buscado encontrar las ciencias básicas a través de la aplicación del método de la indagación, que ha encontrado una serie de limitaciones en conceptos como los factores, comportamientos o grupos de riesgo. En este sentido, la epidemiología ha realizado enormes esfuerzos en identificar y describir eventos proximales, intermedios y distales que propicien la transmisión del virus, insertándolos en una red multicausal y asumiendo que bloqueando un eslabón, se impide la transmisión del virus. La infección por VIH ha retado esta concepción, poniendo en evidencia una multiplicidad infinita de factores que cambian rápidamente o que toman una dirección imprevista de acuerdo con los marcos de referencia que los actores sociales utilicen dentro de su propia red de significados.

Se ha mencionado con frecuencia la epidemia de Sida más que una epidemia de una enfermedad es una epidemia de significados. En el caso de Cartagena, pudimos observar que estos significados adquieren una carga moral frente a la trasgresión de ciertos límites relacionados con los espacios que ocupan distintivamente los hombres y las mujeres. No obstante, el traspaso de dichos límites puede también proporcionar enorme placer, lo cual resulta evidente en un contexto en el cual la principal vía de transmisión del virus constituye fuente de goce emocional y donde la especificidad de los encuentros sexuales resulta profundamente subjetiva. De este modo, invitamos a pensar una nueva forma de prevención, más allá de la aplicación de métodos probabilísticos, que de lugar a otros tipos de lógicas que incluyan el aspecto emocional tan importante para el desarrollo de la identidad individual y social. Por definición, ésta última constituye un terreno en el que las categorías son redefinidas de forma permanente de acuerdo con las situaciones particulares en la vida de los actores sociales, contrariamente a lo que ha sucedido en la búsqueda de una solución a través de categorías absolutas y universalizadas.

Siguiendo esta línea de pensamiento, a menudo se menciona el empoderamiento por parte de las mujeres, como un modelo de prevención que permite emanciparlas brindándoles herramientas para la “negociación” de las relaciones sexuales, en particular, exigiendo al

hombre que utilice el condón. Sin embargo, en Cartagena, las conceptualizaciones que se elaboran sobre los géneros son relacionales en lo que se refiere a la actividad sexual; Es decir, tanto el hombre como la mujer juegan roles específicos e importantes en el momento de tener relaciones sexuales. Las mujeres jóvenes, cada vez más influenciadas por las narrativas del amor romántico, representan los condones como barreras emocionales e impiden el embarazo, elemento fundamental en la consolidación de la identidad de la mujer a nivel local. Los hombres, con un orgullo varonil definido por la conquista sexual y la capacidad para procrear, perciben los preservativos como un obstáculo ante estos fines.

Por tanto, el placer que se quiere obtener, enmarcado dentro de estas características sociales, se busca como consecuencia de esta sinergia entre las identidades femeninas y masculinas. La “negociación” del uso del condón que se promueve desde el empoderamiento, tiene entonces dos desventajas en el contexto estudiado: Por un lado, el hecho de negociar puede interpretarse como llevar a cabo una serie de acciones con el fin de ganar algo, a veces, en detrimento de la otra parte, por lo que puede conducir a abusos físicos y verbales por parte de los hombres hacia las mujeres, como respuesta a lo que se experimenta como una trasgresión. Por otro lado, el empoderamiento como modelo, olvida de cierto modo el aspecto relacional de los actos sexuales durante los cuales puede transmitirse el virus, abordando así un enfoque individualista, cuando el objeto de intervención puede ser, en este sentido, la pareja como una unidad, aún de forma transitoria. Entonces, vale la pena no solamente, estimular las investigaciones con respecto a los hombres, sino con respecto a las parejas, como unidad de análisis.

Ahora bien, en cierto grado, los modelos existentes continúan teniendo un enfoque claro hacia el cambio comportamental, que presupone que los comportamientos de ciertos grupos de individuos deben cambiar sus esquemas de referencia con respecto a la realidad, restando importancia a la interacción que éstos establecen con el mundo social en el que actúan, y por lo tanto a las demás funciones con las que cumple una práctica particular. No obstante, por ejemplo, con respecto a las intervenciones que tienen un “enfoque de género” parten de la premisa de que un cambio en las representaciones sociales sobre los roles de la

mujer, y consecuentemente, un cambio en las prácticas sexuales de la misma resultarán en actos de liberación.

Sin embargo, frecuentemente las interpretaciones de este tipo de lenguaje en el grupo social estudiado, resultan en una mayor responsabilidad de la mujer ante ella misma, su pareja y sus hijos (as), que finalmente lo que hace es crear una vía directa para “culpar a la víctima”. Lo anterior puede causar estigmas muy fuertes que repercuten en la identidad de la mujer en tanto que mujer, en su vida familiar y en su vida sexual.

En un nivel más amplio, también se ha propuesto que la gran causa raíz del Sida, es la pobreza, desde una visión macroeconómica y política. Empero, la pobreza como concepto implica una gran generalización de diferentes procesos. Los procesos sociales a nivel local son diferentes y por esta razón, las diferentes vías de transmisión del VIH, desde una perspectiva social, son diferentes y más aun en sociedades tan fragmentadas como las actuales. Asimismo, el objetivo de acabar la pobreza, es por supuesto a muy largo plazo, y aun sin olvidar este aspecto, es necesario considerar a las personas que hoy en día viven con el virus, y que de ninguna manera constituyen un grupo homogéneo.

Finalmente, las medidas de prevención usualmente se enfocan hacia lograr o bien la abstinencia, la reducción del número de parejas sexuales- monogamia- o el uso consistente del condón. Ahora, tres posibilidades presentan un panorama reducido no solo en cuanto a la consideración de otras alternativas, sino también tienden a dejar a un lado la cuestión de cómo se logran tales metas. De este modo, la propuesta que deriva de este trabajo es ampliar la gama de posibilidades de prevención, lo que se lograría a través de las investigaciones encaminadas a dilucidar las trayectorias preventivas de la gente local, aun cuando estas no sean consideradas como tales entre los actores sociales.

En el caso de Cartagena, a manera de ejemplo, hoy en día poco a poco, se ponen en consideración prácticas que conllevan al placer sexual como el sexo oral y la masturbación mutua. Este es uno de los ejemplos que se podrían mencionar, pero la invitación es

investigar más profundamente sobre las posibilidades de placer por un lado, y por otro lado, sobre la implementación de alternativas metodológicas diferentes para enfrentarnos a la prevención de ITS.

El cambio radical de las disposiciones metodológicas tradicionales sobre la causalidad de las enfermedades se hace así, cada vez más inminente, acercándonos más a las condiciones emocionales que involucra la experiencia del placer en las expresiones sexuales y poniendo en consideración los dispositivos morales locales, puede ser un punto de partida para proponer nuevas metodologías encaminadas a la investigación sobre los aspectos sociales del VIH y el Sida.

Esta investigación constituye un primer acercamiento a la situación de la infección por VIH y el Sida entre las mujeres en Cartagena. Asimismo, el desarrollo de la misma ha suscitado nuevas preguntas, abriendo así un campo de investigación antropológica en un tema que ha carecido de aproximaciones alternativas a las de las ciencias básicas y psicológicas en nuestro país. En este sentido, nuevas propuestas de investigación pueden girar entorno a la creación de un programa de prevención basado exclusivamente en la situación descrita, o con respecto a los impactos sociales de los HAART, haciendo hincapié en las diferencias de género.

BIBLIOGRAFÍA

Abadia- Barrero Cesar y Arachu Castro

2006 Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. *Social Science & Medicine* 62 (5): 1219- 1228

Acosta, Jacqueline, Franklin Prieto, Dario Rodríguez y Carlos Rueda

2002 Situación de las enfermedades de transmisión sexual en Colombia 1976- 2000. *Biomédica* 22: 77- 88.

Adam, Philippe y Claudine Herzlich

1994 *Sociologie de la Maladie et de la Médecine*. Paris: Nathan..

Andrée, Michel

1972 *Sociología de la familia y del matrimonio*. Barcelona: Península.

Armelagos, George J, Peter J. Brown y Bethany Turner

2005 Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science and Medicine* 61: 755- 765.

Aschengrau, Ann y George R. Seage

2003 *Essentials of Epidemiology in Public Health*. Sudbury: Jones & Barlett Publishers.

Ash, Doris, ed.

1999 *The Process Skills of Inquiry. En: Foundations*. Pp. 51- 62. New York: National Science Foundation.

Badinter, Elisabeth

1981 [1980] ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal, siglo XVII al XX. Barcelona: Paidós/ Pomaire.

Barreto, Juanita y Yolanda Puyana

1996 Sentí que se me desprendía el alma. Bogotá: Indepaz.

Bartlett, John G y Joel Gallant

2005 Medical Management of HIV infection. Baltimore: Johns Hopkins.

Bauman, Zygmunt

1992 Survival as a Social Construct. *Theory, Culture & Society* 9: 1- 36.

Beaglehole, R; R. Bonita y T. Kjellström

2003 Epidemiología Básica. Washington: OPS.

Berger, Peter L y Thomas Luckmann

1967 [1966] *The Social Construction of Reality: A Teatrise in the Socilogy of Knowledge*. New York: Anchor Books.

Berkman, Alan, Jonathan García, Miguel Muñoz- Laboy, Vera Paiva y Richard Parker

2005 A critical analysis of the Brazilian response to HIV/ AIDS: Lessons learned for controlling nad mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health*. 95 (7): 1163- 1172.

Berkman, Lisa, Thomas Glass, Ian Brissette y Teresa E. Seeman

2000 From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Social Science & Medicine* 51: 843- 857.

Bertaux, Daniel y Paul Thompson, eds.

1993 Introduction. *En: Between Generations. International Yearbook of Oral History and Life Stories*, 2. Oxford University Press.

Bibeau, Gilles

1997 At work in the fields of public health: The abuse of rationality. *Medical Anthropology Quarterly (New series)* 11 (2): 246- 252.

Borsotti, Carlos A.

1978 Notas sobre la familia como unidad socioeconómica. Santiago de Chile: CEPAL.

Bronfenbrenner, Urie

1986 Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology* 22 (6): 723- 742.

Brown, Phil

1995 Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. Extra Issue, *Journal of Health and Social Behavior* 35: 34- 52.

Bugental, Daphne Blunt y Charlotte Johnston

2000 Parental and Child Cognitions in the Context of the Family. *Annual Psychology Review* 51: 315- 344.

Burin, Mabel

1998a *Ámbito Familiar y construcción del género. En: Género y Familia: Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad.* Mabel Burin y Irene Meler, eds. Pp. 71-86. Buenos Aires: Paidós.

1998 b *Estudios de género: Reseña Histórica. En: Género y Familia: Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad.* Mabel Burin y Irene Meler, eds. Pp. 19- 29. Buenos Aires: Paidós.

Campbell, Carole A.

1995 Male gender roles and sexuality: implications for women's AIDS risk and prevention. *Social Science & Medicine* 41 (2): 197- 210.

Camps, Victoria

1998 *El siglo de las mujeres*. Segunda Edición. Madrid: Cátedra.

Caprara, Andrea

1998 Cultural Interpretations of Contagion. *Tropical Medicine and International Health* 3 (12): 996- 1001.

Carpenter, Laura M.

2001 The ambiguity of “having sex”: The subjective experience of virginity loss in the United States. *Journal of Sex Research* 38 (2):127- 139.

Castro, Arachu

2004 Anthropologists as advocates. *Anthropology News*, Octubre.

2005 Adherence to antiretroviral therapy: merging the clinical and social course of AIDS. *PLoS Medicine* 2 (12): 0001- 0005.

Castro, Arachu y Paul Farmer

2005 Understanding and addressing AIDS- related stigma: from anthropological theory to clinical practice in Haiti. *American Journal of Public Health* 95 (1): 53- 59.

CDC Atlanta

1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. Documento electrónico,

<http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/m0018871/m0018871.asp> recuperado el 26 de enero de 2006.

Chalco Orrego, Juan Pablo

2002 Diagnóstico Temprano. Paedriática 4 (3): 63- 65.

Chamberland Marie y James W. Curran

1990 Epidemiología y prevención del SIDA y la infección por VIH. *En: Enfermedades Infecciosas: Principios y Práctica*. Pp. 1084- 1102.

Chen, James L, Kathryn A. Phillips, David E. Kanouse, Rebecca L. Collins y Angela Miu

2001 Fertility Desires and Intentions of HIV- Positive Men and Women. *Family Planning Perspectives* 33 (4) : 144- 152 & 165.

Cook, Rebecca J, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla

2003 Salud reproductiva y derechos humanos. Oxford University Press.

Coreil, Jeannine, Carol A. Bryant y J. Neil Henderson

2001 Social and Behavioral Foundations of Public Health. Thousand Oaks: Sage Publications.

Crawford, Robert

1994 The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and AIDS. *Social Science & Medicine* 38 (10): 1347- 1365.

Curtis, Helena y N. Sue Barnes

1994 [1989] Biología. 5ta Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana.

Daniluk, Judith

1993 The meaning and experience of female sexuality. *Psychology of Women Quarterly* 17: 53- 69.

Davis, Mark D.M, Graham Hart, John Imrie, Oliver Davidson, Ian William y Judith Stephenson.

2002 'HIV is HIV to me': the meaning of treatments, viral load and reinfection for gay men living with HIV. *Health, Risk and Society* 4 (1): 31- 43.

Denmark, Florence, Vita Rabinowitz y Jeri Sechzer

2000 *Engendering Psychology*. Needham Heights: Allyn and Bacon.

Díaz, María del Pilar

2002 *El riesgo en salud: entre la visión del ego y el experto*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Douglas, Mary

1969 [1966] *Purity and Danger: An analysis of concepts of polluting and taboo*. London: Routledge & Keagan Paul.

Douglas, Mary y Marcel Calvez

1990 The self as a risk taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS. *Sociology Review* 38: 445- 464.

Doyal, Lesley y Jane Anderson

2005 'My fear is to fall in love again...' How HIV- positive African women survive in London. *Social Science & Medicine* 60: 1729- 1738.

Durkheim, Émile

1928 *La división del trabajo social*. Segunda Edición. Madrid: Biblioteca Científico- Filosófica.

Espinós-Gómez JJ, R. Senosiain, A. Mata, C. Vanrell, Ll. Bassas y J. Calaf.

2006 What is the seminal exposition among women requiring emergency contraception? A prospective, observational, comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Artículo en prensa.

Fagot, Beverly I, Mary D. Leinbach y Cherie O'Boyle.

1992 Gender Labeling, Gender Stereotyping, and Parenting Behaviors. *Developmental Psychology* 28 (2): 225- 230.

Farmer, Paul

1999 *Infections and inequalities: The modern plagues*. Berkeley: University of California Press.

2000 [1997] *Ethnography, Social Analysis, and the Prevention of Sexually Transmitted HIV Infection Among Poor Women in Haiti*. *En: The Anthropology of Infectious Disease: International Health Perspectives*. Marcia C. Inhorn y Peter J. Brown, eds. Pp. 413- 438. Amsterdam: Gordon and Breach Publishers.

2003 *Pestilence and Restrain: Guantánamo, AIDS and the logic of quarantine*. *En: Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Pp 51- 90.

Foucault, Michel

1979 *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. 6ta Edición. México: Siglo Veintiuno editores.

Freeman, V.

1960 *Beyond the germ theory: human aspects of health and illness*. *Journal of Health and Human Behavior* 1 (1): 8- 13.

Gamson, Joshua y Dawne Moon

2004 The sociology of sexualities: Queer and Beyond. *Annual Review of Sociology* 30: 47- 64.

García, Ricardo

2003 Sida: Situación en el mundo y en Colombia veinte años después. Editorial. *Biomédica* 23 (3): 247- 251.

García, Ricardo, Ricardo Luque, Jorge McDouall y Luis Ángel Moreno

2006 Infección por vih y sida en Colombia. Estado del Arte 2000- 2005. Bogotá: Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA), Grupo Temático para Colombia y Ministerio de la Protección Social de Colombia, Dirección General de la Salud Pública.

Garret, Laurie

2005 The lessons of HIV/ AIDS. *Foreign Affairs* 84 (4): 51- 64.

Gershman John e Irwin Alec

2000 Dying for growth. *En: Getting a grip on the global economy*. Kim Yong, Millen JV, Irwin A, Gershman, eds. Pp. 11- 41 Monroe: Common Courage Press.

Giddens, Anthony

1989 The Global Revolution in Family and Personal Life. *En: Family in Transition*. Duodécima edición. Arlene S. Skolnick y Jerome H. Skolnick, eds. Pp. 17- 23. Boston: Allyn and Bacon.

1995 Modernidad e identidad del yo: El yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona: Ediciones Península.

2000 [1992] La transformación de la intimidad: Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Tercera Edición. Madrid : Cátedra.

Gilligan, Carol

1985 La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Godard, Francis

1996 El debate y la práctica sobre el uso de las historias de vida en las ciencias sociales. *En*: Cuadernos del CIDS: Uso de las historias de vida en las ciencias sociales. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Goffman, Erving

1963 Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New Jersey: Prentice Hall.

1967 [1955] Interaction Ritual. Garden City NY: Anchor Books.

Green, Edward C.

2003 Questioning Condoms. *En*: Rethinking AIDS prevention. Pp 94- 124. London: Praeger.

Guerrero, Rodrigo, Carlos Luis González y Ernesto Medina

1981 Epidemiología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano.

Gupta, Geeta Rao.

2000 Gender, Sexuality & HIV/ AIDS : The what, the why and the how. Plenaria presentada en la XIII Conferencia Internacional sobre SIDA, Durban, Sur África, 12 de julio.

Gutiérrez de Pineda, Virginia

1975 Familia y Cultura en Colombia. Bogotá: Biblioteca Básica Colombiana.

1987 La familia en Cartagena de Indias. Boletín Cultural y Bibliográfico del Banco de la República 24 (10): 35- 47.

2000 Familia ayer y hoy. *En:* Familia, Género y Antropología: Desafíos y Transformaciones. Patricia Tovar, ed. Pp. 274- 298. Bogotá: ICANH.

Gutiérrez de Pineda, Virginia y Roberto Pineda Giraldo

1999 Miscegenación y Cultura en la Colombia colonial: 1750- 1810. Tomo II. Bogotá: Ediciones Uniandes.

Haram, Liv

2001 'In sexual life women are hunters': AIDS and women who drain men's bodies. The case of the Meru in northern Tanzania. *Society in Transition* 32 (1): 47-55.

Haraway, Donna

1989 *Primate Visions: Gender, Race and Nature in the World of Modern Science*. New York: Routledge.

1991 *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. London: Free Association Books.

Harrison, Abigail, Nonhlnhla Xaba, Pinky Kunene y Nelly Ntuli

2001 Understanding young women's risk for HIV/ AIDS: Adolescent sexuality and vulnerability in rural KwaZulu/ Natal. *Society and Transition* 32 (1): 69- 78

Helgeson, Vicky

1994 Relation of agency and communion to well being. *Psychological Bulletin* 116: 412- 428.

Heller, Agnes

1985 [1980] *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Editorial Fontamara.

Hirsch, Jennifer, Jennifer Higgins, Margaret E. Bentley y Constance A. Nathanson

2002 The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexual transmitted disease: HIV risk in a Mexican migrant community. *American Journal of Public Health* 92 (8): 1227- 1238.

Holmes, King K, Ruth Levine y Marcia Weaver

2004 Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization*. 82 (6):454- 463

Holzmann, Robert, Lynne Scherburne- Benz y Emil Tesliuc

2003 Social Risk Management: The World Bank's Approach to Social Protection in a Globalizing World. Washington DC: Social Protection Department, The World Bank.

Hoosen Sarah y Collins, Anthony

2004 Sex, sexuality and sickness: Discourses of gender and HIV/ AIDS among KwaZulu- Natal women. *South African Journal of Psychology* 34 (3): 487- 505.

Hunt, Linda M y Cheryl Mattingly

1998 Introduction: Diverse Rationalities and multiple realities in illness and healing. *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 12 (3): 267- 272.

Inhorn, Marcia C y Peter J. Brown, eds.

2000 [1997] *The Anthropology of Infectious Disease. En: The Anthropology of Infectious Disease: International Health Perspectives*. Pp. 31- 67. Amsterdam: Gordon and Breach Publishers.

INS- Instituto Nacional de Salud

2003 20 años del VIH en Colombia. Documento electrónico, <http://www.onusida.org.co>, recuperado en Septiembre 4 de 2005.

Jodelet, Denise

1991 [1984] La representación social: fenómenos, concepto y teoría. *En: Psicología Social II*, Serge Moscovici, ed. Pp. 413- 494. Barcelona: Paidós.

Joffe, Hélène

2003 Risk : From perception to social representation. *British Journal of Social Psychology* 43 : 55- 73.

Jornadova, Ludmilla

1989 Natural Facts: An Historical Perspective on Science and Sexuality. *En: Sexual Visions: Images of Gender in Science and Medicine between the Eighteen and Twentieth Centuries*. Pp. 19- 42. The University of Wisconsin Press.

Kagitçibasi, Çigdem

1996 The Autonomous- Relational Self. *European Psychologist* 1 (3): 180- 186.

Kielmann, Karina

2000 [1997] "Prostitution", "Risk", and "Responsibility": Paradigms of AIDS Prevention and Women's Identities in Thika, Kenya. *En: The Anthropology of Infectious Disease: International Health perspectives*. Marcia C. Inhorn y Peter J. Brown, eds. Pp. 375- 409. Amsterdam: Gordon and Breach Publishers.

Klein, Rupert y Bärbel Knäuper

2003 The role of cognitive avoidance of STIs for discussing safer sex practices and for condom use consistency. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 12 (3-4): 137- 149.

Kleinman, Arthur

1988 *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. United States of America: Basic Books.

Krieger, Nancy

1994 Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine* 39 (7): 887- 903.

Kristeva, Julia

1998 [1988] *Los poderes de la perversión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Kübler- Ross Elisabeth

2000 *La rueda de la vida*. España: Ediciones B, S.A.

Laín Entralgo, Pedro

1991 [1989] El cuerpo humano en tanto que humano. *En: El Cuerpo Humano*. Pp. 181- 280 *Teoría actual*. Madrid: Espasa.

Lam, Amy G. Amy Mak, Patricia Lindsay y Stephen T. Russell

2004 What really works? An exploratory study of condom negotiation strategies. *AIDS education and prevention* 16 (2): 160- 171.

Laub, Carolyn, Donovan M. Somera, L. Kris Gowen y Rafael M. Díaz

1999 Targeting “Risky” gender ideologies: Constructing a community- driven, theory- based HIV prevention intervention for youth. *Health, Education & Behavior* 26 (2): 185- 197.

Layton, Robert

1997 *An Introduction to theory in anthropology*. Cambridge University Press.

LeClerc- Madlala, Suzanne

2001 Demonising Women in the era of AIDS: On the relationship between cultural constructions of both HIV/ AIDS and femininity. *Society in Transition* 32 (1): 38-45.

Lesch, Elmien y Lou- Marie Kruger

2005 Mothers, daughters and sexual agency in one low- income South African community. *Social Science and Medicine* 61: 1072- 1082.

Lévi- Strauss, Claude

1956 La familia. *En: Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. José Llobera, ed. Pp.7-49. Barcelona: Anagrama.

Lewis, Jill

1998 Visualizing desire: HIV prevention dilemmas for women's sexual safety. *NORA* 6 (2): 122- 132.

Link, Bruce y Jo Phelan

1995 Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. Extra Issues, *Journal of Health Social Behavior*: 80- 94.

Lupton, Deborah

1993 Risk as a moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *Health Services* 23 (3): 425- 435.

1994 *Medicine as culture: Illness, disease and the body in Western Societies*. London: Sage Publications.

1997 [1995] *The imperative of health: Public Health and the regulated body*. London: Sage Publications.

1998 *The Emotional Self: A Sociocultural Exploration*. London: Sage Publications.

1999 *Risk*. London: Routledge.

Lupton, Deborah y John Tulloch

2002 'Life would be pretty dull without risk': Voluntary risk-taking and its pleasures. *Health, Risk and Society* 4 (2): 113- 123.

Macaluso, Maurizio, Michael J. Demand, Lynn M. Artz y Edward W. Hook III

2000 Partner type and condom use. *AIDS* 14: 537- 546.

MacPhail, Catherine & Catherine Campbell

2001 'I think condoms are good, but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Social Science & Medicine* 52: 1613- 1627.

Madhavan, Sangeetha

2004 Fosterage patterns in the age of AIDS: continuity and change. *Social Science & Medicine* 58: 1443- 1454.

Mak, Winnie WS, Phoenix KH Mo, Rebecca YM Cheung, Jean Woo, Fanny M. Cheung y Dominic Lee.

2006 Comparative stigma of HIV/AIDS, SARS and Tuberculosis in Hong Kong. *Social Science & Medicine* 63 (7): 1912- 1922.

Mantell, Joanne E, Shari L. Dworkin, Theres M. Exner, Susie Hoffman, Jenni A. Smit e Ida Susser

2006 The promises and the limitations of female initiated methods of HIV/ STI protection. *Social Science & Medicine* 63 (8): 1998- 2009.

Marmot, Michael

2003 [1999] Introduction *En: Social Determinants of Health*. Michael Marmot & Richard Wilkinson, eds. Oxford University Press.

Marshall, Wende Elizabeth

2005 Aids, race and the limits of science. *Social Science & Medicine* 60: 2515-2525.

Martin, Emily

1990 Toward an Anthropology of Immunology: The body as a Nation State. *Medical Anthropology Quarterly* 4 (4): 410- 426.

1991 The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male- female roles. *Signs* 16 (3): 485- 501.

1995 From reproduction to HIV: Blurring categories, shifting positions. *En: Conceiving the new world order*. F. Ginsburg & R. Rapp, eds. Pp. 256- 269. Berkeley: University of California Press.

Maynard, Douglas W.

2006 "Does it mean I'm gonna die?" On meaning assessment in the delivery of diagnostic news. *Social Science & Medicine* 62: 1902: 1916.

Mead, Margaret

1979 *Cultura y compromiso: Estudio sobre la ruptura generacional*. Barcelona: Gedisa.

Meler, Irene

1998 La familia, antecedentes históricos y perspectivas futuras *En: Género y Familia: Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Mabel Burin y Irene Meler, eds. Pp. 31- 70. Buenos Aires: Paidós.

Mellor, Philip A y Chris Schilling

1993 Modernity, self- identity and the sequestration of death. *Sociology* 27 (3): 411- 431.

Mendez, Roque, Timothy L. Hulsey y Richard L. Archer

2001 Multiple partners in the age of AIDS: Self consciousness theory and HIV risk behavior. *Current Psychology Developmental* 20 (4). 349- 362.

Misovich, Stephen J, Jeffrey D. Fisher, William A. Fisher.

1997 Close relationship and elevated HIV risk behavior: Evidence and possible underlying psychological processes. *Review of General Psychology* 1 (1): 72- 107.

Mitchell, Kirstin and Kaye Wellings

2002 The role of ambiguity in sexual encounters between young people in England. *Culture, Health and Sexuality* 4 (4): 393- 408.

Moyer, Eileen

2003 *In the Shadow of the Sheraton: Imagining Localities in Global Spaces in Dar es Salaam, Tanzania*. Dissertation Manuscript, University of Amsterdam.

Noguera, Carlos Ernesto

2003 *Medicina y Política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: EAFIT.

Notman, Malkah T

2003 The female body and its meanings. *Psychoanalytic Inquiry* 23 (4): 572- 582.

Okagaki, Lynn y Diana Johnson Divecha

1993 Development of parental beliefs. *En: Parenting: an ecological perspective*. Tom Luster y Lynn Okagaki, eds. Pp 35- 68. New Jersey: Library of Congress Cataloging – in- data.

Oksala, Johanna

2004 Anarchic Bodies: Foucault and the Feminist Question of Experience. *Hypatia* 19 (4): 97- 119.

OMS- Organización Mundial de la Salud

2002 The World Health Report. Ginebra: The World Health Organization.

2003 International Classification of Diseases. Documento electrónico, <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, recuperado en Diciembre 9 de 2006.

OMS, ONUSIDA y UNFPA

2004 Position Statement on Condoms and HIV Prevention. Ginebra: The World Health Organization.

ONUSIDA

2004 Situación de la epidemia del SIDA: diciembre de 2004. Ginebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

2005 Situación de la epidemia del SIDA: diciembre de 2005. Ginebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

2006 Report on the Global AIDS Epidemic. Ginebra: UNAIDS.

Oriel, Jennifer

2005 Sexual Pleasure as a Human Right: Harmful or Helpful to Women in the Context of HIV/ AIDS. *Women's Studies International Forum* 28: 392- 404.

Parker, R.

2001 Sexuality, Culture and Power in HIV/ AIDS Research. *Annual Review of Anthropology* 30: 163- 179.

Parkin, Robert con Linda Stone,eds.

2004 General Introduction. *En: Kinship and Family: An Anthropological Reader.* Oxford: BlackwellPublishing.

Paternostro, Silvana

2001 En la tierra de Dios y del hombre: Hablan las mujeres de América Latina. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Patton, Patton, Michael Quinn

2002 Qualitative Research & Evaluation Methods. 3ra edición. Thousand Oaks: Sage Publications.

Paz, Octavio

1993 La llama doble : amor y erotismo. Barcelona : Editorial Seix- Barral.

Peretti- Watel, Patrick

2004 Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites á risque. *Revue Française de Sociologie* 45 (1): 103- 132.

Petersen, Alan y Deborah Lupton

2000 The New Public Health : Health and Self in the Age of Risk. London : Sage Publications.

Pfeffer, Naomi y Sophie Laws

2006 'It's only a blood test': What people know and think about venepuncture and blood. *Social Science and Medicine* 62 (12) : 3011- 3023.

PNUD

2006 Reportagem Especial. Documento electrónico,
www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?icl01=2390&lay=pde, recuperado el 15 de diciembre de 2006.

Porter, Dorothy

1999 *Health, Civilization and the State: A history of public health from ancient to modern times*. London and New York: Routledge.

Porter, Roy

2003 *Flesh in the Age of Reason*. London: W. W. Norton & Company.

Prior, Marsha

1997 [1993] *Matrifocality, power, and gender relations in Jamaica*. *En: Gender in Cross- Cultural Perspective*. Caroline B. Brettell y Carolyn E. Sargent, eds. New Jersey: Prentice- Hall.

Profamilia

2005 ENDS, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud : Salud Sexual y Reproductiva en Colombia*. Bogotá : Profamilia.

Real Academia Española

2001 *Diccionario de la lengua española*, 4. XXII Edición. España : Espasa.

Riley, John W. Jr.

1983 *Dying and the meanings of death*. *Annual Review of Sociology*. 9: 191- 216.

Rodríguez, Pablo, ed.

1997 *Familia y vida cotidiana en Cartagena de Indias. Siglo XVIII*. *En: IV Conferencia Iberoamericana sobre Familia, Cartagena 8 al 12 de Septiembre*. Pp 29-34. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

2004 *La Familia en Colombia*. *En: La Familia en Iberoamérica 1550- 1980*. Colección Confluencias. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, Convenio Andrés Bello.

Royce, Rachel, Arlene Seña, Willard Cates and Myron Cohen

1997 Sexual Transmission of HIV. *The New England Journal of Medicine* 336 (15): 1072- 1078.

Santana Marie- Anne y Barbara L. Dancy

2000 The stigma of being named “AIDS carriers” on the haitian- american women. *Health Care for Women International* 21: 161- 171.

Scheper- Hughes, Nancy y Margaret Lock

1987 The mindful body: A prolegomenon to future work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 1 (1): 6- 41.

Schneider, David

2004 [1972] What Is Kinship All About? *En: Kinship and Family: An Anthropological Reader*. Robert Parkin y Linda Stone, eds. Pp. 257- 274. Oxford: Blackwell Publishing.

Schoepf, Brooke Grundfest

1991 Ethical, methodological and political issues of AIDS research in Central Africa. *Social Science & Medicine* 33: 749- 763.

2001 International AIDS research in Anthropology: Taking a critical perspective on the crisis. *Annual Review of Anthropology* 30: 335- 361.

Schutz, Alfred y Thomas Luckmann

2003 *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Scorgie, Fiona

2002 Virginty Testing and the Politics of Sexual Responsibility: Implications for AIDS intervention. *African Studies* 61 (1): 55- 75.

Scott, Joan Wallach

1996 Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *En: Feminism and History*. Pp. 152- 180. New York: Oxford University Press.

Shannon, Gary W y Gerald F. Pyle

1989 The Origin and Diffusion of AIDS:A View from Medical Geography. *Annals of the Association of American Geographers* 79 (1): 1- 24.

Shapin, Steven

1982 History of science and its sociological reconstructions. *History of Science* 20 (3): 157- 211.

Shilling, Chris

1993 *The Body and the Social Theory*. London: Sage Publications.

Singer, Merrill C, Pamela I. Erickson, Louise Badiane, Rosemary Díaz, Dugeidy Ortiz, Traci Abraha y Anna Marie Nicolaysen.

2006 Syndemics, sex and the city: Understanding sexually transmitted diseases in social and cultural context. *Social Science & Medicine* 63 (8): 2010- 2021

Skidmore, David and Emma Hayter

2000 Risk and sex: ego- centricity and sexual behaviour in young adults. *Health, Risk and Society* 2 (1): 23- 33.

Slater, Lauren

2006 Amor Verdadero. *National Geographic en español* 18 (2): 2- 19.

Sontag, Susan

1989 *AIDS and its Metaphors*. New York: Farrar, Strauss and Giroux.

Spruyt, Alan, Markus J. Steiner, Carol Joanis, Lucinda H. Glover, Carla Piedrahita, Gloria Alvarado, Rebecca Ramos, Cesar Maglaya y Milton Cordero.

1998 Identifying condom users at risk for breakage and slippage: findings from three international sites. *American Journal of Public Health* 88 (2): 239- 244.

Stepan, Nancy

1996 [1991] *The hour of eugenics: Race, gender and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.

Streicker, Joel

1995 Policing boundaries: race, class and gender in Cartagena, Colombia. *American Ethnologist* 22 (1): 54- 74.

Susser, Ida y Zena Stein

2000 Culture, sexuality, and women's agency in the prevention of HIV/ AIDS in the Southern Africa. *American Journal of Public Health* 90 (7): 1042- 1048

Viveros, Mara

1993 La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. *Revista Colombiana de Antropología* 30: 239- 260.

2000 Dionisios negros: corporalidad, sexualidad y orden socio- racial en Colombia. *En: ¿Mestizo yo?* Múnoz, M y Sanmiguel P.E, eds. Pp. 95- 130. Bogotá: CES- Universidad Nacional.

2001 Masculinidades: Diversidades regionales y cambios generacionales en Colombia. *En: Hombres e identidades de género*. Mara Viveros, José Olavarría y Norma Fuller, eds. Pp. 35- 153. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Wallman, Sandra

2000 Risk, STD and HIV infection in Kampala. *Health, Risk & Society* 2 (2): 189-203.

Warr, Deborah y Priscilla M. Pyett

1999 Difficult relations: love, sex and intimacy. *Sociology of Health and Illness* 21 (3): 290- 309.

Watson Wendy K y Nancy J. Bell

2005 Narratives of development, experiences of risk: Adult women's perspectives on relationships and safer sex. *British Journal of Health Psychology* 10: 311- 327.

Weber, Max

1969 [1922] *Economía y Sociedad: Esbozo de sociología comprensiva*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

Wight, Daniel, Mary L. Plummer, Gerry Mshana, Joyce Wamoyi, Zachayo S. Shigongo, David A. Ross

2006 Contradictory Sexual norms and expectations for young people in rural Northern Tanzania. *Social Science & Medicine* 62: 987- 997.

Wingood, Gina y Ralph Diclemente

2000 Application of the theory of gender and power to examine HIV- related exposures, risk factors and effective interventions for women. *Health Education and Behavior* 27 (5): 539- 565.

Yanagisako, Sylvia Junko y Jane Fishburne Collier

2004 *Toward a Unified Analysis of Gender and Kinship. : Kinship and Family: An Anthropological Reader*. Robert Parkin y Linda Stone, eds. Pp. 275- 293. Oxford: BlackwellPublishing.

Youssef, H.

1993 The History of Condom. *Journal of the Royal Society of Medicine* 86:226-228.

Zamudio, Lucero, Norma Rubiano, Mara Viveros y Hernando Salcedo

1998 Problemas sensibles y estrategias metodológicas a propósito de las investigaciones sobre aborto inducido. *En: Cuadernos del CIDS*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia

Zola, Irving Kenneth

1991 Bringing our bodies and ourselves back in: reflections on a past, present and future "medical sociology". *Journal of Health and Social Behavior* 32 (1): 1- 16.