



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE SOCIOLOGÍA
CARRERA DE SOCIOLOGÍA

Procesos de subjetivación en torno a la desigualdad de género en mujeres heterosexuales VIH+ cuya vía de transmisión fue su pareja sexo-afectiva estable del momento en Santiago de Chile

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciada en Sociología y
Título Profesional de Socióloga

Sujey Selena Duarte Bustos

Profesor Guía:
Jorge Chuaqui

Julio, 2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a mi madre, Rosa Bustos, gran mujer, valiente, fuerte, feminista desde siempre. Me educó ante toda adversidad, me vio crecer, permitiéndome cometer errores para así aprender y, ante todo me ha apoyado de manera incondicional en todos los procesos y proyectos de mi vida.

Gracias a mi hermana Emely que siempre ha creído en mí y me ha alentado en todo lo que me propongo.

Agradezco también a mis fieles amigas, desde pequeñas hasta adultas. Las cuchufalitas, Bárbara, Catalina y Camila, pilares fundamentales en la vida y en la construcción de una misma.

Gracias a mi amiga Majo, siempre dispuesta a extender sus brazos y a prestar su oído, en todo momento, ya sea tristeza o felicidad.

También doy las gracias a mi compañero y amigo Ignacio por su amor y complicidad y por creer siempre en mi intelecto y en mi capacidad, aun cuando creí que ya no había esperanzas.

Doy las gracias a mi profesor guía Jorge Chuaqui, quien con paciencia y sabiduría guío y apoyó mi trabajo aun cuando parecía imposible.

Y por último gracias a todas aquellas personas que han estado conmigo, de manera presencial o a la distancia, y que con sus palabras me instaron a seguir adelante con la Sociología, sin ustedes no lo habría logrado.

A todos ustedes, gracias.

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

Zigmunt Bauman

Resumen

En el campo de los estudios de género, la temática en torno al VIH y SIDA ha sido vista durante muchos años como perteneciente a la población LGBTI+, lo que si bien, ha colaborado en una mayor respuesta a la epidemia para ellos mismo, han dejado a la deriva a mujeres seropositivas cuya vía de transmisión del virus han sido sus parejas estables masculinas en el marco de una relación heterosexual. Estas mujeres son las que constituyen el sujeto de estudio de esta investigación.

Actualmente en Chile, pese al aumento de casos de mujeres con VIH durante los últimos años, la respuesta estatal a este fenómeno sigue estando focalizada en los mal llamados y estigmatizados “grupos de riesgo”, fomentándose así a nivel social una visión poco clara en torno a la transmisión del virus ya que invisibiliza otras formas de transmisión y de riesgo como la transmisión dentro de una relación estable entre un hombre y una mujer, situación que no ha sido atendida por ningún órgano estatal de nuestro país.

El riesgo ante el VIH que develamos en las mujeres heterosexuales da cuenta de diversos factores socioculturales que tienen que ver con una cultura patriarcal y dominante que conlleva roles y desigualdades de género propiciando así, un estado de vulnerabilidad en las mujeres. La desigualdad de género se ve también en diversos ámbitos de la vida social: laboral, educacional, personal, económico, familiar, entre otros, cuestiones que hacen que la subjetividad de una mujer VIH+ varíe según contexto personal. De este modo, las mujeres seropositivas se constituyen como sujetas invisibilizadas a nivel estatal y discriminadas y estigmatizadas a nivel social, adquiriendo el virus sin buscarlo y dentro de una zona de confianza: su pareja.

Analizaremos pues, los procesos de subjetivación en torno a la desigualdad de género en mujeres VIH+, considerando además el factor que significó el haber sido infectadas por su pareja sexo-afectiva estable masculina. La investigación se llevará a cabo a partir de la metodología cualitativa, mediante entrevistas en profundidad a mujeres seropositivas mayores de 30 años y residentes en la ciudad de Santiago de Chile.

En cuanto a los resultados de esta investigación, se puede determinar que la desigualdad de género se suma a la condición serológica, ahondándose así el estigma social de vivir con VIH por el hecho de ser mujer. Por otra parte, a través de las entrevistas se puede establecer que las mujeres bajo esta situación han debido reconstruir sus trayectorias de vida, siendo en muchos casos, la condición serológica un factor preponderante para el propio empoderamiento y la toma de control sobre sus propias vidas y familias.

Palabras clave: mujeres seropositivas, desigualdad de género, pareja estable, heteronorma, riesgo.

ÍNDICE

1.1 Presentación del Problema	10
1.2 Justificación	14
1.3 Pregunta de investigación	15
1.4 Objetivos	15
1.5 Relevancias	16
1.5.1 Relevancia teórica.....	16
1.5.2 Relevancia metodológica	17
1.5.3 Relevancia práctica	17
Capítulo 2:	
Marco Teórico	18
2.1 Antecedentes Generales del VIH	18
2.2 Antecedentes históricos del VIH en Chile	20
2.2.1 Dictadura y VIH como patología social (1984-1990)	20
2.2.2 Organización de la respuesta a la pandemia (1991-2001).....	21
2.2.3 Desarticulación de sistemas preventivos y de control de VIH en Chile (2000-2010).....	22
2.2.4 Crisis de la epidemia del VIH en Chile (2010-).....	23
2.3 Antecedentes sobre la feminización del VIH	25
2.4 Sobre el feminismo, roles de género y desigualdad de género	27
2.4.1 Historia del Movimiento Feminista.....	28
2.4.2 Roles de género y desigualdad.....	32
2.4.3 Desigualdad de género	35
2.4.4 Héteronorma y Dispositivo del Matrimonio	36
<i>El concepto de pareja estable</i>	38
2.5 Sobre el VIH y SIDA	39
2.5.1 Riesgo y precepción del riesgo ante el VIH y SIDA.....	41
2.5.2 Vulnerabilidad de la Mujer en torno al VIH	43
2.6 Dispositivo de control y procesos de subjetivación	45
Capítulo 3:	
Marco Metodológico	47

3.1 Aproximación y estrategia metodológica.....	47
3.2 Técnica de producción de datos	48
3.3 Técnica de análisis de datos	49
3.4 Universo y muestra	49
3.4.1 Problemas prácticas de la investigación	51
3.5 Condiciones éticas	51
Capítulo 4:	
Análisis y resultados	52
4.1 El riesgo ante el VIH: significados sociales y subjetivaciones sobre virus	52
4.1.1 Percepción de riesgo: el sentir global.....	52
4.1.2 ¿Muerte social?: Miedo a la condición serológica	54
4.1.3 Problemas estructurales en la educación sexual: subjetivaciones en torno a la mujer heterosexual no considerada como sujeto de riesgo.....	55
4.2 Discursos y significados en torno a la pareja estable.....	60
4.2.1 Pareja estable	60
4.2.2 Infidelidad y VIH: Transmisión.....	62
4.3 Procesos de subjetivación y normalización de prácticas patriarcales: las voces de las mujeres seropositivas.....	64
4.3.1 Roles de género en la relación.....	64
<i>Rol de sumisión.....</i>	65
<i>Rol de mujer cuidadora</i>	66
<i>Rol mujer hogareña y encargada de las labores domésticas.....</i>	67
4.3.2 Discursos sobre la desigualdad de género en la relación Post-VIH.....	68
<i>Naturalización de la infidelidad masculina.....</i>	68
<i>La culpa.....</i>	70
<i>El reconocimiento de la cultura machista en sus subjetividades.....</i>	71
5. Reflexiones finales.....	74
5.1 El camino recorrido	74
5.2 Desigualdad de género	74
5.3 Riesgo sexual.....	76
5.4 Nuevas lecturas	77

5.5 Discusión y búsquedas políticas	78
6. Referencias bibliográficas.....	80
Anexos	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Casos y tasas de notificación por VIH/SIDA según sexo. Chile 1984-2017.....	19
Tabla 2: Resumen de las entrevistadas.....	50

ÍNDICE DE CUADROS

Cuatro 1: Diagrama de resultados.....	77
--	-----------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Relación de hombre:mujer con VIH/SIDA notificados por año.....	25
Figura 2: Campaña preventiva: Profilaxis Pre Exposición PrEP.....	41

SIGLAS

CONASIDA: Corporación Nacional del Sida

DIPRES: Dirección de Presupuestos

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

GES: Garantías Explícitas en Salud

IO: Infecciones Oportunistas

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

JOCAS: Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad

MINSAL: Ministerio de Salud

ONUSIDA: Organización de las Naciones Unidas por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PrEP: Profilaxis Pre-exposición

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TARV: Terapia Antirretroviral

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

VIH+: Ser Positivo al Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

Capítulo 1: Formulación del Problema

1.1 Presentación del Problema

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se definen como “un grupo heterogéneo de enfermedades transmisiones, que afectan a hombres y mujeres, cuyo elemento en común es la transmisión por vía sexual” (Minsal, 2020) de las cuales, las más frecuentes en Chile son: virus del papiloma humano, gonorrea, sífilis, clamidia, herpes genital, virus de inmunodeficiencia adquirida, entre otros.

A lo largo de las dos primeras décadas del siglo XXI el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (en adelante VIH) se ha presentado como una pandemia en constante expansión, lo cual responde a diversos factores sociales que no han sido atendidos de manera eficaz por los gobiernos locales (ONUSIDA, 2008). Los factores sociales más comunes que inciden en el aumento de las cifras de VIH en el mundo son la discriminación, el estigma, la marginación y las desigualdades de género (ONUSIDA, 2008), incluyendo también variables como condición socioeconómica, nivel educacional y entorno social. El *Informe sobre la Epidemia Mundial del Sida* emanado por ONUSIDA (2008) señala que estos factores sociales se deben enmarcar como urgentes en las agendas de cada país, sobre todo en los que tienen mayor aumento en las cifras de VIH, como lo es Chile a nivel regional (MINSAL, 2019). De no atenderse de manera oportuna se configurarían escenarios de múltiples vulnerabilidades las cuales, por lo general, no son mencionadas, investigadas ni abordadas en las campañas preventivas del país.

No obstante la multiplicidad de factores que inciden en la transmisión del VIH, esta investigación aborda, de manera específica, cómo las desigualdades de género son una variable a considerar en el desarrollo epidemiológico del virus. Este planteamiento se reafirma a partir de estudios recientes de los que han surgido conceptos como el de la *feminización y heterosexualización* del virus de inmunodeficiencia adquirida, fenómenos los cuales hacen referencia al aumento en la cantidad de mujeres heterosexuales que adquieren el virus mediante relaciones sexuales con su pareja estable masculina, teniendo como una de las causas de infección la condición y rol de mujer en la vida privada y social en el marco de estas relaciones.

La cuestión del rol de la mujer heterosexual y monógama frente al VIH añade otra problemática a analizar ya que a nivel social, no se considera a estas mujeres como personas en riesgo de contraer del virus, debido principalmente a que están

fuera de parámetros e imaginarios sociales asociados al mismo. Esto es resultado de la estigmatización social asociada al virus, la cual recae en determinados grupos de la población (usualmente denominados *grupos de riesgo*), a quienes se dirige, en su mayoría, los programas y campañas de prevención nacional. Estos grupos son hombres homosexuales, hombres que tienen sexo con hombres, drogadictos, trabajadoras sexuales y mujeres transgénero.

Ejemplo de esto es que durante el año 2019 -tras el récord de incidencia en 2018- se haya promovido una campaña de prevención a través de la profilaxis preexposición (PrEP), “una forma de prevención de la infección con el VIH donde las personas VIH negativas toman una combinación de medicamentos en una sola pastilla para reducir su riesgo de adquirir VIH” (QuieroPrEP, 2019), cuyo requisito era pertenecer a los siguientes grupos: hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transexuales y trabajadoras/es sexuales (Minsal, 2019). Esto culmina en que la mayoría de los estudios sociales en torno al VIH han sido también enfocados en estos mismos grupos, estigmatizando cada vez más al virus (Flem, 2017) y aislando a su vez, más a las mujeres heterosexuales contagiadas.

Otro ejemplo sobre la estigmatización del virus son las campañas preventivas nacionales (2005) la cual en su afiche señala la pregunta “¿Cuál es nuestra postura?”, respondiendo con la frase “Con amor y sin prejuicios” aludiendo a la homosexualidad de dos hombres. Finalmente en la parte inferior del afiche aclaran que “Este mensaje es válido para personas que tengan relaciones sexuales y no opten por una pareja única” aludiendo a que la monogamia es una vía viable de prevención del virus (VER ANEXO 1)

Esta manera de tratar al VIH/SIDA, las políticas que se utilizan y las prácticas preventivas propuestas tienden a responsabilizar a los individuos de su propia salud, reduciéndose la sexualidad tanto de hombres y mujeres a conductas racionales y autónomas, sin considerar el constructo social. De esta manera, se ignora el riesgo que sufren las mujeres heterosexuales con pareja estable, en el sentido que se encuentran subyugadas una estructura patriarcal de sexo-género y las desigualdades y vulnerabilidades que conllevan (Rubin, 1996).

Siguiendo con esto, las políticas y creencias en torno al VIH refieren a que en el marco de una relación heterosexual y monógama no existe riesgo de contagio, apelando a la moralidad, tradicionalidad y respeto ante la institución de la familia como forma de prevención. No obstante, esto se derrumba al apreciarse la franca feminización y heterosexualización del virus en países como Chile:

El mensaje de que el matrimonio asegurará una monogamia permanente, deviniendo automáticamente una forma de prevención mediante pareja única, es particularmente problemático sostener en un país donde la epidemiología muestra que el contagio del virus se ha feminizado de modo sistemático, prioritariamente en relaciones heterosexuales que se prometen monógamas (Flem, 2017, p.57).

El estudio de *Caracterización de mujeres recientemente diagnosticadas con VIH/SIDA* en la Región Metropolitana establece que de un 100% de mujeres con VIH, un 67% adquiere el virus estando dentro de la categoría de *Con pareja estable que vivía con ella*, mientras que sólo un 7% dice no tener pareja estable al momento de contraer el virus, además de que un 69% confiesa haber sido monógama en sus relaciones (MINSAL, 2014, p.95). Es decir, estas mujeres fueron infectadas por la pareja estable del momento, siendo transgredidas y vulneradas tanto en su salud, como en su integridad física y mental.

Bajo estas ideas y evidencias se puede inferir que las mujeres heterosexuales y monógamas viven en una constante vulnerabilidad sustentada en patrones morales tradicionales y patriarcales, los cuales proyectan una idea de familia y de matrimonio como una zona segura, sin embargo, solo se plasman las diferencias y desigualdades que existen entre ambos géneros propios de una relación heterosexual. Estas desigualdades se desarrollan al momento en que existen divergencias y “contrapartes” entre los roles que cada género posee, quedando la mujer relegada a los ámbitos de vida social privada y doméstica, y los hombres en una situación de privilegio, construyendo una vida social privada y pública a la vez. Foucault define una serie de deberes y obligaciones dentro de una relación sexo-afectiva y monógama, además define la existencia de una moral viril como elemento de elaboración masculina con el fin de sacar provecho de su rol, sobre todo ante las mujeres, viéndolas como un objeto de compañía que debe estar a su disposición.

(...) las mujeres se ven obligadas en general a constricciones extremadamente estrictas: y sin embargo no es a las mujeres a quienes se dirige esta moral; no son ni sus deberes ni sus obligaciones lo que ahí se recuerda, justifica o desarrolla. Se trata de una moral de hombres: una moral pensada, escrita y enseñada por hombres y dirigida a los hombres, evidentemente libres. Por consiguiente, moral viril en la que las mujeres sólo aparecen a título de objetos o cuando mucho de compañeras a las que hay que formar, educar, vigilar, mientras están bajo el poder propio (...)
(Foucault, 2003, p.17)

En este sentido, al entrar las mujeres en una relación monógama, heterosexual y patriarcal quedan bajo el sometimiento de esta norma moral masculina conllevando roles de género determinados y desiguales culturalmente avalados por la estructura social dominante, trayendo consecuencias y vulnerabilidades para las mujeres.

La infección de VIH desde un hombre a mujer en el marco de una relación supuestamente monógama y heterosexual, es por consiguiente, reflejo de esta desigualdad en torno a las obligaciones que asume cada uno dentro de la pareja, según su género.

La desigualdad de género que viven las mujeres dentro de las relaciones sexo afectivas heterosexuales y patriarcales imponen un rol sumiso, hogareño y de fidelidad –es decir un rol únicamente en el ámbito privado- mientras que los hombres viven una especie de “libre albedrío” solo por su condición biológica, -es decir tiene un desarrollo mayor en el ámbito público y una suerte de *mandamás* en el ámbito privado-; el patriarcado, como se institucionaliza esta desigualdad, forma una estructura social donde unos son los dominantes y otros los dominados (mujeres).

Por tanto, es sustancial estudiar y analizar a este grupo de individuos, que si bien no representa una mayoría dentro del número de personas VIH+, se están viendo mermadas (sin ellas saberlo) por su condición de mujer en una sociedad que impone una determinada estructura violentando las formas de vida de la mujer. Cabe destacar que la estructura social patriarcal ayuda a formular percepciones de riesgo estereotipadas, y en las cuales las mujeres que viven subyugadas al patriarcado no se identifican por lo que no aplican medidas preventivas para su salud.

Consiguientemente, tras evidenciar la desigualdad de género que las mujeres viven de manera cotidiana, es interesante analizar los procesos de subjetivación que estas mujeres tienen al momento de enfrentar su nueva condición serológica. Michael Foucault define los procesos de subjetivación como “las formas y las modalidades de relación consigo mismo por las que el individuo se constituye y reconoce como sujeto” (Foucault, 2003: 12), siguiendo esta línea, lo que se busca analizar son los procesos de subjetivación que desarrollan las mujeres. Se entiende que tal diagnóstico implica una necesaria reconstrucción vital en todo sentido, más aún cuando se derrumba la estructura social en la que confiaron o más bien dominó su vida. A esto se le suma que ser mujer, y la desigualdad de género en sí misma, afectan de manera existencial las vivencias y más aún si se vive con VIH, entiendo que es una infección cargada de significados y estigmas sociales.

En base al análisis previo, esta investigación busca abordar los procesos de subjetivación o subjetividades desde la desigualdad de género, ya que, debido a la distinción, posición y roles que se otorgan tanto al hombre, como a la mujer, estas últimas resultan las más perjudicadas y sometidas finalmente como individuos portadoras de VIH por confiar en una determinada estructura.

1.2 Justificación

Esta investigación se justifica, a partir de la necesidad de evidenciar las prácticas de desigualdad de género que experimentan las mujeres en su diario vivir cuando se encuentran dentro de una relación afectiva heterosexual y monógama. Entonces, se considera a la mujer como la parte vulnerada de estas costumbres culturales y, a raíz de esto, se produce transmisión de VIH por parte de sus parejas masculinas. En consiguiente, se considera como objetivo central, un análisis sobre la identificación de estas prácticas desiguales dentro del contexto marital o de pareja, lo que se construye bajo lógicas patriarcales y morales. A esta hipótesis, se le suma la subjetivación personal que cada mujer tiene luego de enterarse de su nueva condición serológica. Es decir, se estudiarían los procesos de subjetivación luego de vivir una experiencia jamás esperada dentro del contexto que cada una de estas mujeres vivía.

A su vez, no es prudente olvidar como se ha construido el imaginario social del VIH/SIDA, visibilizando determinados grupos como propensos a contraer el virus, influyendo en la percepción de riesgo de cada mujer ya que al asumirse dentro de una relación estable y monógama creen desarrollar una práctica sexual preventiva y correcta ante diversas infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

Según lo mencionado anteriormente, la presente investigación busca dar a conocer subjetividades en torno a la desigualdad de género como causa de la transmisión de VIH en sus relaciones y a su vez evidenciar como la estructura social y los imaginarios sociales fomentan la vulnerabilidad de la mujer en la sociedad.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los procesos de subjetivación en torno a la desigualdad de género y el riesgo asociado al VIH en mujeres heterosexuales VIH+ entre 30 y 50 años cuya vía de transmisión del virus fueron sus parejas sexo afectivas estables del momento en Santiago de Chile?

1.4 Objetivos

Objetivo General:

- Analizar los procesos de subjetivación en torno a la desigualdad de género y el riesgo asociado al VIH en mujeres heterosexuales VIH+ entre 30 y 50 años cuya vía de transmisión del virus fueron sus parejas sexo afectivas estables del momento en Santiago de Chile.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las prácticas de desigualdad de género dentro de las relaciones sexo afectivas estables de estas mujeres.
2. Categorizar los procesos de subjetivación en torno a la desigualdad de género en estas mujeres luego de conocer que la vía de transmisión de VIH fueron sus parejas estables del momento.
3. Describir los procesos de subjetivación de estas mujeres en torno al riesgo y a la percepción de riesgo asociado al VIH y SIDA.

1.5 Relevancias

Esta investigación se sitúa dentro del campo teórico de la Sociología del Género y busca actuar e incidir en las lógicas patriarcales como una forma de lucha y resistencia ante ellas. Para esto, se considera una relación sexo afectiva y estable como contexto en el que se desarrolla la desigualdad de género y que tiene como resultado problemas de salud, hacia las mujeres, como la transmisión de VIH, sin ellas imaginarlo. Por esto es necesario evidenciar estas lógicas más aún si hay una estructura que las avala.

En este sentido las subjetividades son necesarias de analizar ya que dan cuenta de la propia experiencia que cada una de estas mujeres posee y como, a raíz de lo que vivieron, se plantean nuevas formas de vida y descubren que se encontraban inmersas bajo opresión y dominación patriarcal a lo largo de sus vidas, y por lo tanto, en sus relaciones sexo afectivas o de pareja. Consecuentemente, y siguiendo la perspectiva teórica mencionada anteriormente, es que se plantea una relevancia teórica, metodológica y práctica dentro de la investigación.

1.5.1 Relevancia teórica

Según lo mencionado anteriormente, esta investigación se enmarca dentro de la Sociología del Género y se busca contribuir hacia ella. En espacios no físicos, como en una relación de pareja, se enmarcan roles y desigualdades que se normalizan y actúan como patrones culturales comprendiendo estructuras sociales que benefician a unos (hombres) y amedrentan a otros (mujeres). Este fenómeno trae consecuencias negativas hacia la mujer lo que produce y provoca un desarrollo de pensamientos en torno a sí mismas, es decir, se comienza a desarrollar en ellas procesos en donde estas prácticas –invisibles- se tornan claras, según corresponda dependiendo de cada caso, los cuales llamaremos *procesos de subjetivación*.

Por otro lado, también es necesario analizar el imaginario social en torno al VIH/SIDA debido a que desconoce la desigualdad de género evidente en la sociedad chilena –y del mundo- dejando así una suerte de vulnerabilidad en las prácticas sexuales de las mujeres ya que confían en una estructura moral que les indica seguridad sexual con sus parejas, no obstante la lógica patriarcal indica lo contrario.

1.5.2 Relevancia metodológica

Desde una perspectiva metodológica y en consideración con una propuesta de investigación feminista interseccional, el análisis se desarrolló bajo la metodología del “conocimiento situado” es decir, contextual para el investigador, en este caso, investigadora. También se enmarca dentro de la metodología investigativa feminista interseccional entendiendo que ser mujer implica vivir en una constante desigualdad y vulnerabilidad que se acrecienta al involucrar otros factores como por ejemplo el estado serológico positivo o, incluso, la clase social.

1.5.3 Relevancia práctica

La relevancia práctica que propone esta investigación es la denuncia de prácticas desiguales sistemáticas y estructurales que conllevan al desarrollo de situaciones complejas las cuales podrían ser de por vida para las mujeres, como por ejemplo la vulnerabilidad sanitaria dentro de las relaciones de pareja a causa de la estructura social dominante.

Otra relevancia práctica importante es la evidencia que aporta la investigación en torno a las subjetividades de mujeres como fuente de análisis, permitiendo visualizar sentires y pensares de las entrevistadas a partir de la experiencia – traumática- de enterarse de su nueva condición serológica.

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1 Antecedentes Generales del VIH

Desde los años ochenta hasta nuestros días, tanto a nivel global como en Chile se ha hablado constantemente de la pandemia del VIH/SIDA. El Virus de la inmunodeficiencia humana, es un retrovirus que se transmite por vía sexual, sanguínea o de madre a hijo durante el embarazo. Este virus llega a causar -en su etapa avanzada- el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Ambos conceptos -VIH y SIDA- se relacionan y suelen confundirse entre sí por sectores de la población, no obstante el SIDA constituye una etapa avanzada de manifestación del virus.

El VIH ataca y destruye los linfocitos CD4, los cuales se encargan de fabricar anticuerpos para combatir distintos tipos de infecciones (INFOSIDA, 2019). De este modo, en una persona con SIDA el sistema inmune se debilita permitiendo la aparición de infecciones oportunistas (IO), las cuales “ocurren con más frecuencia o son más graves en personas con debilidad del sistema inmunitario en comparación con quienes tienen un sistema inmunitario sano” (Infosida, 2018: 1) que dada la vulnerabilidad del organismo pueden llevar incluso a la muerte de la persona.

No obstante lo anterior, hoy en día la correcta utilización de fármacos permite a los portadores de VIH mantener sus niveles de carga viral bajos, por lo que actualmente VIH no es sinónimo de SIDA. La Terapia Antirretroviral, más conocida como TARV, es el principal método utilizado para “frenar” el VIH, ya que si bien no lo cura “evita que el virus se reproduzca, convirtiendo a esta “enfermedad” en crónica y no mortal” (ISAPRES DE CHILE, 2018: 1), e inclusive, el virus puede llegar a ser indetectable por otros cuerpos u organismos

Pese a los avances en la terapia del VIH/SIDA, el virus hoy en día se sigue considerando una pandemia que genera un problema de Salud Pública a nivel mundial, pues, cada año siguen aumentando las cifras de portadores de VIH. Según las estadísticas de la ONU, de 36,9 millones de personas VIH+ hasta el año 2017 sólo un 59% recibe TARV (ONUSIDA, 2018), es decir un 41% está destinado a morir por la enfermedad, principalmente portadores pertenecientes a la región de África Subsahariana donde sólo el 29% del total tienen acceso a la terapia (VER ANEXO 2).

En el caso chileno, para el año 2017 había un estimativo de 67.000 personas mayores de 15 años con VIH. Del total, 49.000 corresponderían a hombres y 17.000 a mujeres (Goldstein, 2019). La cantidad de niños entre 0 y 14 años se estima para el mismo año en menos de 500.

Las principales vías de transmisión de VIH en Chile son relaciones sexuales homosexuales en el caso de los hombres, mientras que el caso de las mujeres son las relaciones sexuales heterosexuales y actualmente, dentro de ese grupo, son las mujeres con pareja estable las que concentran la mayor cantidad de nuevos casos notificados del virus (Cianeli, Ferrer, et al, 2006).

A continuación se presenta una tabla donde evidencia la progresión de infecciones por VIH desde el año 1984 hasta el 2017

Casos y tasas de notificaciones por VIH/SIDA según sexo. Chile 1984-2017					
Año	Hombres		Mujeres		Relación Hombre mujeres
	Cantidad	Tasa	Cantidad	Tasa	
1984	6	0,0	0	0,0	6,0
1985	10	0,2	1	0,0	10,0
1986	25	0,4	1	0,0	25,0
1987	72	1,2	4	0,1	18
1988	104	1,7	24	0,4	4,3
1989	192	3,0	18	0,3	10,1
1990	333	5,1	27	0,4	12,3
1991	467	7,0	59	0,9	7,9
1992	494	7,3	61	0,9	8,0
1993	536	7,8	64	0,9	8,4
1994	631	8,9	83	1,1	7,6
1995	751	10,4	155	2,1	4,8
1996	804	11,0	138	1,8	5,8
1997	847	11,4	158	2,1	5,4
1998	957	12,7	197	2,6	4,9
1999	1023	13,3	201	2,6	5,1
2000	1000	12,1	203	2,6	4,9
2001	1.023	13,3	201	2,6	5,1
2002	1.179	15,2	229	2,9	5,1
2003	1.238	15,8	240	2,9	5,2
2004	1.164	14,7	233	2,9	4,5
2005	1.107	13,8	253	3,1	4,2
2006	920	11,4	263	3,2	3,5
2007	1.047	12,8	266	3,2	3,9
2008	1.249	15,1	304	3,6	4,1
2009	1.767	21,1	338	4,0	5,2
2010	1.449	17,2	298	3,5	4,9
2011	2.269	26,6	413	4,7	5,5
2012	2.039	23,6	402	4,6	5,1
2013	2.150	24,6	423	4,7	5,1
2014	2.318	26,3	430	4,8	5,4
2015	2.393	26,9	416	4,6	5,8
2016	2.579	28,6	414	4,5	6,2
2017	2.817	31,0	474	5,1	5,9

Tabla 1: Casos y tasas de notificados por VIH/SIDA según sexo. Chile 1984-2017
Fuente: Informe: Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017.

La tabla anterior muestra el progresivo avance con el que se ha desarrollado la pandemia en Chile. A continuación se relatan antecedentes históricos sobre el VIH en Chile que ayudan a comprender el fenómeno a mayor profundidad, enfocándonos finalmente en la infección por VIH en mujeres con pareja estable, es decir, la feminización y heterosexualización del virus.

2.2 Antecedentes históricos del VIH en Chile

2.2.1 Dictadura y VIH como patología social (1984-1990)

En Chile la epidemia de infección por VIH/SIDA se dio a conocer públicamente en 1984 cuando se detectan 6 casos de hombres portadores del virus y muere Edmundo Rodríguez Ramírez a causa de la enfermedad, profesor homosexual residente de la comuna de Maipú. Es en 1985 cuando se conoce el primer caso de una mujer portadora del virus (MINSAL, 2013).

Durante 1984 -año de los primeros casos notificados- se modifica el Decreto 362 (Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual), incluyéndose el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Este decreto otorgó al Ministerio de Salud la responsabilidad de la “lucha antivenérea”, estableciendo medidas de control coercitivas para dichas enfermedades:

Cuando el Servicio de Salud compruebe la existencia de personas que se encuentren en períodos transmisibles de una enfermedad de transmisión sexual y se nieguen a dejarse examinar o tratar, serán obligados a ello (...)

El Director del Servicio de Salud podrá, para dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en este Reglamento, requerir directamente el auxilio de la fuerza pública de la Unidad de Carabineros más cercana. (Decreto 362, 1984)

Vivir con alguna ETS (enfermedad de transmisión sexual) fue, por tanto, una carga social enorme durante esta época, ya que se propiciaba abiertamente la denuncia de cualquier sospechoso de portar alguna enfermedad venérea. Para estos fines se establecieron también métodos para controlar a quienes ejercieran la prostitución:

Todas las personas que se encuentren en el interior de estos inmuebles, deberán ser puestas por Carabineros, a disposición del Servicio de Salud correspondiente para su examen y demás medidas sanitarias que procedan. (Decreto 362, 1984)

Pero más allá de establecer mecanismos de control en torno a las personas portadoras -o sospechosas de estarlo-, el Decreto 362 estableció también parámetros para la prevención y educación sexual en Chile. En este aspecto, la norma establece que uno de los objetivos básicos de la educación sexual debía ser “*la conceptualización de la sexualidad humana como una forma de relación heterosexual (...)*” (Decreto 362, 1984), delineando de esta manera límites en la corporalidad y sexualidad de la población chilena. A la vez que se definía a la heterosexualidad como forma deseable y correcta, se patologizaba a la homosexualidad y la prostitución, incluyéndolas junto a la violación, incesto y estupro en una lista de *patologías sociales de la sexualidad*.

A través del análisis de esta norma se desprende que las personas con VIH/SIDA durante estos años cargaban con una fuerte carga estigmatizadora incluso criminalizante, dado que estaban expuestos a la denuncia de cualquier particular y al control obligado de su enfermedad en caso de adquirirla. El uso de conceptos como ‘patología social’ y ‘sexualidad normal’ develan el estigma con el que cargaban los infectados de VIH, los cuales debían sumar a su patología física, la carga social de no poder asumir su condición serológica y sexual de modo abierto.

Posteriormente, en 1987, una vez ya conocido el real alcance de la epidemia del VIH/SIDA, se dicta el decreto 466, el cual a la vez de dar atribuciones al Ministerio de Salud para el control de la epidemia, incorpora por primera vez el elemento de la confidencialidad del diagnóstico:

El Ministerio de Salud velará especialmente para que se cautele y haga efectivo el derecho a la privacidad de los enfermos de SIDA, de los portadores de serología positiva, de los contactos y los respectivos grupos familiares (Decreto 466, 1987).

2.2.2 Organización de la respuesta a la pandemia (1991-2001)

Previo al inicio de la transición democrática en Chile, ya existía un fuerte impulso social en torno al tema del VIH gracias a organizaciones como la Corporación Chilena de Prevención del SIDA (Flem, 2017, p.7) (Ferrer, 2009, p.2). Gracias al impulso de estas organizaciones, el Estado conformó la CONASIDA en 1991, con el fin de “promover y facilitar procesos orientados a que la sociedad asuma la prevención y la disminución del impacto biopsicosocial del VIH-SIDA” (Lampert, 2019, p. 1). Este organismo sería el encargado de la elaboración, coordinación y evaluación del *Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA en Chile*.

Durante esta primera etapa de la CONASIDA, se destacan líneas de trabajo en relación a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA en Chile, siendo las principales:

- Creación de campañas comunicacionales dirigidas a la ciudadanía cuyo objetivo era educar sobre la prevención y diagnóstico del VIH.
- Creación de consejerías y el FONOSIDA.
- Creación de la Ley del SIDA 19.799 en el año 2001.

A diferencia del período anterior, en que el VIH era un tema tabú, durante esta etapa la acción estatal buscó sobre todo concientizar a la sociedad sobre el tema del VIH a través de las campañas. La ley del SIDA, por otra parte, reconoció el derecho de las personas seropositivas la no-discriminación laboral (tanto en el sector público como privado), educacional ni en los establecimientos de salud.

De este período, también destaca la realización en 1998 del primer Estudio Nacional de Comportamiento Sexual, iniciativa nacida desde el Estado. Este mismo estudio permite hacer un balance con respecto al avance en el conocimiento en torno al VIH de la población chilena durante los años entre 1991 y 1998. Los resultados prueban que si bien la mayoría acierta en reconocer las principales formas de prevención de ETS, existen creencias erróneas en la población que se mezclan con la información correcta; esto se denota, por ejemplo, en que el 39,7% de los encuestados piensa que se puede prevenir la transmisión del VIH 'evitando usar baños públicos' (Gobierno de Chile, 2000: 50). Por otra parte, la encuesta también muestra que gran parte de la población (40,3%) se muestra dispuesta a discriminar a personas con VIH en ambientes laborales y/o escolares (Gobierno de Chile, 2000, p.22).

Si bien durante este período, el rol del estado y la sociedad en torno al VIH fue mucho más activo -lográndose un nuevo marco normativo y una mayor relevancia social del tema VIH-, aún se mantuvo el estigma en torno al VIH y una alta desinformación de la ciudadanía en torno al tema. Uno de los puntos débiles del período fue la no inclusión de la educación sexual como parte integral del currículum, ya que en 1991 se establece la libertad de enseñanza de cada establecimiento en torno a la educación sexual.

2.2.3 Desarticulación de sistemas preventivos y de control de VIH en Chile (2000-2010)

Hacia el año 2000, el limitado avance que había tenido la educación sexual desde 1995 gracias a las JOCAS (Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad) se detiene por las presiones de los sectores conservadores y la iglesia católica. Esta decisión marca una coyuntura, pues a partir de ésta se han continuado

algunos intentos de establecer planes de educación sexual a partir del Ministerio de Educación, los cuales en palabras del PNUD, hasta el 2010 “se han centrado en un desarrollo local de escasa visibilidad mediática.” (PNUD, 2010, p.197).

Por otra parte, la CONASIDA, otrora elaboradora, coordinadora y evaluadora, pasa a ser sólo coordinadora de los programas de prevención, los cuales a su vez debían ser implementados por los diversos organismos del Ministerio de Salud. Este giro burocrático en la implementación de los programas no surtió beneficios para los objetivos del programa. La DIPRES, en su informe evaluativo del programa de prevención del VIH del 2010 reconoce las falencias del modelo: “La estructura organizacional del Programa se caracteriza por ser fragmentada, no vinculada a una única institución y sin mecanismos de coordinación permanentes.” (DIPRES, 2010, p.7).

En cuanto a los avances del período, quizás el más relevante es el Decreto 228 (2005) que incluye al VIH en las patologías GES, asegurando así una cobertura universal de la triterapia o terapia antirretroviral (TARV).

2.2.4 Crisis de la epidemia del VIH en Chile (2010 -)

Durante este período se mantienen a grandes rasgos las políticas sociales precedentes en torno al VIH: cobertura para el tratamiento antirretroviral, campañas preventivas anuales, etc. Sin embargo, la falta de impacto de estas campañas, la carencia de educación sexual, la falta de colaboración del Estado con las organizaciones sociales, entre otras causas, lleva a que el enfoque preventivo no haya surgido los efectos esperados, llevando a Chile a su período de mayores tasas de transmisión.

Actualmente, la pandemia del VIH en Chile se encuentra en un período de aumento sostenido. Esto se explica en el aumento de los casos notificados de VIH durante el año 2018, el cual asciende a 6.948, representando más del doble de los casos notificados durante el año 2010 (2.982) (Goldstein, 2019, p.1). Con estos datos, Chile lidera las cifras de aumento de nuevos casos de VIH en América Latina y el Caribe con un aumento porcentual del 85% para el período 2010-2018, situándose muy por encima del promedio regional para el mismo período, de un 1% (Goldstein, 2019, p.1).

Al respecto de esta situación, diversas voces desde el mundo académico y social responsabilizan al Estado de este aumento, dada su incapacidad de conducir efectivamente la prevención del virus en la población chilena. Luego del conocimiento

de las cifras se convocó a una “Comisión Especial Investigadora” de la actuación del Ministerio de Salud y demás organismos públicos competentes en relación en la crisis que afecta a Chile en el tratamiento del VIH/SIDA desde el año 2010 hasta el año 2018.

Ferrer (2009) manifiesta que se debe realizar un cambio innovador a nivel social, médico y psicológico ante la pandemia del VIH:

Chile necesita un cambio en las estrategias de prevención de VIH, los números y las personas lo corroboran. Se requiere mayor innovación, integración, pluralismo, autocrítica, mejor calidad en los procesos, coordinación entre diferentes actores de la sociedad, pero por sobre todo, mayor apertura y humanización en la atención ofrecida en relación a un problema social como es la epidemia del VIH en Chile (Ferrer, et al, 2009, p.15).

Por su parte, el informe del Observatorio de Políticas Públicas en VIH/SIDA y Derechos Humanos de la Fundación Savia, habla en torno a las políticas públicas del Estado hacia el VIH, y plantea una visión crítica de las campañas preventivas, destacando su poca efectividad en la contención de la epidemia:

La campaña emitió un discurso uniforme, general, inespecífico. No abordó el tema de la sexualidad. Si Chile sigue con este modo de hacer política de salud pública, es probable que la epidemia tienda a expandirse con mayor rapidez. (Fundación Savia, 2011, p.31)

En este sentido, Krause (2011) también critica la educación sexual desarrollada en el país ya que se abstiene de enseñar sobre sexualidad a jóvenes y adultos por igual, incluso a la sociedad por igual, entendiendo que todos tienen riesgo de infección de VIH o alguna otra infección de transmisión sexual.

“Con respecto a los programas de prevención del gobierno es necesario establecer un modo de educación universal en el país sobre las ITS incluyendo el VIH/SIDA. Es mucho más fácil educar jóvenes en comparación a cambiar las mentes de los adultos mayores. En conjugación con eso, es necesario a hacer y difundir campañas más transparentes y que muestra el VIH/SIDA como una enfermedad que puede afectar a toda la sociedad, no solo los grupos de mayor riesgo.” (Krause, 2011, p. 30).

Otras investigaciones han añadido a la falta de educación sexual, campañas efectivas y un sistema colaborativo, un nuevo factor: un cambio cultural en torno a la

percepción subjetiva del VIH como una enfermedad que ya no representa la muerte (Núñez, 2018, p.21).

2.3 Antecedentes sobre la feminización del VIH

Otro aspecto a destacar en torno a los datos del periodo actual es el fenómeno de feminización que se aprecia en los casos nuevos de VIH en Chile. La feminización del virus se presenta como una “consecuencia de la combinación de una serie de factores biológicos y, sobre todo sociales de la mujer” (Enria et al, 2009, p.280) que provoca un aumento en la tasa de portadoras del virus.

Este fenómeno implica que la relación entre hombres y mujeres con VIH se ha ido reduciendo, es decir, cada vez hay más mujeres portadoras de VIH. A saber, durante el 2015 la relación en los casos nuevos de VIH entre hombres y mujeres fue de 6:1 y en 2017 de 5:1 (Lampert, 2019, p.10). Ahora, si miramos la relación entre hombres y mujeres en base a los datos estimados de población total con VIH en Chile para el año 2017, llegamos a que existen 49.000 hombres y 17.000 mujeres contagiados (Goldstein, 2019), lo que reduce la relación a 2,8:1.

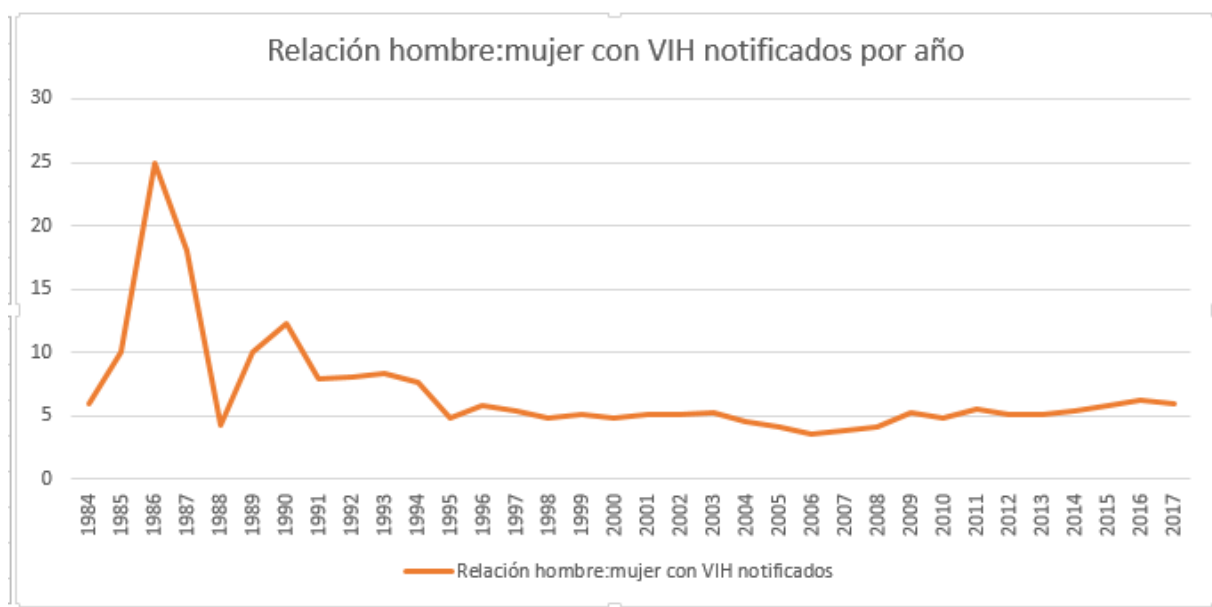


Figura 1: Relación hombre:mujer con VIH/SIDA notificados por año.

Fuente: Informe: Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017.

El gráfico muestra el cambio gradual que ha tenido la relación entre hombres y mujeres VIH+, es decir, evidencia cuantos hombres seropositivos hay por una mujer de la misma condición. Se aprecia como la brecha ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo, dicho de otro modo, cada vez hay más mujeres infectadas, ante esto se puede indicar que “el VIH está afectando severamente a mujeres, en quienes el modo predominante de transmisión es la relación heterosexual. Actualmente son las mujeres

con pareja estable las que concentran la mayor cantidad de nuevos contagios” (Cianeli, Ferrer, et al, 2006, p. 2).

Temas como la vulnerabilidad biológica de la mujer ante la transmisión sexual del virus y componentes sociales como el rol de género de la mujer proveniente de ideologías patriarcales han hecho que cada vez haya más mujeres portadoras del virus. Si bien la mujer debido a su condición biológica es más propensa a cultivar el virus si se transmite por vía sexual, son los factores sociales aquellos que tienen mayor incidencia en el aumento de las cifras. Pueden ser diferentes las causas sociales, no obstante todas se enmarcan dentro de la desigualdad de género y los roles que una determinada sociedad otorga tanto al hombre como a la mujer: ejemplo de esto es delegar la responsabilidad del uso de condón al hombre o bien la falta de información en campañas preventivas sobre transmisión del virus y sus cuidados o el imaginario colectivo que se hace ante los posibles portadores: hombres homosexuales, mujeres promiscuas o prostitutas, entre otros.

En nuestro país, la principal vía de transmisión o exposición al virus es la sexual (92%), y dentro de estos casos, en los hombres la vía de transmisión más frecuente es la homosexual (45%), mientras que para las mujeres la vía de transmisión del virus es más frecuentemente mediante relaciones sexuales heterosexuales (92%) (Sepúlveda, 2008, p.55) (VER ANEXO 3), a esto se le conoce como heterosexualización del virus y, por su parte la feminización del mismo “indica un crecimiento mayor a lo largo del tiempo de los casos de infección por VIH en mujeres, comparativamente con el número de casos de hombres.” (Cianeli, Ferrer, et al, 2006, p. 2).

La importancia a considerar estos fenómenos en la realidad de las mujeres VIH+, radica en los factores y variables que inciden en que su desarrollo, como lo es la variable y construcción social del género y la desigualdad que existe en torno al mismo, o sea, las diferenciales sociales que se le otorgan a los hombres y mujeres.

Por su parte, la feminización del virus en cuanto a mujeres heterosexuales con pareja estable es cómplice del nulo cuestionamiento masculino sobre las prácticas sexuales que desarrollan a lo largo de una relación, mientras que el cuestionamiento hacia la mujer en la misma posición es totalmente avalado y juzgado por la sociedad:

En lugares donde la violencia se considera un derecho del hombre, las mujeres no pueden cuestionar a sus maridos por sus relaciones extraconyugales, ni negociar el uso del preservativo, ni negarse a tener relaciones sexuales. (Enria et al, 2009, p.282),

por lo tanto, si un hombre se infecta con el virus fuera de la relación conyugal o estable, es muy probable que transmita dicho virus a su pareja estable debido a que dentro de las relaciones conyugales, o de pareja no suele haber protección ante infecciones de transmisión sexual.

La Encuesta Nacional de Juventud del año 2018 tiene como resultado que las “Razones por el cual no usó ningún método de protección sexual” son principalmente porque “Tienen pareja estable” (36,5%), luego viene la respuesta “No le gusta ningún preservativo” (27,3%) y en tercer lugar se encuentra el motivo “Quería tener un hijo” (18,6%). Estos datos demuestran que la confianza existente dentro de una relación de pareja incluye este tipo de prácticas, las cuales responden a determinados significados y dimensiones sociales como lo es la desigualdad de género, ideología patriarcal y dominio del hombre por sobre la mujer.

2.4 Sobre el feminismo, roles de género y desigualdad de género

El feminismo, o más bien, los diferentes tipos de feminismos, surgen como una proyección teórica y respuesta al contexto de lucha de mujeres feministas ante la estructura social patriarcal la cual se vincula directamente con desigualdades de género, violencia de género, entre otros. Este sistema estructural no se establece sólo desde una base teórica, sino que además se posiciona como un problema político y social diferenciado por el sexo biológico de cada persona llegando a englobar y determinar la vida social de cada individuo posicionando al hombre por encima de la mujer:

Se trata de un sistema que justifica la dominación sobre la base de una superioridad biológica de estas. Tiene su origen histórico en la familia, cuya jefatura la ejerce padre y se proyecta a todo el orden social. (Facio & Fries, 1999, p.45)

El Patriarcado, como se denomina esta estructura social de dominación, busca ejercer un poder e ideología para subordinar a la sociedad utilizando instituciones sociales patriarcales, las cuales refuerzan y reproducen estas pautas basadas en la opresión y sumisión de las mujeres, generando, desigualdad de oportunidades, desigualdad de reconocimiento, entre otros, es decir, desigualdad en las condiciones de vida que deja a la mujer relegada a un plano doméstico y reproductivo. Ante esta ideología y dominación surge el movimiento de lucha feminista que busca reivindicar

la condición de desigualdad que atiene a las mujeres bajo una condición estereotipada de inferioridad:

Estos estereotipos responden a una línea patriarcal establecida en función al trabajo, propiciando que el hombre esté fuera de la casa para mantener y proteger la familia, explícitamente demostrando que el rango ha sido superior a lo femenino y a lo masculino, acentuando cada vez más los privilegios. En contraparte, la mujer se ha visto inducida al trabajo de casa (niños, alimentación, vestimenta) para que los hombres y aquellos que cuida sean atendidos. Reafirmando la idea de que la fuerza masculina se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla. (Monserrate, 2019, p.5)

Entonces, en una primera instancia, el movimiento feminista parte con la lucha de defender los derechos de las mujeres en cuanto a la desigualdad y la diferencia que se hace en torno a su sexo biológico, lo cual con el tiempo va a ir transformando a las sociedades y, a su vez, éstas irán agregando otros puntos de lucha (como el género e identidad de género) dando como resultado diferentes formas de feminismo, no obstante se mantienen, y hasta a la actualidad, la estructura social patriarcal como enemigo común.

2.4.1 Historia del Movimiento Feminista

Hacia mediados del siglo XIX y principios del siglo XX surgen las primeras nociones sobre feminismo situándose dentro del movimiento cultural de la Ilustración reconociendo la idea de igualdad como idea principal para la libertad y autonomía de las mujeres. Entonces, y en una primera instancia Carme Castells (1996) define el movimiento feminista y sus demandas como todo

Lo relativo a todas aquellas personas y grupos, reflexiones y actuaciones destinadas a acabar con la subordinación, desigualdad y opresión de las mujeres y lograr por tanto, su emancipación y la construcción de sociedades que ya no tengan cabida las discriminaciones por razón de sexo y género. (Castells, 1996, p.10).

No obstante es importante diferenciar los principales tipos de feminismo que se han abordado teórica y socialmente a lo largo del movimiento feminista, para así, sin ánimos de aleccionar en torno al feminismo, entender como se ha configurado hasta lo más contemporáneo y dar cuenta de los cambios en los motivos de lucha que va teniendo este movimiento.

La primera ola del feminismo se da desde la idea que busca equiparar a ambos sexos – hombre y mujer- masculino y femenino- en la conquista de los derechos básicos ciudadanos (como el sufragio, trabajo, educación igualitaria, entre otros) con el propósito de que las mujeres tuvieran el mismo poder y autonomía que los hombres tenían en esa época por ley. Es así como a lo largo de un periodo de 80 años aproximadamente, las feministas sufragistas logran consolidar el derecho a voto y a educación:

El sufragismo fue un movimiento de agitación internacional, presente en todas las sociedades industriales, que tomó dos objetivos concretos, el derecho al voto y los derechos educativos, y consiguió ambos en un periodo de ochenta años. (Valcárcel, 2001, p.29),

de este modo surgen nuevos pensamientos en torno a la desigualdad de las mujeres a partir de las relaciones de poder emanado desde el sistema económico capitalista.

Así surge el denominado *feminismo de la igualdad*, el cual busca equiparar a ambos sexos en la vía pública, es decir, en lo social y en las esferas públicas en donde dominaban, en su mayoría, los hombres. Para equiparar los sexos, se busca realizar cambios legislativos y de inserción a esferas sociales tales como el trabajo, y si bien se logra que la mujer se inserte en el mundo laboral, a su vez, se hace cargo de los mismos quehaceres que tenía en el hogar creando una especie de “superwoman” (Friedan, 1981). De las Heras Aguilera escribe:

Friedan escribe `La Segunda Fase`, obra en la que profundiza en los nuevos problemas de las mujeres (...) su análisis se centra en “la doble jornada y la imagen de una mujer que le corresponde: la superwoman” y define una revolución en la esfera doméstica y un cambio radical en todas las instituciones. (De Las Heras Aguilera, 2009, p.58).

Esta forma de feminismo se va a considerar como la más tradicional, al ser el inicio del movimiento tanto en lo teórico como en lo práctico. No obstante el pensamiento de las feministas ha ido agregando distintos cuestionamientos, siendo así como surgen nuevos tipos de pensamiento dentro del movimiento pero bajo lineamientos muchos más radicales.

Es así como surge el *feminismo de la diferencia* bajo una lógica mucho más controversial ante el status quo social que se vivía esa época y teorizando en profundidad conceptos como por ejemplo el de *mujer*, abogando a la diferencia en la construcción social de los sexos. Durante finales de la década de los 60 y principios de los 70 comienza a desarrollarse este pensamiento bajo lo que se conoce como la *segunda ola del feminismo* siendo las principales obras que definen el malestar de las mujeres de la diferencia, *El Segundo Sexo* (1949) de Simone de Beauvoir, *La Mística de la Femenidad* (1963) de Betty Friedan, y *La Dialéctica del Sexo* (1970) de Shulamith Firestone, obras que principalmente “reiteran que está en juego la propia identidad, el reconocimiento de sí mismas; y a diferencia de las feministas de la primera ola, son discursos desde las mujeres , sobre las mujeres y para las mujeres.” (Granados, 2016, p. 91).

Ya teniendo un feminismo mucho más radicalizado, las críticas comienzan a ser ante las instituciones políticas y legislativas que son las encargadas de perpetuar la lógica patriarcal (aun habiendo cambios como el derecho a voto, entre otros) y la invisibilización de la mujer en la vida social, política e institucional pues no se considera la voz y opinión femenina como algo válido, más bien la entienden, como un grupo y sexo diferente no perteneciente al grupo social dominante (hombres) y por lo tanto nulo de voz y relegado a planos domésticos (Rubio Castro, 1990).

Este cuestionamiento del pensamiento de la diferencia más radical difiere de mujeres que fueron participantes de partidos políticos y/o instituciones sociales, sobre todo en gobiernos ligados al pensamiento socialista, generando un escenario de conflicto y repensando el movimiento desde diferentes aristas modificando nuevamente algunas de las directrices del movimiento haciéndose llamar a sí mismas feministas liberales.

En este punto, el feminismo de la segunda ola no es homogéneo ni tiene tan solo un discurso que defender; los grupos se separan y crean diferentes pensamientos. Primero en torno a los valores sociales de la mujer (sensibilidad, afectividad, maternidad) y luego adentrándose en pensamientos basados en la subjetividad de las mujeres, sexualidad femenina y sexismo, dando cabida a discusiones en torno al género, orientaciones sexuales, entre otros. No obstante y a pesar de la pluralidad del feminismo, siempre se mantiene un fin en común: poner fin al patriarcado como sistema de dominación (Millet, 1969).

Siguiendo con el desarrollo del pensamiento feminista, un punto de inflexión importante en su proceso es el surgimiento y nombramiento de feministas lésbicas donde la orientación sexual –y la heteronorma- se cuestionan y, se actúa al respecto. Esta acción trae controversia con las feministas heterosexuales para las cuales no es

un tema crítico a analizar. A su vez, comienzan a surgir pensamientos en torno a la diversificación étnica, social y cultural de todas las mujeres y las discriminaciones que ello conlleva, por lo que el feminismo cada vez se dota de ser más pluralista al incluir demandas que buscan combatir las construcciones socioculturales del sexo, género, étnia, biológicas, etc:

Nos referimos -respecto al pluralismo feminista- no sólo a los posicionamientos de mujeres lesbianas, mujeres negras, o mujeres latinoamericanas, sino a sujetos de sexualidades no normativas; es decir, identidades y expresiones bisexuales, travestis, transgénero, entre otras, que subvierten la norma heterosexual y, al igual que las feministas, niegan la ideología de género y sus variadas tecnologías, cuestionando las vinculaciones de la sexualidad a la biología y al ámbito de lo privado. (Granados, 2016, p.92)

Por lo tanto, debido a los múltiples discursos se generan reconceptualizaciones dentro del feminismo, ya no son tan sólo mujeres blancas, heterosexuales, europeas o estadounidenses las que hacen, practican y lucha por el feminismo, sino que se incorporan mujeres negras, latinoamericanas y disidentes sexuales. Junto con ellas, se hace presente la propuesta teórica de Kimberlé Crenshaw la cual fue presentada en la Conferencia Mundial contra el Racismo en Sudáfrica en 2001, (no obstante la idea la comenzó a teorizar desde 1995), y sostiene que una mujer afrodescendiente tiene un mayor nivel de discriminación que un hombre negro o una mujer blanca, es decir, la mujer negra está en un nivel de posicionamiento menor: un estado de subordinación mayor (Crenshaw, 1995). En este sentido el *feminismo interseccional* consiste en reconocer diferentes formas de discriminación incorporando todas las aristas sociales posibles que tengan un hegemónico y un dominado, como lo es en el caso de la raza/etnia, género y clases sociales:

La interseccionalidad hace referencia a la situación en la cual una clase concreta de discriminación interactúa con dos o más grupos de discriminaciones creando situaciones determinadas y múltiples en sus explicaciones. Apela a variabilidad y multiplicidad. Permite interrogar sobre la reproducción institucional y estructural de desigualdad. Contribuye a diseccionar con más precisión las diferentes realidades en las que se encuentran las mujeres y por tanto puede mejorar la acción política. (Caro Molina, 2017, p.126).

En consiguiente, esta propuesta teórica plantea la necesidad de entender a la mujer dentro de múltiples categorías (más allá de la etnia, género y clase social) y a

estas mismas categorías como relaciones de poder y dominación en distintos contextos sociales. Por lo tanto, se puede desarrollar este pensamiento bajo los conceptos del VIH, ya que, como bien explica la teoría, ser mujer es un foco de discriminación que genera desigualdad, y agregar a eso el *estado seropositivo* podría generar otro escalafón hacia la desigualdad complejizando aún más los niveles de interseccionalidad:

La aproximación interseccional es un nivel mayor de complejidad en la identificación de las desigualdades que actúan sobre las mujeres y sobre grupos específicos de mujeres, en tanto permite comprender a través de las diferentes relaciones que se establecen entre las mismas, cuál es el espacio social que ocupan, cuáles son sus posibilidades de reacción y si los recursos de las administraciones potencian la igualdad o por el contrario perpetúan la desigualdad. (Expósito, 2012, p.214).

2.4.2 Roles de género y desigualdad

Los pioneros en considerar la distinción entre sexo y género fueron J. Money y R. Stoller, el primero propone el término *papel de género* “para describir el conjunto de conductas diferenciales atribuidas a varones y a las mujeres” (Burin, 1998) y el segundo, estableció la distinción de sexo y género en investigaciones desarrolladas a niños hermafroditas que fueron educados con un sexo distinto al biológicamente preponderante (Moreno & Schellman, 2002).

Una de las ideas centrales de la perspectiva de género es que los modos de ser, pensar, sentir y comportarse de ambos sexos, no tiene una base natural, si no que al contrario, con construcciones sociales que se asignan de manera diferente y temprana a hombres y mujeres. Por lo tanto y desde esta aproximación, se entiende al género como la “red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres” (Burin, 1998, p.20). No obstante esta definición tiene por consecuencia la necesidad de distinguir entre sexo y género con el objetivo de derrocar la visión biologicista y dar cuenta de la construcción social establecida para hombres y para mujeres (Lamas, 1996).

Es así como desde la década de los 70 aproximadamente el sexo se configura a partir de las diferencias anatómicas biológicas entre hombre y mujeres, y el género se establece como una construcción social, una simbolización, que cada cultura elabora para identificar diferencias sexuales, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los roles (Moreno y Schellman, 2002). A partir de este momento el género se comienza a utilizar como una herramienta analítica, conceptual e

imprescindible para realizar estudios y categorizaciones sociales ya que se va a entender que el género -como la raza y clase-, es generador de diferencias sociales entre los individuos ya que impone ante estos formas de ser, sentir, pensar, gustar, etc., dentro de la sociedad.

En un primer momento se abordan las categorías clásicas de género, a saber, femenino o masculino, en tanto mujer u hombre respectivamente, las cuales se constituirán a sí mismas en base a reproducciones y normalizaciones sociales resultantes de las relaciones de poder y estructura existentes en la sociedad, es decir, del patriarcado. Siguiendo esta línea, la perspectiva de género se define como:

(...) una construcción social que, a partir de las diferencias biológicas, adjudica roles y funciones determinadas a cada sexo en la reproducción social. Este se expresa en actitudes, comportamientos y representaciones sociales acerca de lo femenino y lo masculino como atributos naturalizados en las relaciones sociales, así como en las relaciones de poder y subordinación entre varones y mujeres. (Muñiz, 2018, p.256).

Esta normalización transforma la naturaleza biológica en producto de la actividad humana ya que se dividen las tareas fundamentales según género para vivir en sociedad, es decir, se le otorgan determinadas formas de ser al género femenino (mujer) y determinadas formas de ser al género masculino (hombre). Estas expectativas de ser son conceptualizadas como roles de género y se pueden entender como

(...) las tareas o papeles u funciones sociales normativas que las personas desempeñan en las esferas y espacios que les corresponden dentro del orden del género (familia, comunidad, grupos) de acuerdo a los aprendizajes que corresponden según su sexo y a cada identidad subjetiva de género masculino o femenino. (García-Prince, 2013, p.47)

Entonces, y desde una perspectiva tradicional, los roles de género van a tener un fin distinto entre hombres y mujeres, en el cual la mujeres va a estar destinada al ámbito doméstico teniendo la crianza y los cuidados como eje principal dentro de la familia (vida privada), mientras que el hombre se ocupa del sustento económico y de la vida pública ocasionando valoraciones diferentes según la actividad realizada, donde la actividad doméstica, femenina, es menos valorada que la actividad masculina, menoscabando a la mujer en su condición humana y en su trabajo, el cual no se reconoce como tal (García-Prince, 2013).

Esta forma de definir a ambos géneros deviene ideología patriarcal, generando desigualdad de género ya que se atribuyen polos opuestos a ambos roles, uno imponiendo su poder por sobre el otro, es decir, masculino se impone ante femenino y se desconoce el valor social del rol que desempeña la mujer. Entonces y en palabras de Galindo (2008):

Los roles de género masculinos se representan a través de comportamientos y de valores asociados al patriarcado, en el que hay una desigualdad acentuada entre mujeres y hombres. En este supuesto, a los hombres se les atribuyen roles como proveedores de la economía de los hogares, por lo que salen a trabajar, además, son quienes deciden cómo educar a sus hijas/os, qué bienes materiales se adquieren; las mujeres, como parte de sus roles, son quienes preparan y sirven los alimentos, cuidan a sus hijas e hijos y a las personas que lo necesitan en el hogar. Estas actividades sólo son algunos de los ejemplos en los que los roles de ser una mujer o un hombre se expresan. (Galindo, 2008, p.63).

No obstante estudios más contemporáneos, feministas y posmodernos hacen referencia a otra forma de entender el género, por ejemplo Gabriela Castellano (2006) aborda el concepto de género como un modo, o modos culturales de expresión, que si bien tienen una expectativa social la cual trata de que el género coincida con el sexo biológico y, si esto no sucede hay castigo o exclusión social (Castellanos, 2006). Esto quiere decir que un individuo sin importar el sexo biológico, puede romper con las barreras tradicionales de género, y proyectos o construir, un género propio. A esto se le llama identidad de género.

Judith Butler en este sentido apela a la performatividad del género y plantea que la identidad de género, es una construcción que puede variar con el tiempo, por lo tanto femenino y masculino no serían exclusivos, es más, sentirse hombre o sentirse mujer, femenina o masculina, “depende de un proceso performativo que se realiza en un contexto cultural determinado” (Granados, 2016, p.96). Así mismo, la orientación sexual, va a depender de la atracción sexual y afectiva hacia otras personas lo cual va a ser independiente del sexo biológico y género que se adopte. Esta idea se contrapone a la heteronorma la cual impone sexualidad heterosexual en la sociedad.

Así, se puede entender que los estudios más contemporáneos reconceptualizan y luchan contra toda tradicionalidad de género concluyendo que “<<mujer>> no necesariamente es la construcción cultural del cuerpo femenino y <<hombre>> tampoco representa obligatoriamente a un cuerpo masculino” (Butler, 2007, p.226) ya que sexo, género, orientación sexual e identidad de género son radicalmente diferentes entre sí.

No obstante para efectos de esta investigación se entenderá mujer desde un punto de vista biológico (con vagina) y a la vez construidas culturalmente desde lo femenino. En otras palabras se podría decir que se utilizará el concepto mujer desde una perspectiva *cisgénero*, término que se utiliza “para referirse a las personas cuya identidad de género y género asignado al nacer coinciden.” (Flem, 2017, p.14), con el fin de evidenciar la desigualdad de género que sufren las mujeres ante la dominación masculina y patriarcal, como también la desigualdad determinada por los roles de género tradiciones.

2.4.3 Desigualdad de género

Entonces, y a partir de los roles de género es que surgen diferencias entre mujeres y hombres y se posiciona un género por sobre el otro en cuanto a dominación social, económica e incluso sexual lo que implica una desigualdad de género, es decir, se vulneran a las personas por su género, en especial y en mayor medida a las mujeres (también a los hombres se ven afectados ya que los patrones culturales se impone ante todos, no obstante ellos, quedan en ventaja de dominación). La desigualdad de género se observa en la vida social en ámbitos como el acceso a la educación y a la información, el ejercicio del poder, salud y previsión social, acceso a un trabajo digno y brechas salariales y ejercicio, poder, control y dominio sobre recursos económicos, sociales, legales, entre otros; en definitiva, brechas de género que provocan dependencia y sumisión de las mujeres hacia los hombres.

A esta misma idea, y considerando el feminismo interseccional, se suman otros fenómenos que acentúan la vulnerabilidad de las mujeres, como por ejemplo la pobreza, marginación, discriminación, consumo de drogas, entre otros. Esto quiere decir que si una mujer consume drogas queda aún más marginada que un hombre que consume la misma sustancia que ella (Quintal & Vera, 2015). Esta forma de evidenciar la desigualdad, por su complejidad social y sanciones que conlleva se llama violencia de género.

La sexualidad a su vez, parece ser un terreno de desigualdad muy concreto en las mujeres ya que las normas que rigen a ambos géneros en torno a este tema son altamente diferenciadas dejando a los hombres con un poder y control sobre las mujeres. A los hombres se les permite disfrutar de su sexualidad desde pequeños mientras que a las mujeres se les enseña a ser recatadas y controladas desde temprana edad (Turner, 1989). Ambas prácticas, de hombres y mujeres, son violentas para ambos géneros ya que los hombres poseen un peso social por ser viriles y tener una vida sexual activa (si no lo hacen también ocurre sanción social). Por otra parte,

las mujeres quedan relegadas a una sexualidad invisible y silenciada, trayendo consecuencias fatales y/o riesgosas en el ámbito sexual, como por ejemplo contraer VIH.

2.4.4 Héteronorma y Dispositivo del Matrimonio

La héteronorma o heterosexualidad normativa u obligatoria da cuenta de la estructura social que impone un determinado tipo de orientación sexual según el sexo biológico de nacimiento, entonces, y a modo de ejemplo, un hombre –género masculino- siente atracción sexual y afectiva hacia las mujeres. El heterosexismo exige y propone que las categorías de género sean binarias, o es una o es la otra, y además existen y co-existen en un determinado tiempo y espacio lo que produce que se mantengan pautas, comportamientos y prácticas en común, es decir, se mantiene una suerte de status quo que se proyecta, finalmente, los roles de género tradicionales y la estructura social (Witting, 1992).

En las sociedades modernas, la heterosexualidad en sí misma se ha establecido como lo “correcto” dejando en la oscuridad otras formas de expresión de género y orientaciones sexuales. Este pensamiento tiene una herencia falocéntrica y patriarcal que se constituye como ideología universal en donde las mujeres son las oprimidas y los hombres ocupan y naturalizan el cuerpo de la mujer como un ente propio de ellos (Granados, 2016).

Por su parte Judith Butler (2007) en su libro *El Género en Disputa* se cuestiona los intereses políticos y económicos que hay detrás de la heterosexualidad obligatoria ya que hace que se clasifiquen los cuerpos sexuados en masculino y femenino, por lo que Butler no entiende a la heterosexualidad como una orientación más, sino como una ideología asentada sobre la preferencia sexual “la cual despliega efectos materiales y simbólicos a la hora de encontrarse con elementos conservados aun como la familia, el matrimonio, la pareja y otras definiciones existentes sobre la reproducción y la propiedad” (Granados, 2016, p.100).

En este sentido Carla Lonzi (1971) define la heterosexualidad “como un dogma que considera a las mujeres como complementos naturales de los hombres, relación que se sostiene a través de la reproducción” (Granados, 2016, p.100) y esta idea se sostiene a través del dispositivo del matrimonio, o bien, a través del contrato sexual. Por su parte Adrienne Rich (1980) en su texto *La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana* constituye a la heterosexualidad como una imposición institucionalizada y naturalizada la cual busca asegurar el derecho masculino al acceso físico, económico y emocional de las mujeres (Rich, 1985) como propiedad.

La heterosexualidad en este punto incide en cómo deben ser las mujeres y como deben ser los hombres y si una mujer no quiere corresponder a esos postulados se ve envuelta en una dicotomía social entre ser mujer privada o ser mujer pública que atrae consigo estigmas sociales que no cesan incluso después de dejar “la vida pública”:

La dicotomía madre-puta (mujer privada-mujer pública) está dibujada artificialmente sobre el cuerpo de las mujeres (...). Esta separación no procede de un proceso natural, sino de una voluntad política. Se condena a las mujeres a estar escindidas en dos opciones incompatibles. (Despentes, 2006, p.96)

Estas opciones o elecciones que debe hacer la mujer del mismo modo queda relegadas al servicio masculino, es decir, tanto mujer pública como mujer privada satisfacen y compensan la masculinidad en todo sentido, es decir, vida conyugal, vida social, etc.

El paradigma servicio femenino/compensación masculina corresponde a un intercambio social desigual. (...) las relaciones heterosexuales se construyen socialmente y psicológicamente sobre el postulado del derecho de los hombres sobre el trabajo de las mujeres. Incluso aquellos que denuncian la vejación y la violencia contra las mujeres llevadas a cabo por los hombres, cuestionan raramente los privilegios de los hombres en los dominios sexual, doméstico y reproductivo. (Pheterson, 1996)

Así mismo, el dispositivo del matrimonio surge como un contrato civil monogámico entre hombre y mujer, en donde uno (figura femenina) queda bajo suministro de la otra (figura masculina) en tanto ideología patriarcal; lo que produce, en definitiva, un contrato sexual. El hombre pasa a tener dominio sobre el cuerpo de mujer y a la mujer se le quedan relegadas determinados roles –de género-, como por ejemplo el rol reproductivo, rol doméstico, entre otros, por lo tanto su desenvolvimiento social es exclusivamente privado, mientras que el hombre tiene un rol privado, el proveedor familiar y otro rol público, buscando ejercer su poder en ambos espacios:

Es preciso enfatizar que el contrato sexual –matrimonio heterosexual- no está sólo asociado a la esfera privada. El patriarcado no es meramente familiar ni está localizado en la esfera privada. El contrato crea la totalidad de la sociedad moderna como civil y patriarcal. Los hombres traspasan la esfera privada y la pública y en mandato de la ley del derecho sexual masculino abarca ambos reinos. La sociedad

civil se bifurca pero la unidad del orden social se mantiene, en gran parte, a través de la estructura de las relaciones patriarcales. (Pateman, 1995, p.23).

En este sentido se logra entrever al matrimonio como un paradigma que se utiliza como un dispositivo cultural formando y deformando las relaciones conyugales. Primero viéndolo como una necesidad moral, reproductiva y social, que se desvirtúa en el sentido que hay patrones y conductas que de manera invisible actúan como consagración de lo masculino ante lo femenino (funcionando muy bien para el patriarcado).

El concepto de pareja estable

El matrimonio, se puede extrapolar a otras formas de relaciones sexo afectivas heterosexuales y sirvientes del modelo social. Estas relaciones sexoafectivas que aún no concretan de manera legal el matrimonio, lo proyectan con la esperanza y bajo un modelo cultural que se basa en esas mismas lógicas ya mencionada. En este sentido, el amor y el tiempo de duración, son los elementos fundamentales de persistencia y resistencia en estas parejas (Herrera Ponce, 2006)

Por lo tanto, convivir o mantener la relación en el tiempo son factores que permiten que estas relaciones se consagren como “esposo/esposa” sin firmar el documento, no obstante siguiendo los mismos roles patriarcales con ambos géneros. Cabe destacar que tanto hombre como mujer deben reconocerse en pareja para poder consagrarse como tal. A este tipo de relación conyugal se le denominará “pareja estable” que es además un tipo de relación que está presente en el análisis en la investigación:

A saber, entonces:

Se considerará una pareja estable, cuando ella al ser interpelada por el tipo de relación de pareja que lleva a cabo, lo denomine en estos términos. (Sepúlveda, 2008, p.27)

Considerando además, el amor y la tiempo como aristas exclusivas de este tipo de relaciones.

2.5 Sobre el VIH y SIDA

Anteriormente se han mencionado los antecedentes históricos del VIH y SIDA tanto en Chile como en el mundo, no obstante se habla desde la objetividad otorgando datos estadísticos sobre el tema. Ahora bien, es necesario dar cuenta del valor simbólico que se le otorga al virus y ver como este ha influido en el desarrollo transmisible del mismo.

El estigma asociado al VIH tiene que ver con el enigma que en un principio existía sobre el virus ya que no era conocido y fue, una sorpresa su existencia tanto para la medicina como para la sociedad. Desde ahí es que surgen distintos imaginarios asociados al virus, más aún, cuando de manera mediática se generalizan a determinados grupos sociales como los “portadores” de este mal. En este sentido el imaginario social asociado al VIH parte desde el desprestigio social, incluyendo prejuicios, exclusiones y discriminación entendiendo que solo son portadores aquellos individuos relacionados con la “pobreza, homosexualismo, consumo de sustancias psicoactivas y prostitución” (Sotelo & Hoyos, 2017, p.69). Como consecuencia se produce una descalificación social hacia la condición misma, que se caracteriza por otorgar un bajo valor social a la enfermedad por lo que los portadores no pueden acceder a una calidad de vida adecuada (Sotelo & Hoyos, 2017, p.128). Por su parte, Moreno & Schelman (2002) dan cuenta de los inicios que estigmatizan al VIH y al Sida y afirman que el estigma emana a partir del primer contagiado con VIH:

El hecho de que el SIDA fuera identificado por primera vez en una población específica, las comunidades masculinas homosexuales de los Estados Unidos (...), configuró radicalmente la respuesta inicial de la sociedad norteamericana y mundial a la nueva epidemia. La reacción social se dirigió a dichos grupos rechazándose la idea de que la epidemia pudiera extenderse al resto de la sociedad. De esta manera, la propagación del virus a otras poblaciones (niños, mujeres, hombres heterosexuales) sufrió un proceso de invisibilización que se tradujo en políticas sociales deficientes para abordar la epidemia en estas poblaciones. (Moreno & Schellman, 2002, p.31)

La estigmatización del virus responde también a que la homosexualidad, promiscuidad, etc, atentaban contra una sociedad que buscaba ser conservadora y respetar la moralidad, por lo que el virus pasó a ser una característica social e inmoral “donde el placer caminaba con la muerte” (Weeks, 1995, p.159).

Tanto el estigma social como la dimensión simbólica asociada al VIH configuran la forma de ver el virus y junto con ello la forma de desarrollar un conocimiento acerca del mismo, es decir, se desarrolla una idea de lo que es VIH y de quienes son aquellos individuos que pueden ser portadores de él. De esta idea se desprende el concepto de *grupo de riesgo* el cual incorpora dentro de sí a una *otredad*, ajenos a la normalidad entendiéndolo al desviado como el actor de conductas sexuales desviadas y peligrosas. Este concepto, hoy en día, no es muy utilizado dentro de la epidemiología serológica ya que delega el riesgo a grupos determinados, idea que se busca eliminar; no obstante instituciones gubernamentales de nuestro país siguen utilizando el concepto para referirse a los posibles infectados de alguna ITS y en especial de VIH.

En este sentido Meruane (2012) va a comprender el Sida como una *epidemia de significación* ya que se construye una “realidad del mal” desde un discurso el cual se despliega como un poderoso artefacto cultural (Meruane, 2012), que va a ser responsable de todo lo que se diga o haga referente al VIH y SIDA.

Las campañas preventivas son un claro ejemplo de este discurso que se dicta sobre el virus y enfermedad ya que en estas se aprecia una clara identificación de quienes son los “potenciales portadores” y quienes son los “transmisores del virus”, aludiendo a las preferencias y orientaciones sexuales como también a actúares morales y/o tradicionales, inclusive hay campañas que aluden al matrimonio heterosexual y fidelidad como una salida viable a ser un posible infectado de VIH (VER ANEXO 4).

La idea de que el matrimonio o una relación estable, va a ser la salvación ante una posible transmisión del VIH surge desde los imaginarios hablados anteriormente, aludiendo también al imaginario del dispositivo como tal: monogámico, fiel, heterosexual y eterno.

Otra campaña preventiva a nivel nacional que realza el discurso estigmatizador sobre el VIH/SIDA es la emanada en 2019, un año después de que se produjera un pico de infectados en el país. En esta campaña se promueve el PrEP como método de prevención señalando, explícitamente, que solo está dirigido a “trabajadores sexuales, “personas trans” y “hombres que tienen sexo con hombres” aludiendo a que solo estos grupos están propensos a adquirir el virus de inmunodeficiencia.



Figura 2: Campaña preventiva: Profilaxis Pre Exposición Sexual – PrEP
Fuente: Minsal, 2019

En consecuencia, el imaginario colectivo y social respecto a ser un posible portador del virus queda relegado a una parte de la sociedad y la otra parte, es decir, la mayoría, se siente “a salvo” de sufrir algún tipo de infección de transmisión sexual porque se encuentran fuera de los “grupos de riesgo”, dejando a la deriva de información y prevención a los que se encuentran fuera de ellos. Esta idea se fortalece bajo instituciones y dispositivos de control mencionados anteriormente, como la familia, el matrimonio y los roles de género, todos elementos propios y característicos de la ideología patriarcal.

2.5.1 Riesgo y percepción del riesgo ante el VIH y SIDA

El Riesgo se define a grosso modo como una “contingencia o proximidad de daño” a modo de incertidumbre, es decir, “el riesgo no va unido a certeza, ni a la temeridad suicida sino a su acontecer incierto y con él, establecemos un peligroso juego de complicidades...” (Blanco et al, 2000, p.44), por su parte Slovic (1997) sostiene que las personas definen el riesgo con el temor (control, daño, involuntariedad, etc) y el conocimiento (si es un riesgo visible a simple vista o no) (Blanco et al, 2000).

En consiguiente,

Quando hablamos de riesgo estamos hablando de las relaciones que se establecen entre una persona y las alternativas que tiene delante sí, las actividades que realiza, o los eventos a los que se enfrenta. Por tanto, el marco en el que se inscribe toda

esta compleja gama de acontecimientos relacionados con la conducta de riesgo es idéntico al que aparece en otros muchos ámbitos del comportamiento humano: por una parte, la persona con todo su bagaje perceptivo, emotivo, motivacional, representacional, actitudinal, y un largo etcétera, y por otra parte, una parte de la realidad que se nos ofrece con una cierta dosis de realismo y en algunos momentos hasta de contundencia” (Blanco et al, 2000, p.47)

Por una parte, el enfoque construccionista del riesgo lo define como una construcción social, es decir, un proceso social que involucra al individuo, sus comportamientos, las interacciones, lo social y lo cultural (Douglas, 1996). Esta idea denota que las sexualidades no son exclusivamente individuales, sino que tienen una organización y por tanto construcción social. Se asume, a su vez, que las instituciones sociales sacan provecho de este proceso y norman las reglas que dominan la actividad social correspondiente al riesgo y también a la sexualidad- incluso diferenciándolo por el género. No obstante, “el develamiento de esos juegos de poder abren el paso para la posibilidad de reconstruirlos, resignificarlos de una manera que sea más justa y más precisa para las poblaciones más vulnerables” (Moreno & Schellman, 2002, p.15), como en el caso de las mujeres en torno al VIH.

Por su parte, el enfoque de la percepción de riesgo es la representación cognitiva e individual de lo que se está dispuesto a aceptar, lo que depende también, de variables contextuales vinculadas a creencias o disposiciones de comportamiento. En otras palabras, es la forma personal en la que se evalúa el riesgo en situaciones particulares; considerando el fenómeno (VIH) mismo causante del potencial peligro y como se presenta en la sociedad. En este sentido “la percepción de riesgo se erige entonces, como la variable central, como eje axial de toda la conducta preventiva y hasta de toda la compleja gama de comportamientos relacionados con la salud” (Blanco et al, 2000).

De este último enfoque resulta las nociones de “*grupos de riesgo*”, los cuales salen del imaginario colectivo asociado al VIH y SIDA y del cual es imprescindible distinguir entre personas con conductas de riesgo y personas sin conductas de riesgo para una posible transmisión (personas de alto riesgo y personas de bajo riesgo).

En resumen, el riesgo se refiere al peligro que acontece un acto generando incertidumbre al respecto, por lo tanto, una conducta de riesgo sexual es aquella que deja vulnerable al individuo que la comete, entendiendo que puede resultar con algún tipo de daño. En otras palabras, la conducta de riesgo sexual se define como “el ejercicio de las siguientes actividades: relacionarse sexualmente con parejas que hayan presentado síntomas de infecciones de transmisión sexual, relacionarse

sexualmente con más de una pareja en el último trimestre y presentar inconsistencia en el uso de preservativo” (Cianeli, Ferrer, et al, 2006, p. 2).

Por su parte la percepción de riesgo, es entender que tan vulnerable es la conducta según el contexto, por ejemplo, se cree, de manera cultural, que una persona homosexuales es más propensa a adquirir alguna ITS que un individuo heterosexual, por lo tanto aquel que cree estar en constante riesgo –quizás- tomará medidas ante él, no obstante aquel individuo alejado de esta percepción se siente fuera de los parámetros de riesgo.

2.5.2 Vulnerabilidad de la Mujer en torno al VIH

El concepto de vulnerabilidad en el campo del VIH y SIDA surge como una respuesta a la interrelación entre diversos factores –individuales, sociales, políticos y culturales- los cuales van a incidir, facilitando o dificultando, la exposición o transmisión de una persona (o población) al VIH (Villela, 1998). Esto quiere decir que la vulnerabilidad va a medir de cierto modo la desprotección que existe ante el virus y el posible daño que se pueda acarrear por un determinado factor, en este caso el ser mujer, o bien otros factores como los económicos, sociales, culturales, legales, etc.

Así se entiende también por vulnerabilidad el riesgo o los factores de riesgo para con la infección de VIH, es decir, el control – o no- que puede tener una persona o un grupo de personas que varía según capacidades, recursos, contexto y condiciones materiales de cada persona. En este sentido la vulnerabilidad estaría condicionada por “la capacidad o incapacidad del individuo o comunidad para controlar su riesgo de infección” (Moreno & Schellman, 2002, p.71).

Ahora bien se mencionarán algunos indicadores claves para evidenciar la vulnerabilidad de la mujer frente al VIH.

Vulnerabilidad Biológica

La mujer, al ser la parte receptora en una relación coital, la superficie mucosa vaginal se expone al semen, el cual contiene mayor concentración de virus que el fluido vaginal. La tasa de transmisión del VIH durante una relación sexual heterosexual no protegida es 2 a 4 veces mayor para la mujer que para el hombre (Moreno & Schellman, 2002).

Vulnerabilidad Social y Económica

Las mujeres son socialmente más vulnerables que los hombres ya que en la gran mayoría de los casos se encuentran en una condición de desventaja en los campos educativo, económico y laboral. A nivel familiar, las mujeres suelen invertir sus recursos en los cuidados de sus propias familias, identificando sus intereses en el bienestar de los demás exponiéndose así mismas a un estado de vulnerabilidad. Esto se deja entrever en las mujeres VIH+ que dejan la terapia muchas veces por privilegiar la salud de los demás (Baden, 2000).

Vulnerabilidad Cultural

Este indicador resulta esencial al momento de hablar de vulnerabilidad de la mujer en torno al VIH ya que facilita el mayor grado de aproximación al riesgo sexual por parte de las mujeres.

1. *Cultura Patriarcal y machista*: Esta ideología espera comportamientos sexuales determinados para ambos géneros, se espera que la mujer sea “complaciente, pasiva y receptiva durante las relaciones sexuales mientras que a los hombres se les asigna un rol activo y demandante” (Moreno & Schellman, 2002: 73). En tanto se exige que la mujer sea fiel en sus relaciones sexo-afectivas, se acepta que los hombres mantengan relaciones sexuales fuera del ámbito de “pareja estable” lo que conlleva a que para una mujer la principal práctica de riesgo sea mantener relaciones sexuales con su propia pareja (Del Río, 1997). En esta cultura se considera erróneamente la noción de monogamia y fidelidad como factores protectores de infecciones de transmisión sexual y VIH y además si una mujer propone la práctica de “sexo-seguro” a partir del uso de condón en sus relaciones, esta idea es rechazada pues se cuestiona a ella misma y a su sexualidad en el momento en que realiza esa propuesta (Martina, 1992).

2. *Bisexualidad masculina*: Generalmente el hombre bisexual oculta su orientación sexual y sus comportamientos sexuales detrás de una careta de heterosexual y sus prácticas sexuales están más expuestas a la transmisión de VIH que el resto de la población. Variados autores consideran que los portadores de VIH bisexuales actúan como una “bisagra” entre la transmisión del virus entre un sexo y otro, explicándose a la vez, el fenómeno de la feminización del virus (Martina, 1992).

3. *Uso de métodos anticonceptivos:* El uso de métodos anticonceptivos delegan la decisión de la procreación a la mujer. Si bien es un triunfo en el control de las mujeres sobre sus propios cuerpos y sexualidad, se vuelve al problema de utilización de otras estrategias dentro de una pareja con el fin de prevenir el VIH y otras ITS (nuevamente el ejemplo del condón dentro de una pareja estable) (Barbosa, 1995). Las estrategias preventivas ante el VIH y otras ITS quedan relegadas para las trabajadoras sexuales, no para una mujer fiel y monógama: “buena mujer”. Estas mujeres, por lo general, tampoco son consideradas como sujeto de riesgo, por lo tanto no se les entrega la educación adecuada para la prevención (Barbosa, 1995).

4. *Las mujeres no son consideradas Sujeto de Riesgo:* El concepto “grupos de riesgo” nunca consideró a la población de mujeres afectadas por la pandemia, distorsionando e invisibilizando el riesgo al que estaban expuestas. Homosexuales, prostitutas y drogadictos fueron el foco de atención de las estrategias y campañas preventivas y éstas mismas no resultaron adecuadas para caracterizar y educar a todas las personas expuestas a transmisión (Palma, 1997) lo que desemboca en que la mujer no tenga control real sobre las estrategias de prevención, reforzando una vez más los esquemas tradicionales de género.

2.6 Dispositivo de control y procesos de subjetivación

Lo anteriormente abordado, en torno al riesgo, se puede entender como una forma de dominio y control ejercida desde una relación de poder entre la población y el estado con la finalidad de obtener y desarrollar estrategias y técnicas que imponen su fuerza y discurso en los sujetos, formando hábitos y estigmas, en este caso, relacionados al VIH/SIDA y las ITS.

En consiguiente, lo dicho anteriormente, se puede encasillar como parte de un dispositivo de control que enseña una forma de pensar, y en definitiva, de cómo se debe vivir la sexualidad individual. Un dispositivo se entiende como “un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes (...) los elementos de un dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho” (Foucault, 1978, p.128).

Un dispositivo de control, además de controlar de manera ideológica a nivel poblacional, influye en el comportamiento y en la regulación sobre el cuerpo. En el caso de la sexualidad, se disciplina a los sujetos para controlarlos no tan solo desde la mente, sino que se controla el cuerpo en tanto comportamientos. El poder Bio-

político, como Michelle Foucault lo denomina, es una forma de control, en este caso, emanada desde los gobiernos y el estado que se desarrolla como “un agente de transformación de la vida humana” (Foucault, 1996, p.151) ya que los mecanismos de poder están presentes en el cuerpo individual y en la vida social, a partir de la normalización y penetración de los saberes y las verdades en las distintas subjetividades, provocando, a su vez, sujeción ante ellas.

Por lo tanto, se entiende que las campañas preventivas abordan discursos emanados desde un dispositivo de control sexual que dicta como deben ser las mismas, y las que no encajan, son estigmatizadas. De esta idea viene el estigma social para con las distintas infecciones de transmisión sexual, ya que se producen cuando una sexualidad sale de la “zona segura” que advierte el dispositivo.

En este sentido, las instituciones se hacen cargo de aquello “desviado”, dejando a un lado otras formas de conceder sexualidad y/o ITS. Las mujeres heterosexuales inmersas en relaciones estables encajan dentro de la zona segura del dispositivo, no obstante, igual se vulnera su integridad al momento de ser infectadas de VIH por sus mismas parejas. El dispositivo de control las olvida, ya que no considera todos los factores sociales asociados a una relación sexo afectiva, y quedan relegadas al estigma social proveniente de discursos antecesores a su propia experiencia.

Así se puede entrever como el dominio mental y el control sobre los cuerpos no siempre responde al *status quo* que el dispositivo intenta mantener. En este punto entran las subjetividades de mujeres heterosexuales seropositivas cuya vía de infección fue su pareja, ya que el modelo en el cual confiaron, y por el cual estaban controladas, falla comenzando un proceso de reconocimiento de las falencias sociales que las llevaron a ese estado (roles de género, patriarcado, control sexual, estigma ante las ITS, entre otros).

Esta forma de “autogobernarse a sí mismas” en el sentido que evidencian esas prácticas, se le llama, en palabras de M. Foucault: “Gubernamentalidad” (Foucault, 1978) y buscan, o pueden llegar, a la ejecución o cuestionamiento del poder desde su propia experiencia, extrapolándola a la población.

Capítulo 3: Marco Metodológico

3.1 Aproximación y estrategia metodológica

La metodología dentro de una investigación tiene la misma importancia que la teoría ya que nos muestra y dice desde qué paradigma epistemológico se aborda el estudio, lo que ayuda a posicionar en todo sentido, tanto al estudio como al autor, y a entenderlo en su totalidad. En este sentido, la metodología en investigación social es “la teoría sobre los procedimientos que sigue o debería seguir la investigación y una manera de analizarlos” (Harding, 1998, p.12).

Hay que considerar también que el investigador tiene construcciones, nociones e ideologías, que si bien, dentro los inicios de las ciencias sociales se habla de “dejarlos de lado”, epistemologías contemporáneas hablan de que ese acto es imposible ya que la subjetivación influye directamente en la investigación, en la bibliografía a utilizar y en el enfoque que se da.

Donna Haraway (1995) habla del concepto de “conocimiento situado” el cual plantea que “todo conocimiento parte de una subjetividad propia arraigada en su contexto cultural particular, manifestando así la importancia de especificar el “lugar” desde dónde se habla” (Flem, 2017, p.28), interpelando así, la noción de objetividad dentro de las ciencias sociales.

Recogiendo lo anterior, esta investigación se enmarca primero que todo dentro de una metodología feminista en el sentido de que el criterio de selección de información escogida y el análisis elaborado está influenciado y enraizado con los procesos de subjetivación de quien investiga, sin por ello dejar la mayor rigurosidad analítica posible.

Además de la epistemología descrita anteriormente, se va a utilizar, de modo central, metodología cualitativa en virtud del objetivo principal de la investigación el cual aborda y analiza subjetividades. Vasilachis (2006) describe la investigación cualitativa de la siguiente manera:

La investigación cualitativa se interesa, en especial, por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado, producido; por el contexto y por los procesos; por la perspectiva de los participantes, por sus sentidos, por sus significados, por su experiencia, por su conocimiento, por sus relatos. (Vasilachis, 2006, p.28)

Este enfoque permite analizar las formas y procesos de subjetivación en mujeres con VIH cuyo contagio fue por vía sexual por la pareja estables del momento, por lo tanto esta metodología permite explorar sobre la experiencia y significados que estos sujetos le dan a su propia vida; pudiendo analizar su característica de sujeto en el sentido de sujeción y sujeto en el sentido de subjetividad.

3.2 Técnica de producción de datos

Como herramienta de recolección y producción de datos se utilizó la entrevista en profundidad con el fin de conocer el discurso y los procesos de subjetivación de las mujeres portadoras de VIH cuya vía de transmisión fue su pareja estable del momento, ya que esta técnica permite adentrar en la subjetividad del entrevistado.

La entrevista en profundidad es entendida como:

(...) reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (Taylor y Bodgan, 1987, p.101)

Las entrevistas son de carácter semi-estructurado (VER ANEXO 4), es decir, se tiene una pauta de temas y se conduce y dirige la conversación sin reducir la conversación a un dialogo pregunta establecida/respuesta. Esto fortalece el lazo y vuelve el entorno cómodo y confiable para obtener la el discurso más sincero posible por parte de las entrevistadas:

En la búsqueda de la espontaneidad y sinceridad, en particular cuando se están abordando temáticas como la sexualidad, se torna fundamental generar un espacio compartido de intimidad y horizontalidad, motivo por el cual escoger esta forma de investigación –puede- ofrecer resultados que superarán en profundidad y riqueza a las de la entrevista estandarizada y centrada. (Flem, 2017, p.32)

3.3 Técnica de análisis de datos

Como se busca analizar los procesos de subjetivación que cada entrevistada entrega en su discurso, la técnica de análisis de datos a utilizar es el *Análisis de Contenido* en su vertiente cualitativa a través de la categorización de los resultados obtenidos, a partir de la descomposición del discurso mismo lo cual ayudó a la resolución de los objetivos.

(...) de datos textuales, se trata de ir descomponiendo el texto en unidades para, posteriormente, proceder a su agolpamiento en categorías siguiendo el criterio de una analogía. Es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existan entre éstas en función de criterios preestablecidos según los objetivos de investigación y/o los objetivos del análisis. (Vázquez Sixto, 1994, p.1)

El análisis de contenido ayuda a obtener una “descripción íntima” (Geertz, 1983) de la vida y, la categorización del discurso ayuda a ordenar la información para su análisis. Las categorías se definieron mediante procesos de subjetivación orientados a la desigualdad de género u otro tema abordado por las entrevistadas para no dejar atrás ningún imaginario propio de ellas, profundizando, además, en las múltiples capas y complejidades que ofrecen los testimonios de las entrevistadas.

Para esto se utilizó el programa Atlas Ti, con la finalidad de agrupar los discursos según las categorías designadas por la investigadora.

3.4 Universo y muestra

El Universo teórico de esta investigación corresponde a las mujeres VIH+ cuya vía de transmisión del virus fue su pareja sexual estable del momento, mientras que el universo empírico son las mujeres con las mismas características pero que son residentes de la ciudad de Santiago de Chile. El establecer un análisis solo sobre mujeres seropositivas infectadas mediante vía sexual por su pareja del momento responde a la desigualdad de género existente en relaciones heteronormadas que siguen el modelo patriarcal.

En un primer momento se optó por esta muestra para ofrecerles a estas mujeres un momento de reflexión ante su propia vida y los cambios que han desarrollado pos transmisión del virus. También se escogieron mujeres de distintos rangos etareos para

poder evidenciar cambios o continuidades respecto al imaginario del VIH y como han abordado su vida tras el contagio.

Con respecto a la muestra fueron seleccionadas a partir de casos tipo, es decir, se consideraron casos que respondan al estudio que se realizó con el fin de que pudieran reflexionar acerca de los efectos que la serología ha tenido sobre sus propias vidas, esclareciendo los porqué de su transmisión y a la vez configurando las representaciones simbólicas e imaginarios sociales del virus que hacían que lo viesen como una realidad lejana.

En la búsqueda de poder, verdaderamente, escuchar y comprender cada particularidad de las entrevistadas, se optó por un número reducido de participantes. De este modo y sin ánimos de dar una total verdad sobre todas las mujeres VIH+ bajo las mismas particularidades, se entrevistaron a 3 mujeres. Considerando que nos enfrentamos a un número reducido de entrevistas se consideraron voces en un rango etéreo de entre 30 y 50 años y con más de un año de diagnóstico positivo al VIH.

Los perfiles socioeconómicos son diversos pero no alejados del promedio chileno, esto con el fin de representar la cotidianidad de las relaciones sexoafectivas estables del país. Con respecto a la ocupación, se priorizó que todas las entrevistadas trabajaran en la actualidad y que fueran de rubros distintos ya que los círculos sociales son influyentes y condicionantes en las subjetividades de cada persona.

En cuanto a la relación de pareja se optó por entrevistar una mujer con pareja estable puertas afuera, una mujer con pareja estable conviviente y una mujer con pareja estable institucionalizada, es decir, casada con el fin de evidenciar las prácticas y subjetividades en torno a la desigualdad de género en cada una de las “etapas” de una relación.

Presentamos a continuación la tabla resumen de las participantes:

Participante	Pareja estable	Edad	Ocupación	Nivel Socioeconómico	VIH diagnosticado hace
Entrevistada 1	Puertas Afuera	33	Planificación de ventas	Media	2 años y seis meses
Entrevistada 2	Conviviente	38	Vendedora	Media	1 año y siete meses
Entrevistada 3	Casada	51	Modista	Media-baja	9 años

Tabla 2. Resumen de las entrevistadas. Elaboración propia.

3.4.1 Problemas prácticos de la investigación

En la búsqueda, por conseguir entrevistadas que cumplieran con las características básicas para la investigación, surgen diferentes problemas de tipo práctico que finalmente determinan la decisión de analizar pocos casos. A pesar de estos inconvenientes, los resultados no se ven influenciados ya que los discursos de las distintas participantes, son, en su mayoría, homogéneos.

Los principales motivos que utilizaron las mujeres contactadas para participar fueron el miedo y la vergüenza a su condición serológica debido a la forma de transmisión. Pensaban que la información recolectada podría utilizarse para fines que ellas no lo requieran, lo cual demuestra una inseguridad ya que se les indicó que las entrevistas solo serían con un fin educativo.

Otros de los motivos que emergieron, de una mujer seropositiva en particular, fue que ella solo entregaba entrevistas a medios de comunicación establecidos de los cuales pudiera recibir una retribución económica por su historia de vida.

3.5 Condiciones éticas

En cuanto a las condiciones éticas de esta investigación se considerarán dos aspectos:

Por un lado, y a petición de algunas de las entrevistadas que pidieron resguardar su identidad ya que aún no dicen abiertamente su condición serológica por miedo al rechazo, al estigma y a la marginación social. Respetando este acuerdo se mantendrán en anónimo los nombres de las participantes.

Por otro lado, las características y los fines de la investigación fueron explicados a cada participante en el contacto que se tuvo. Esto permitió una narración detallada de las principales aristas de la investigación. Los resultados serán entregados a las participantes en caso de que lo requieran después de un debido ofrecimiento.

Capítulo 4: Análisis y resultados

Entender una enfermedad a nivel poblacional, desde lo social, es un ejercicio complejo más cuando un virus, como el VIH, se mueve y muta en el cuerpo social de manera rápida y contextual. Esto significa e implica que se deben identificar las prácticas inter-subjetivas que existen sobre el virus en cuanto a estigma social ya que se sobrecarga de significación a los portadores del grupo, incluso, a un grupo singularizado de sujetas portadoras del virus, que si bien lo tienen, se alejan del imaginario social respectivo del VIH.

Identificar prácticas de riesgo, es inherentemente identificar y construir sujetos de riesgo, no obstante se dejan de lado otros análisis, como el de género, que implica otro tipo de prácticas que fomentan el riesgo para un grupo que no se cataloga de riesgo y que se olvida al momento de prevenir sobre los riesgos sexuales: las mujeres. En este capítulo, por lo tanto, se busca observar dos movimientos sobre el VIH, primero analizar el discurso público, es decir, la percepción de riesgo antes de ser mujeres seropositivas, y luego, utilizar el VIH como influencia directa de los procesos de subjetivación de personas que nunca fueron consideradas “sujetos de riesgo” pero que aun así, hoy en día, son portadores del VIH.

Cabe destacar que las mujeres seropositivas son todas heterosexuales y que el virus fue transmitido por sus parejas estables del momento quienes se infectaron mediante infidelidad, no obstante hoy en día ninguna de ellas mantiene esa relación.

4.1 El riesgo ante el VIH: significados sociales y subjetivaciones sobre virus

4.1.1 Percepción de riesgo: el sentir global

El VIH y el SIDA han operado primariamente como una pandemia de significación, es decir, que tiene construcciones simbólicas que funcionan como un poderoso artefacto cultural que genera estigma y discriminación hacia quien lo padece. El imaginario que circula sobre la serología funciona, determinadamente, como un dispositivo de control que hace que los individuos sean parte de él y, además, sanciona socialmente a aquel sujeto que incurrió en prácticas –sexuales- que lo llevaron a dicha condición.

Las participantes en una primera instancia muestran el imaginario social que ellas tenían sobre el VIH antes de que llegara a sus vidas:

El VIH para mí era algo de gays no de personas heterosexuales como yo, con familia, que nunca engañé a mi marido.

E.3

O bien se cuestionaron sobre cómo su pareja contrajo el virus:

Mucho tiempo me cuestioné si mi pareja me engañaba con un hombre, aunque él me dijo que fue mujer, muy desinformada con respecto al tema porque todos hablan de que esto es algo de gays.

E.1

Esto demuestra cómo, el estigma y la percepción de riesgo asociado al VIH como una pandemia propia de homosexuales, prostitutas, drogadictos, entre otros, las alejó por completo del virus, no sintiéndose nunca parte de los *sujetos de riesgo*. Esta forma de entender e incorporar el virus de inmunodeficiencia adquirida a sus vidas, la agudizan las campañas de prevención emanadas desde el gobierno ya que siempre están enfocadas a los grupos perceptivos de infección, generando desinformación sobre el VIH/SIDA y las ITS en general, debido a que la dirección de sus mensajes engloban a la población con más cifras de infectados, es decir, los hombres gays, transexuales y mujeres promiscuas y/o prostitutas.

(...) igual yo he visto siempre campañas, ya sea en la tele, ya sea en la calle, en los diarios, en la radio. Pero uno escucha nomás y al final lo ves como una enfermedad tan ajena que uno igual asocia la enfermedad como a cierta gente y yo decía: 'yo no soy ese tipo de gente' entonces para que me voy a preocupar. Y ahora uno ve que en realidad le puede pasar a cualquiera.

E.2

Todas las campañas contra el VIH son campañas que en su mayoría están dirigidas a gays, prostitutas, a ese tipo de personas, pero en realidad creo que las campañas están mal hechas, a pesar de que últimamente se ha visto común las campañas preventivas de VIH, haciendo test rápidos de VIH, la gente sacándose sangre, el resultado lo tienes inmediatamente, pero aun así no te dicen que tu si puedes, porque aunque tu tengas una pareja de diez años, eso da lo mismo.

E.1

Las campañas no dicen la verdad del VIH, ponen una cara nomás, el Estado no se hace cargo y eso se debe cambiar y por eso se lucha todos los días, aunque nadie se entere, pero se hacen cosas siempre para que se muestre más –el VIH-.

E.3

A partir de lo anterior, se comprende que las campañas de prevención, gracias a su estrategia, funcionan como mecanismo de poder y control que instalan discursos y con esto inciden en las conductas de quienes reciben los mensajes. Es decir, que las campañas, al ser de índole estatal y gubernamental, constituyen poder y credibilidad, no obstante influyen también en desconocer otras realidades con respecto al VIH y sus múltiples formas de transmisión, lo que englobaría a toda la población sexualmente activa (esto aplica para infección mediante vía sexual).

4.1.2 ¿Muerte social?: Miedo a la condición serológica

El estigma y las campañas preventivas señaladas anteriormente funcionan como dispositivos de disciplinamiento e influyen en el sentir de las mujeres VIH+ y en cómo se proyectan hacia el exterior como portadoras del virus. Esto quiere decir que el entramado global obliga a que las mujeres creen un imaginario social hacia ellas ya que por el hecho de ser serológicamente positivas se entienden a sí mismas como actoras de prácticas sexuales indebidas

Esto es observable a partir de las entrevistas, donde las participantes señalan en numerosas ocasiones que sintieron miedo de contar que eran mujeres portadoras de VIH porque sentían que las podrían rechazar o que podrían pensar que tenían conductas sexuales “desviadas”.

Al principio no le conté a nadie, tenía miedo al rechazo porque igual hay mucha desinformación con respecto a este tema. No le conté ni a mis amigas, ni a mi familia.

E.1

Primero hablé con mi mamá, me fue súper difícil porque yo sabía igual que mi mamá era prejuiciosa con esos temas, como que había escuchado sus comentarios antes, de que... solo los gays y las lesbianas se pegaban el sida o la gente que era cochina, entonces yo tenía ese estigma en mí. Entonces fue súper difícil, se lo conté y al principio igual mi mamá me miró raro, pero fue como un momento nomás y al final lo único que hizo fue abrazarme y decirme que me apoyaba al respecto.

E.2

Estos testimonios, además del estigma personal e interno que tenían las participantes con respecto al VIH/SIDA, hablan sobre la percepción que tienen los demás ante el virus. Las nuevas relaciones sociales se complican para ellas ya que se sienten estigmatizadas hacia determinado discurso, solo por ser portadoras. Las relaciones sexuales o sexo afectivas son difíciles de sobrellevar y como su condición serológica sale fuera de los parámetros comunes para la sociedad, ellas restringen ese aspecto de su vida, principalmente, por miedo al rechazo.

Yo siempre me muero de miedo antes de decirlo –su condición serológica- porque siento que les voy a dejar de gustar, igual me ha pasado, gente me ha dejado de hablar... y me he sentido mal, al principio sobre todo. Pero ahora, es algo que lo tengo más interiorizado, si no lo acepta, no nomás.

E.1

Uno no sabe cómo se lo va a tomar la otra gente, mmm, ya no estamos en los años 50's como para decir que tengo VIH y que me miren feo o que me manden a una isla, no. Pero si hay gente que tiene mentalidad más retrograda y eso a mí me da miedo, uno vive con miedo. Después del VIH igual que se tiene más precauciones como con otras cosas, uno se cuida tanto del VIH como de otras cosas, o sea de las personas.

E.2

4.1.3 Problemas estructurales en la educación sexual: subjetivaciones en torno a la mujer heterosexual no considerada como sujeto de riesgo

En este punto, se propone, la comprensión de la gubernamentalidad en la experiencia con el VIH, ya que si bien hay un poder y una disciplina que educa sobre cómo es el virus y quienes son, en su mayoría, los portadores, etc., también contempla la subjetividad de cada mujer como aquella que puede desprenderse de esta sujeción. Esta forma de análisis contempla un entramado entre el virus, el discurso público sobre el mismo, la sexualidad y el género como principales aristas a considerar.

El estigma y miedo descrito anteriormente se subjetiviza en las participantes cuando se enteran que son mujeres seropositivas, cambiando el modo de pensar, de analizar y de percibir el virus. Esto sucede también por la forma de transmisión del virus. Es decir, el contexto de transmisión junto con la experiencia personal de cada una de ellas influye en los nuevos discursos que tengan sobre la serología, entendiendo que su realidad muta por esta coyuntura en particular.

Entendiendo esto, en los testimonios analizados se puede observar una desinformación con respecto al VIH y a las ITS en general, por lo tanto se entrevisté que el problema de la desinformación sobre este tipo de infecciones es un problema de nivel estructural, ya que, como se dijo anteriormente oculta información al respecto lo que provoca un déficit en el conocimiento público.

Yo creo que es algo –el VIH-, no sé si se vea poco, pero es algo que no se menciona, o sea cuando tú ves publicidad de personas con VIH, la gente siempre lo asocia a gays, a prostitutas, a personas ambiguas... y en realidad no es así.

E.1

Hay harto desconocimiento del tema y es importante igual que la gente lo sepa, que uno, en cualquier circunstancia puede tener este tipo de transmisiones, no es necesario ser como... tener un alto nivel de libertinaje o como se le quiera llamar para portar esto, sino que en otras circunstancias de relaciones más normal, también se da.

E.2

Este problema estructural incide en la educación sexual a nivel global, los individuos no reciben la educación sexual adecuada para entender que comportamientos sexuales son riesgosos y cuáles no, en este sentido solo existe una percepción de riesgo emanada desde un conocimiento popular, o bien, desde un conocimiento intencionado a través de relaciones de poderes, donde un grupo se ve subrogado a ser visto como el principal grupo portador de VIH, como por ejemplo, el grupo homosexual.

O sea, a mí me pasó porque mi expareja no se cuidó cuando tenía que cuidarse. O sea, usar un condón no es tan difícil, venden en todas partes, la cosa es hacerlo parte y costumbre, sobre todo si tienes sexo con una persona que ni siquiera conoces o que no es tu pareja, y lo digo para hombres y para mujeres. Al final hoy lo entiendo como falta de educación sexual y nadie nos dice que todos podemos contraer VIH y nadie está libre, y nadie se hace cargo tampoco de esa falta de educación.

E.3

El reconocimiento que estas mujeres tienen sobre el problema estructural y la falta de educación sexual dentro de la población es un proceso de subjetivación en el sentido de que entienden que no son solo ellas o sus parejas las culpables, sino que ya son un grupo de mujeres las que son vulneradas de la misma manera, entiende que

se siguen patrones parecidos entre sus formas de infección y que una muy importante, además de la poca información, es la estructura patriarcal y la sumisión de las mujeres ante el dominio del hombre.

En consiguiente, estas mujeres, por su experiencia de vida, ahora son conscientes, primero de que el virus puede afectar a cualquiera, algo impensable para ellas en su momento porque su historia de vida estaba sumida bajo patrones y conceptos morales concretos, los cuales, culturalmente, indicaban estabilidad, protección y seguridad en sus vidas.

Nunca pensé que... ni quiera lo pensé. Nunca pensé en el VIH, menos teniendo el tipo de relación que tenía porque me sentía estable, entonces tampoco le iba a decir a mi pareja 'oye usa condón' si llevábamos cuatro años juntos.

E.1

Antes nunca lo pensé, jamás, para mí el VIH era una cosa de otro mundo, de homosexuales, los homosexuales tenían VIH, los transgénero tenían VIH, las prostitutas, pero nunca las personas 'normales' como yo. En esa época lo veía como algo muy lejano, pero después me di cuenta que es más común de lo que uno cree y hay muchas mujeres con VIH por sus parejas y nadie habla sobre eso, se esconde porque da vergüenza, porque no sabes lo que van a opinar de ti.

E.3

Las reflexiones de las entrevistadas también hablan sobre su propio comportamiento y se dan cuenta sobre la vulneración cultural que existe sobre ellas mismas y sus cuerpos.

Ahora siento que el VIH es algo más común de lo que creemos y creo que todos deberíamos ser responsables de nuestro cuerpo, creo que deberían hacer más medidas preventivas para mujeres, se debería difundir más el condón femenino, deben hacernos parte de ser responsables de nuestros cuerpos. Creo que nosotras, las mujeres, estamos muy en desigualdad todavía con los hombres, me enorgullece ver los movimientos feministas y espero que de verdad, de verdad espero que un futuro estas campañas preventivas se hagan para todas las personas. Me gustaría que las campañas se hicieran ver de tal forma que siempre deberíamos usar condón, siempre.

E.1

Lo anterior señala y da cuenta sobre el entendimiento de la desigualdad y sobre la delegación del cuerpo femenino, o de la mujer, a la pareja, en el sentido de que el cuerpo es sometido a patrones culturales de dominación. Las entrevistadas se sienten, en conjunto, responsables de no empoderar sus cuerpos antes, entienden también que es la estructura dominante aquella que relega sus cuerpos a la sumisión y ven el empoderamiento de la mujer como una salida viable a esa cultura.

Las mujeres, tal vez, no seamos como súper controladoras con los hombres y con la pareja que estés, pero, siempre, nos tenemos que cuidar igual, independiente de..., ese dicho que dice 'yo no pongo las manos al fuego por nadie', o sea, tienen que practicarlo siempre y ojala que se normalice también el tema de que nos traspasemos las pruebas de VIH. No es difícil, es hacerse un examen y chao, para estar uno seguro también po, porque no es gratuito llegar y transmitir el virus. Entonces eso, que seamos más empoderadas con el tema. Yo como mujer quiero, o no me gustaría tener un caso como el mío de nuevo, como por descuido o plena confianza como 'oh el amo' o 'confío en ti, me vas a ser fiel por siempre'. No.

E.2

Estas subjetivaciones nacen a partir de la forma de infección de estas mujeres. Dentro de la relación heterosexual y estable en que se encontraban, los hombres no estuvieron en riesgo de contraer el virus por sus parejas ya que nunca tuvieron otra pareja sexual de manera paralela, no obstante, los hombres si desarrollaron infidelidades sin protección ante ITS contrayendo el virus y finalmente, transmitiéndoselo a sus parejas.

Esta forma de concebir la relación, mujer fiel y hombre infiel, es una práctica más común de lo que parece y es avalada por la cultura patriarcal, la cual menciona al hombre como aquel dominante y con libre albedrío, a diferencia de las mujeres, al cuales deben arraigar un rol sumiso, compasivo, hogareño y reproductivo. Lo anterior se condice con la feminización y heterosexualización del virus, ya que cada vez aumentan más los casos de mujeres seropositivas por esta causa.

Se infiere, entonces, que la mujer está en un constante riesgo ante el VIH/SIDA y otras ITS solo por la condición de ser mujer y llevar una relación heterosexual. En primera instancia las mujeres están en riesgo por no ser consideradas un grupo de riesgo al no salir de los patrones morales y culturales que la sociedad toma como correctos y dignos de buena salud.

Esto se fomenta con las campañas preventivas mencionadas anteriormente y con el estigma social que se asocia al virus. No obstante las entrevistadas logran entender estas razones subjetivándolas y criticándolas, lo que, en algunos casos

conlleva a la politización de las participantes siendo miembros de organizaciones sociales que velan por el bienestar femenino.

Me jugó en contra ser mujer porque uno no anda por la vida queriendo saber todas las cosas de todas las enfermedades, uno empieza a ver las cosas que se relacionan con uno nomás, entonces cuando a ti nunca te dicen 'esto te puede pasar', 'da lo mismo si tienes una relación estable', si eres hombre, si eres mujer, si soy heterosexual, soy bisexual, soy gay, o lo que sea, te puede pasar. Y sabes que ser mujer es (...) te hace vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual porque al final todo el poder lo tiene el hombre... porque al final si el hombre no se quiere poner condón o si se lo saca y no te das cuenta, porque he escuchado esos casos, ehh... estas totalmente vulnerable aunque tú no quieras, como que no tienes el poder sobre tu cuerpo, entonces ser mujer llega a ser una desventaja ante este virus y todas las infecciones y enfermedades de transmisión sexual, porque no tenemos el control sobre nuestro. El control lo tiene el hombre.

E.1

Otra causa que vulnera a las mujeres y las hace estar en riesgo ante ITS es que en las relaciones heterosexuales predomina, por sobre todo, el patriarcado como estructura dominante y lineamientos a la construcción sociocultural de la pareja. En esta estructura cultural los hombres tienen privilegios ante las mujeres, como la libertad y realización de vida pública y privada, mientras que a las mujeres se les delegan roles alineados hacia las labores domésticas, como los quehaceres del hogar o la crianza, es decir, su realización como persona individual está en función de la vida privada.

Esta causa se verá en profundidad en el siguiente apartado, el cual trata sobre la construcción y los discursos asociados a una pareja estable, los roles de género que se dan dentro de ellas y como las mujeres subjetivizan la desigualdad a partir de su nueva condición serológica.

4.2 Discursos y significados en torno a la pareja estable

4.2.1 Pareja estable

La idea de tener una pareja estable o ser parte de una relación estable es una construcción personal que se puede acordar con otro, no obstante, se presenta un cuadro idílico de cómo debe ser esa persona, es decir, que exigencias debe cumplir para con el otro, las cuales, a su vez, pueden ir variando y mutando a lo largo de la relación.

En las entrevistas realizadas se logra apreciar que la definición de “pareja estable” viene desde la emocionalidad, y a pesar de que todas participantes puedan dar una variedad de respuestas en torno al tema, también se puede apreciar un discurso que las une. El sentir estar en una relación estable, para ellas, se sustenta en un acuerdo al compromiso en tanto se entregue fidelidad, compañía, confianza y amor mientras se mantenga la relación.

Nosotros éramos una pareja estable, no vivíamos juntos, pero si teníamos una relación relativamente normal yo creo, éramos monógamos, no teníamos libertad de estar con otras personas.

E. 1

(Una relación estable) es como tener confianza, cuidarnos y querernos.

E. 2

Estar en una relación estable para mí, a mis 51 años de edad, es estar con alguien que te acompañe, que te quiera, que te ame, que no se avergüence de ti, alguien en quien confíes, la confianza es súper importante pero tampoco hay que pecar de tonta, confiar en los sentimientos más que en los actos diría yo.

E. 3

El concepto de pareja estable, entonces, se encuentra cargado de deberes entre dos personas que tienen un vínculo que se fortalece con el tiempo, adquiriendo así un compromiso mayor. En este sentido la relación comienza a adoptar una mayor formalidad y a su vez a anhelar otras etapas de las cuales surgen nuevas y mayores proyecciones en conjunto. Al momento de elaborar planes y proyectos de vida juntos, se afianzan nuevos lazos en la relación, estas parejas se unen cumpliendo ciertos protocolos sociales como por ejemplo presentarse ante sus familias. Estas nuevas

formas de consolidar la relación provocan que el vínculo de confianza se haga más fuerte entrando en una zona segura de la cual no se desconfía.

En si la relación de pareja era buena, como que yo lo pasaba bien con él, yo conocí a su familia, a sus papás, el conocía a mi familia, éramos como bien formales de esa forma, así como bien institucionalizados, para todas las partes juntos, pasábamos las fiestas juntos, íbamos a los bautizos, a otros eventos, íbamos siempre juntos, de eso no tengo mucho que quejarme de él.

E. 2

Teníamos proyecciones familiares, yo conocía a su familia, el conocía a la mía, pasábamos los domingos en nuestras casas, salíamos de vacaciones con nuestras familias, o sea yo creo que es lo que cualquier persona considera una relación estable. A pesar de que no vivíamos juntos nuestra proyección se supone, que para allá iba, al menos era lo que hablábamos.

E.1

Este ideal romántico genera un compromiso en torno a los elementos que lo componen (fidelidad, confianza, compañía y amor) los cuales no se debe romper; si se llega a incumplir alguno de éstos se generan quiebres en la relación entrando en un estado de crisis. Por otro lado se logra inferir que la confianza denota netamente fidelidad, y se observa como parte fundamental de la estabilidad en una relación; faltar a ese deber genera un conflicto, tanto interno (de manera personal) como externo (en la relación). Una decepción amorosa es una falta grave a la moral romántica que envuelve estas relaciones. Se ve mermada la confianza, la seguridad y el amor de pareja quedando la relación, en un limbo existencial. Esto se acrecienta cuando a partir de esa infidelidad surgen daños a la integridad física y mental de la pareja en cuestión.

Se puede entender, entonces, que el sentirse en pareja estable, funciona como dispositivo de control. La percepción y los discursos en torno a la pareja estable son homogéneos en los testimonios analizados, por lo tanto se entiende que hay una construcción ideológica a nivel macro social sobre lo que se entiende por relación estable. El control que se obtiene aquí, a su vez, se proyecta a otro tipo de dominio más bien corporal, donde el hombre posee dominio sobre el existir femenino, es decir, el concepto de pareja estable es una materialización del control y dominio del hombre hacia la mujer.

4.2.2 Infidelidad y VIH: Transmisión

Las participantes de esta investigación tienen una característica en común: todas son portadoras de VIH producto de una o varias infidelidades por parte de sus parejas, en las que ellos, contrajeron el virus. Al encontrarse en una relación estable es impensable y contraproducente para la relación el uso de condón u otro tipo de preservativo ante infecciones de transmisión sexual, las tres mujeres solo utilizaban métodos anticonceptivos que previenen el embarazo.

Nunca pensé en el VIH. Menos teniendo el tipo de relación que tenía porque me sentía estable. Entonces tampoco le iba a decir a mi pareja 'oye usemos condón' si llevábamos cuatro años juntos.

E.1

(...) yo siempre me he cuidado, pero ya después de un tiempo dejo de utilizar condón o cosas así porque ya voy tomando como más confianza con el chiquillo [haciendo referencia a la pareja].

E.2

La zona de seguridad para las mujeres implica, entre otras variables, el sexo sin uso de preservativo confiando en que su pareja le es fiel, es decir, son exclusivos sexualmente uno del otro, o bien, si llegan a tener sexo con otras personas, van a utilizar algún tipo de prevención. Además de esto existe una evidente presión social para las mujeres ante el uso del condón, no pueden proponer el uso del preservativo ya que este denota una desconfianza de su parte o bien, significa que ocultan algo, ya que el uso condón se asocia solamente a relaciones casuales.

Los hombres son reacios a ponerse condón, poco menos uno es fome porque quiere usar condón y uno quiere ser la mejor mujer y que el hombre se vuelva loco contigo entonces usar condón es como...que iba a venir otra mujer aquí y lo iban a hacer sin condón y ella es la bacán y tú eres la monja. A parte yo siento que usar condón o no para la mujer en el placer no tiene ningún efecto, pero para el hombre sí, entonces no estás complaciendo a tu hombre, ese es como el punto.

E.1

No obstante, en todos los casos se rompe con esta lógica provocando que el virus entre en la relación, y en ellos mismos. Los hombres al momento de ser infiel no

utilizaron métodos preventivos y como resultado de esto les transmitieron el virus a su pareja.

La transmisión de VIH para estas mujeres era algo impensable dentro estas relaciones, y cuando sucede se derrumba toda la idea de amor idílico y se rompen los elementos básicos que construyen la relación provocando una ruptura en la estructura que la compone ya que se ven involucradas otras aristas de la vida social como la salud y la integridad física.

En el momento cuando supe que él (transmitió el virus), que había sido porque él me había sido infiel se me cayó el mundo. Primero porque claro, me había `cagado´ y después era porque... ahora sentía que me había `cagado´ la vida por siempre.

E. 2

Para mí fue súper triste saber que tu pareja, tu marido, hizo algo que nunca pensaste que iba a pasar, o sea si quizás uno piensa que te pueden ser infiel y dejarlo ahí nomás pero nunca piensas que vas a tener VIH, ni yo, ni la persona que lo transmisión a mí, ¿entiendes? Mi marido no se cuidó y ahí está el error también. Más que la infidelidad en sí a mí me dolió que pusiera en peligro a toda la familia... Si hubiera sido una infidelidad se puede perdonar o quizás nunca me iba a enterar, pero el problema está en el daño a nuestra salud física y mental también porque el VIH afecta de distintas formas, destruye la vida mía, o sea de quien lo tiene y también de tus seres queridos, como mis hijas... con el tiempo lo aceptamos, porque solo queda eso con el VIH, aceptarlo.

E.3

Cabe destacar que en las entrevistas se pudo entrever que los hombres no eran conscientes de su condición serológica sino que ambos, en todos los casos, conocieron la situación en un tiempo similar, por lo que vivieron relativamente juntos el enfrentarse a la situación pero de distintas posiciones.

Al ser el hombre el responsable de transmitir el virus, se observan patrones en las relaciones de pareja que vislumbran una vulnerabilidad en la mujer, que viene arraigada a constructos sociales desplazando al género femenino bajo un orden masculino, estas ideas son ante todo machistas y patriarcales y van a poner, finalmente, a la mujer –y al hombre- es determinados roles.

4.3 Procesos de subjetivación y normalización de prácticas patriarcales: las voces de las mujeres seropositivas

4.3.1 Roles de género en la relación

Si bien las relaciones de pareja se creen desarrollar en base a una horizontalidad, hay prácticas que indican lo contrario, es decir, hay prácticas cotidianas, que se normalizan y se entienden o leen como demostraciones de amor, pero que a la vez están determinadas por una cultura determinada. Las mujeres cuando están en una relación estable se comportan y actúan muy similar entre sí, ocupándose de labores domésticas y cuidando y protegiendo de manera exagerada a su pareja.

Yo lo esperaba, a veces no llegaba, a veces llegaba a las tres de la mañana borracho, se iba a quedar conmigo, igual a pesar de que no vivíamos juntos el igual se quedaba bastantes días acá... y no hacía nada, o sea yo era la que cocinaba, le hacía el desayuno (...) dejaba su ropa acá y yo se la lavaba y después venía y la buscaba...

E.1

Esta forma de ser de las mujeres implica un determinado rol que se posiciona bajo sumisión y dominio del hombre ya que ésta vive su vida en tanto el hombre vive la de él, la propia, es decir, la mujer se vive y desvive por la relación, mientras que el hombre si bien está presente con ella, también está presente en otros ámbitos de su vida. Por su parte la mujer, los pone en pausa.

Nosotros salíamos de repente, yo no soy buena para salir en realidad, amigas tengo muy poquitas y no salgo casi nunca con ellas, muy rara vez, me dedico hartito a mi familia, a ver a mi mamá, a mis hermanas, a estar con ellas, de eso siempre, él... bueno, si tenía como una vida más activa dentro de la relación. Igual le gustaba un poco más el carrete, salía conmigo de vez en cuando y con el tiempo se empezó a dar cosas como que yo no sabía que él no estaba en la casa porque ya había salido, antes me avisaba y después ya no me decía nada, igual me preocupaba un poco, pero igual decía: 'bueno, lo estará pasando bien'.

E. 2

Yo no trabajaba en ese tiempo, trabajaba el papá de mis hijas solamente (refiriéndose a tu marido de ese momento), yo estaba a cargo de la casa, las cuidaba. Tenía la casa ordenada pero no trabajaba...

E. 3

Las mujeres aceptan ese rol como una normalidad, como algo que es parte de la construcción de la relación, permanecer dentro de estos patrones implica tener una relación estable, poder continuar y seguir con los proyectos anhelados aludiendo o queriendo siempre alcanzar el sueño de relación perfecta, siempre la mujer postergándose para poder ser perfecta, tranquila, comprensiva y deseada por el hombre. El siguiente ejemplo data de la comprensión de la mujer, dejando sus sentires atrás con tal de mantener su estabilidad latente.

Él no me invitaba a salir con sus amigos, salía el sólo de noche y eso me daba inseguridad, él salía con sus amigos y no me invitaba, me sentí excluida un tiempo, bueno yo creo que los últimos dos años de relación, pero... me sentí excluida pero intentaba entenderlo para tratar de llevar una relación sana, que comprendo que es lo normal que cada uno tenga su libertad. Pero si me hacía mucho ruido, pensar que muchas veces él me hacía escoger entre el sábado o el viernes porque uno de esos días tenía que carretear solo, él quería su libertad y yo en realidad estaba dispuesta a dar todo por esa relación, o sea, yo quería vivir con él, esa era mi expectativa con él.

E. 1

Rol de sumisión

La sumisión da cuenta cuando una mujer deja sus principios morales y éticos de lado por cubrir las necesidades de un otro masculino. Es decir, cuando un hombre requiere algo, se le entrega sin cuestionar su posición ni su palabra, se torna un mandamás dentro de la relación y ese es, siempre, el hombre.

Las entrevistadas, sin saberlo, muestran un rol sumiso dentro de sus relaciones en el sentido que siempre están a disposición de ellas o bien aceptando y subyugándose a las ideas y principios de ellos. Ellas no muestran un descontento con ese rol sino más bien es un factor que les ayuda a llevar estabilidad en la relación.

(...) yo era la mujer que lo esperaba en la casa y que aceptaba todas sus cosas, y él en realidad hacía lo que quería pero yo no podía. Esa la base de nuestra relación.

E. 1

Nosotros hablábamos todos los días por teléfono, bueno, salgo cuando él salía con sus amigos, ahí era como yo una loca si le hablaba entre medio de sus amigos.

E.1

Aunque igual a veces yo proponía cosas y él me decía que no po (...)

E.2

En todas las citas anteriores se evidencia la subordinación de las mujeres ante sus parejas lo que determina de quien es aquel rol que emana mando y de quien es el rol que emana obediencia.

Rol de mujer cuidadora

Otro tipo de rol que se observan en las entrevistadas es el cuidado y la comprensión que se le entrega al hombre, incluso en momentos de crisis como lo fue al momento de enterarse, ambos, de su nueva condición serológica.

Las tres participantes continuaron con la relación luego de contraer la infección por sus parejas ya que, quisieron apoyarse mutuamente, “perdonando” tanto la infidelidad como la transmisión del virus. Esta actitud por parte de las mujeres muestra el nivel de compromiso que tienen con la relación sexo afectiva en la que se encontraban. Si bien la fidelidad es un elemento crucial para mantener el compromiso, en momentos de adversidad pasa a segundo plano y cuando la salud se ve afectada, la mujer asume un rol de cuidado, contención y comprensión con el hombre. No obstante después de un tiempo, las tres relaciones fracasaron, siguiendo cada uno con sus vidas.

Bueno, yo lo acompañaba al proceso de hacerse exámenes porque yo no trabajaba en ese tiempo, entonces lo acompañaba al consultorio a sacar hora y esas cosas. Cuando le dieron los resultados lo llamaron a una sala de manera bien seria y yo lo estaba esperando afuera y después me hicieron entrar a mí, él y el doctor que le avisó conversaron conmigo y me dijeron que yo también tenía que hacerme el examen que fuera al otro día a hacérmelo...

E. 3

En un principio como que intentamos apoyarnos pero que al final el tema siempre estaba latente, en mí siempre va a estar latente la idea de que él fue quien me contagió porque el no supo cuidarse debidamente.

E. 2

Este rol de cuidado implica, nuevamente, que las mujeres posterguen su individualidad y bienestar por un otro ya que se asumen que esa es la forma de demostrar el compromiso y el amor en la relación. En este sentido la mujer siente la

necesidad de demostrar en cada acto su nivel de compromiso, mientras que lo hombres asumen ese rol sin cuestionarlo, sino que solo aprovechando de los privilegios que como hombre les da el patriarcado.

Rol mujer hogareña y encargada de las labores domésticas

Por último, se presenta otro patrón en cuanto a los roles de género en la relación sexo afectiva de nuestras participantes. Este rol es aquel que se delega, casi, de manera universal a las mujeres, es el rol por excelencia y que muchas veces no se cuestiona en todo plano que se da, este rol es el rol doméstico que conlleva, además a que todas nuestras participantes se asumieran, de manera diferenciada pero unánime, como mujeres hogareñas.

El rol doméstico de la mujer construye los cimientos para realizar “una familia” ya que por un lado se encargan de los cuidados de las casas y de la crianza de los – futuros- hijos e hijas de la relación, mientras que el hombre es el proveedor de la familia y el que busca el sustento para el hogar. Esta misma lógica se evidencia en las entrevistadas asumiéndose como aquellas que se encargaban de estas tareas, no obstante no siempre era por gusto, si no que se condicionaba por el entorno cultural y social.

Cuando yo iba a la casa de la mamá -de su pareja-, era obligación que yo tenía que ayudar en algo, o hacer la ensalada, o lavar la loza, siendo que él era el hijo y el que debería ayudar. Él se quedaba viendo tele con su papá y veían futbol, tomaban cerveza, y nosotras en la cocina haciendo la comida y después llevándola y lavando los platos, o sea era la tarea completa.

E.1

Cuando llegábamos yo preparaba el almuerzo para los dos para ir a trabajar, los dejaba listos. Igual por ejemplo, planchaba la ropa, como que me dedicaba más a hacer las tareas del hogar. Él me ayudaba igual de repente a hacer aseo, en eso me ayudaba hartito, y hacía arreglos de la casa, pero por lo general yo estaba bien pendiente de todo siempre, siempre bien dedicada sobre todo a la cocina.

E.2

(...) yo me quedaba en la casa entonces mi rol lo que yo hacía dentro de la relación era tener todo listo en la casa, igual mis hijas me ayudaban, yo les ordenaba cuando eran chicas pero de grandes ya no pero siempre cocinaba y cosas así.

E.3

Además, se puede entrevé, nuevamente, cómo los hombres hacen vida pública y privada a la vez, mientras que las mujeres quedan relegadas solamente al ámbito de la vida privada, dentro de sus hogares, realizando labores domésticas o de crianza, o bien, esperando al hombre, mientras que este último disfruta sus momentos fuera del trabajo realizando actividades que se desarrollan fuera de la casa.

El salía, él estaba con sus amigos, él hacía más cosas fuera de la casa que yo po. Pero tampoco era como que yo quisiera salir y él no me dejara, no. Pero si él tenía más libertades.

E.2

Él jugaba a la pelota con los amigos siempre y después salían y siempre se juntaban los fines de semanas, nos conocíamos todos y después yo entendí que uno realmente no sabe lo que pasa cuando los hombres andan fuera. Yo era más de casa, me juntaba con mis amigas en las casas.

E.3

4.3.2 Discursos sobre la desigualdad de género en la relación Post-VIH

El objetivo inicial de esta investigación es dar cuenta de los procesos de subjetivación en torno a la desigualdad de género en mujeres seropositivas cuya vía de transmisión fue su pareja estable del momento. Esto quiere decir que una vez que se enteran de la condición serológica y ya habiendo aceptado este nuevo estado, los pensamientos y significados que se otorgan tanto a las relaciones y a sus roles, cambian, es decir, dan cuenta y analizan la estructura social básica y patriarcal desde su experiencia sacando nuevas conclusiones que las ayuda, y que funcionan como soportes, hacia nuevas formas de ser ellas consigo mismas.

Naturalización de la infidelidad masculina

El constructo sociocultural y patriarcal otorgado a los hombres y a su propia masculinidad, deja entre dicho que los hombres son naturalmente fogosos y libres de expresar su sexualidad en la vida social en su conjunto. Esta idea la acoge el género femenino y entiende, al mismo, que la sexualidad de ellas debe ser silenciosa e invisible, de lo contrario, son mujeres *abiertas al mundo* lo que es una característica impura y estigmatizadora para ellas.

El discurso sobre pareja estable muestra como la fidelidad es parte esencial dentro de los compromisos que se adquieren para sentirse partícipe de una, no obstante esta idea cambia cuando surge la infidelidad, ya que, aun rota la promesa asociada a ella, se perdona y justifica a partir de los constructos sociales adquiridos en torno a los géneros.

En realidad me estaba haciendo la ciega, sorda ¡Ay! No quería verlo. (...) ni siquiera por haberme sido infiel, si no por no estar ahí, por no estar conmigo, por no quererme, porque al final de eso se trata, porque una persona que te quiere está ahí contigo a pesar de todo. Creo que el humano es súper propenso a ser infiel, creo que es súper difícil ser monógamo en esta cultura, pero cuando uno quiere está ahí igual, y le pides disculpas hasta que te desangres, que no es la idea obviamente, pero intentas hacer todo, te la jugai por así decirlo.

E.1

Más que la infidelidad en sí a mí me dolió que pusiera en peligro a toda la familia... Si hubiera sido una infidelidad se puede perdonar o quizás nunca me iba a enterar, pero el problema está en el daño a nuestra salud física y mental también porque el VIH afecta de distintas formas.

E.3

La cita anterior evidencia como se justifica la infidelidad. Hay que entender que la transmisión de VIH, siempre, en todos los casos, fue a raíz de una traición amorosa, no obstante, esa traición es válida para ellos, el error que se concibe, es no mantener una correcta sexualidad en torno a los cuidados preventivos.

La pareja estable, en tanto matrimonio o proyección de él, funciona como dispositivo de control ya que implementa una idea en las formas de concebirse y estas ideas justifican el actuar patriarcal y desigual entre los géneros. Esta institución no es cuestionada, más bien se naturaliza en la sociedad generando desigualdades y vulnerabilidades hacia la mujer; eso se materializa en controles bio-políticos en tanto cuerpo femenino es propiedad de marido, no obstante, como toda sujeción está bajo un posible cuestionamiento social.

Cuando ocurre un quiebre importante, como la infección por VIH, se logra cuestionar los postulados propios de esta ideología y del propio control corporal. En este sentido las mujeres subjetivizan su historia de vida logrando entender estas lógicas y adquiriendo un sentir reflexivo al respecto:

Creo que soy una persona totalmente distinta, partiendo de que tengo claro lo que quiero, o quizás no de lo que quiero, pero estoy clara de lo que no quiero y no quiero un hombre que esté a medias conmigo, no quiero un hombre que me pase a llevar, no quiero un hombre que no quiera invitarme a sus cosas, que no quiera hacerme parte de su vida, que yo esté dando todo y él esté dando el 50, no quiero esa relación.

E.1

La culpa

Como se mencionó anteriormente, en una primera instancia todas las participantes deciden seguir con sus parejas como una señal de apoyo y cuidado, comprensión y contención, no obstante a esto, también se evidencia una culpa interna, que para ellas es el porqué de la infidelidad y, como consecuencia de aquello, son portadoras del virus. A partir del autoreconocimiento como culpable de un actuar de un otro –pareja- se entra en una compleja relación del ejercicio de la autoexaminación y del autoconocimiento, es decir, se entra en contradicciones en tanto siguen siendo parte de la estructura patriarcal.

Cuando me descuidé fue cuando el otro me andaba cagando y al final me terminó pegando la cuestión, transmitiendo perdón, transmitiendo el virus.

E.2

La culpa que aquí se presenta se hace cuando una mujer siente que no cumplió todos los roles que se consideran propios de una mujer, por lo tanto, es castigada ante ese actuar. Las construcciones sociales de la estructura patriarcal encausan a la mujer bajo subyugaciones, ya que ellas mismas acuñan y hacen parte de sus vidas la dominación aun cuando han sido vulneradas en ámbitos personales, como por ejemplo la salud y por sobre todo la salud sexual.

Los sentimientos de culpa también surgen como respuesta y reflexión a lo sucedido ya que las mismas mujeres, luego de saber su nuevo estado serológico, se sienten totalmente responsables de sí mismas, por lo tanto, se responsabilizan de todo lo que les suceda sin entender contexto social, político y cultural.

Yo creo que al final la culpa de esta relación tóxica que tuve, no fue culpa de él, fue totalmente culpa mía, de las cosas que yo le permití, de las cosas que yo me permití a mí misma hacer, y creo que eso ha sido una reflexión para mi vida, de quien soy realmente y de las cosas que puedo hacer y de las cosas que puedo hacer sola.

E.1

En este sentido, las mujeres rompen con el *rol de mujer cuidadora* siendo la ruptura de la relación el primer momento en que se pone de manifiesto este actuar y es desde ahí que comienzan a producirse cambios y subjetividades en torno a la desigualdad de género, es decir, el quiebre amoroso conlleva a una liberación en tanto a pensamientos sujeto a patrones desiguales. Ya no están completamente sujetas a la ideología.

En consiguiente, se observa un nuevo rol en la mujer, ya que primero está sujeta a los roles de género patriarcales y luego, cuando quiere salir de ellos, es responsable de todo lo que la aconteció, por lo tanto el hombre obtiene una suerte de beneficio de la impunidad prosiguiendo con su vida sin responder por el daño y la vulneración causando hacia otros.

El reconocimiento de la cultura machista en sus subjetividades

Luego de verse y comprenderse a ellas mismas como sujetos portadoras de VIH, surgen cambios internos que cuestionan lo “normal”, es aquí donde las subjetividades realizan un trabajo reflexivo, que puede sujetarlas o alejarlas de las prácticas culturales cotidianas que han vivido hasta ese momento.

Todas las entrevistadas, finalmente, terminaron con las relaciones que tenían debido a que para las tres era difícil continuar con quien fue el responsable de su transmisión del virus, y a su vez, el responsable de vulnerar la propia salud e integridad ellas.

(...) cuando nuestra relación por fin se terminó, se terminó como mi calvario por así decirlo, yo creo que fue lo peor en todo este tiempo, como tener las agallas de poder decirle no más, ni siquiera por haberme sido infiel, si no por no estar ahí, por no estar conmigo, por no quererme, porque al final de eso se trata porque una persona que te quiere está ahí contigo a pesar de todo.

E.1

Cuando el modelo en el que creyeron se derrumba, comienzan, al mismo tiempo, nuevas formas de pensar, sentir, observar y analizar los constructos sociales tanto a nivel micro y macro ya que logran evidenciar roles y desigualdades de género en la relación recién vivida, como también, en el entorno social en su conjunto, percatándose que no son las únicas que viven esta realidad desigual.

El entendimiento de la existencia de roles de género, el sentirse menoscabadas por sus exparejas, son situaciones que realzan nuevas voces en las mujeres y ayudan a que se auto determinen a dejar el pasado atrás y a avanzar en sus nuevas vidas, con su nueva condición serológica y con otras expectativas, ya que el VIH, les hace cambiar el sentido y la finalidad que tenían en para el futuro.

Yo creo que soy totalmente otra persona. Que no estoy dispuesta a aguantar muchas cosas. Que de verdad prefiero estar sola a estar con alguien que me esté privando de mi libertad...

E.1

El *rol sumiso* de la mujer cambia de manera significativa en las entrevistadas, es decir el proceso de subjetivación ayuda a entender los modos de control del patriarcado y a querer, al mismo tiempo, salir de ellos dándose a sí mismas otro valor. El VIH hizo que estas mujeres perdieran la relación que construyeron junto a un otro, perdieron la condición serológica negativa, no obstante, eso mismo lo observan, una vez que ya lo diluyeron, como una forzosa recapacitación y reflexión que necesitaban sobre sus propias vidas.

La necesidad de las participantes de establecer lazos internos consigo mismas surgen a raíz de la desigualdad, de la violencia y de la vulneración que sufren como mujeres. Luego de ser víctimas del patriarcado entran en un estado de reflexión ante el pasado, cuestionan sus acciones, sus formas de amar y de sentir, entra en cuestionamiento la forma de amar, dan cuenta de la dominación del hombre sobre la mujer y a su vez, sus voces hablan que no quieren pertenecer más a este sistema de dominación y con esto se alejan del discurso que en un principio tenían sobre una relación de pareja.

“(...) Si llego a estar con un hombre claramente que sería distinto porque yo ya tengo mi independencia, me gusta mi soledad, mi espacio, eso no lo cambio por nadie ahora. No dejaría que alguien me mantuviera tampoco, voy a trabajar hasta que me dé el ‘cuero’ (...) Pero yo no me entregaría de la forma que me entregué.”

El rol de la *mujer cuidadora y comprensiva* desaparece ya que ellas no están dispuestas a dejar su individualidad nuevamente por cultivar una relación de pareja. Las prioridades cambian y con esto se construyen de manera diferente y ajena a lo que algún día fueron

El VIH marca sus nuevas vidas y con esto cuestionan todo lo anteriormente vivido. En este sentido la infección se cataloga como un elemento de significación en cuanto a que produce y genera nuevas formas de pensamiento, cuestionando el paradigma anteriormente vivido. Si bien existe un estigma asociado al VIH, para ellas también funciona como un eje de cambio conductual, por el cual re significan la vida misma, en este sentido se logra apreciar una salida a la sujeción patriarcal en que

estaban inmersas, sin embargo el costo asociado es la vulneración de ellas mismas por su condición de ser mujer sumida en la estructura que basa sus privilegios en los hombres.

5. Reflexiones finales

5.1 El camino recorrido

En esta investigación se han abordado las problemáticas relacionadas a mujeres seropositivas infectadas por sus parejas estables, en ese marco, se comprende que el VIH/SIDA ha constituido, para las entrevistadas, una plataforma de producción de sentido que re-define tanto lógicas patriarcales que tenían adheridas como naturales a su vida, como también el significado de riesgo asociado al virus a partir del estigma del mismo.

El enfoque principal se enmarca en la experiencia y el significado de ser mujer, entendiendo que hay conductas y patrones socioculturales que practican y determinan su historia de vida. La hipótesis inicial de esta investigación es que estas mujeres, cambian, cuestionan y reflexionan en torno a la estructura patriarcal desde que su condición serológica para a ser positiva, es decir, desde que son VIH+.

En la búsqueda de comprender como estas subjetividades se han articulado con el prima serológico y de género, fue necesario analizar, en primer lugar la percepción de riesgo y el estigma que cada una de ellas tenía con respecto al VIH/SIDA antes y después de portarlo. Luego, entrando en un análisis más profundo y con la finalidad de responder a la pregunta de investigación, se observan las construcciones y discursos de “pareja estable”, categorizando los roles de género que cada uno tenía dentro de la relación, y al mismo tiempo, se categorizaron los procesos de subjetivación en torno a la desigualdad de género que vivieron durante la relación, analogía que se puede observar a partir de la transmisión serológica.

5.2 Desigualdad de género

Las mujeres monógamas y heterosexuales que abordamos en esta investigación basan la estabilidad de sus relaciones sexo afectivas en la confianza y fidelidad y un elemento trascendental y de continuidad para ellas es, el tiempo y la inversión sentimental puesta en la relación. Las dinámicas que hay en estas relaciones buscan ante todo buscar aceptación social y para esto forjan una relación con las familias y proyectan la misma hacia un matrimonio institucional, o bien, una familia, ya que esta idea funciona como una imagen poderosa y colectiva de estabilidad y durabilidad.

Se logra entrever que las relaciones sexo afectivas para las mujeres finalmente funcionan y se viven a partir de la idealización, es decir, se esperan formas de actuar

de la pareja, y si no los hace, se espera un cambio y una suerte de sanación y recuperación por parte del hombre para con ellas mismas. En este sentido las mujeres adoptan roles que las ponen al cuidado y disposición de su pareja, mientras que ellos, de manera individual, están a su propio servicio.

Además de esto, las mujeres naturalizan y justifican la infidelidad de un hombre como algo natural en ellos, no obstante ellas no tienen conductas relacionadas a traición amorosa. Este quebrantamiento ellas lo toleran entendiendo que es algo a lo que se acostumbra de manera cultural mientras que la propia sexualidad de las mujeres la ocultan e invisibilizan y, por esto mismo, se relegan a sí mismas al hogar como algo propio de ellas, ya sea realizando labores domésticas, crianza, o bien, esperando la llegada masculina.

Estas apreciaciones socioculturales, emanadas desde la heteronorma y el patriarcado, son cuestionadas por estas mujeres luego de la infección de VIH causada por sus parejas a raíz de una –o varias- infidelidades. Desde esto se pueden obtener las siguientes reflexiones:

- 1) Entran un proceso de subjetivación, donde su propia historia hace que se cuestionen la cultura en la cual estaban inmersas hasta el momento, ya que, a pesar de tener comportamiento que van con la norma establecida, resultan ser sujetos vulnerados con consecuencias en el ámbito de la salud física y mental.
- 2) Los procesos de subjetivación se enmarcan dentro y en relación con la desigualdad de género existente en sus relaciones. Las mujeres cuestionan la forma de concebir una relación en el sentido que *antes de VIH* aceptaban los patrones culturales establecidos, no obstante *post VIH* piensan en sí mismas y en las consecuencias que trajo a sus vidas la desigualdad y los roles de género, es decir, el patriarcado.
- 3) La reflexión que hacen en torno a sus vidas las llevan a concebirse a sí mismas como personas autónomas e individuales, conceptos que antes no relacionaban ya que, al estar en una relación estable esa libertad la perdían. Dejan de lado los roles de género en tanto se asocian a un hombre y prefieren, por tanto, su individualidad priorizando la relación consigo mismas.
- 4) Además de las reflexiones asociadas a la desigualdad de género dentro de las parejas estables, reflexionan sobre como el ser mujeres heterosexuales y al margen de las normas sociales, las alejó de toda información relacionada al VIH/SIDA y otras ITS y solo creyeron en los estigmas sociales asociados a estas infecciones. Esta falta de conocimiento y falta de educación sexual en sus vidas

las llevó, finalmente, a confiar en la estructura patriarcal y en sus parejas, lo que indican, a *grosso modo* como error.

Entonces, se evidencia que *antes del VIH* en sus vidas, estas mujeres estaban sujetas a dispositivos de control a partir de disciplinamiento y control sobre el cuerpo –biopolítico- en tanto discurso patriarcal y heteronorma como formas de contraer experiencias de vida. Luego, *post VIH* tornan una liberación y reflexión ante estas sujeciones, logrando, del algún modo, librarse de estos cánones cambiando el valor y la disposición asociada a elementos como la pareja estable, el ser mujer y los roles de género que adoptarían en otras relaciones sociales, incluyendo las sexo afectivas.

5.3 Riesgo sexual

La percepción de riesgo que se tiene en un primer momento con respecto al VIH/SIDA se enmarca dentro del estigma asociado al mismo por su historial de infecciones relacionado a grupos categóricos (homosexuales, prostitutas, trans). Este imaginario social tiene como consecuencia el distanciamiento de las mujeres con la información referente al virus; las campañas preventivas y la información proveniente de instituciones gubernamentales ayudan a que esto suceda ya que sus programas se dirigen, en su mayoría, a los grupos antes mencionados.

En este sentido, las mujeres sienten la heterosexualidad y la pareja estable como una fuente de protección ante distintas infecciones de transmisión sexual, por lo que no son tema de interés o motivo de preocupación para ellas. La confianza en la pareja y la anticoncepción oral, son medidas suficientes y variables claves para sentir la seguridad necesaria en cuanto a sexualidad y así practicar relaciones coitales sin preservativo.

El disciplinamiento ideológico y la forma de concebir el virus recaen en un control corporal hacia las mujeres en cuanto al cuidado sexual que tienen con sus propios cuerpos. El dispositivo de control sexual actúa, por lo tanto, en pos y a partir de la heteronorma sin considerar los problemas de género que vienen con ella; de esto, dan cuenta las mujeres, luego de la transmisión de VIH a la que fueron sometidas.

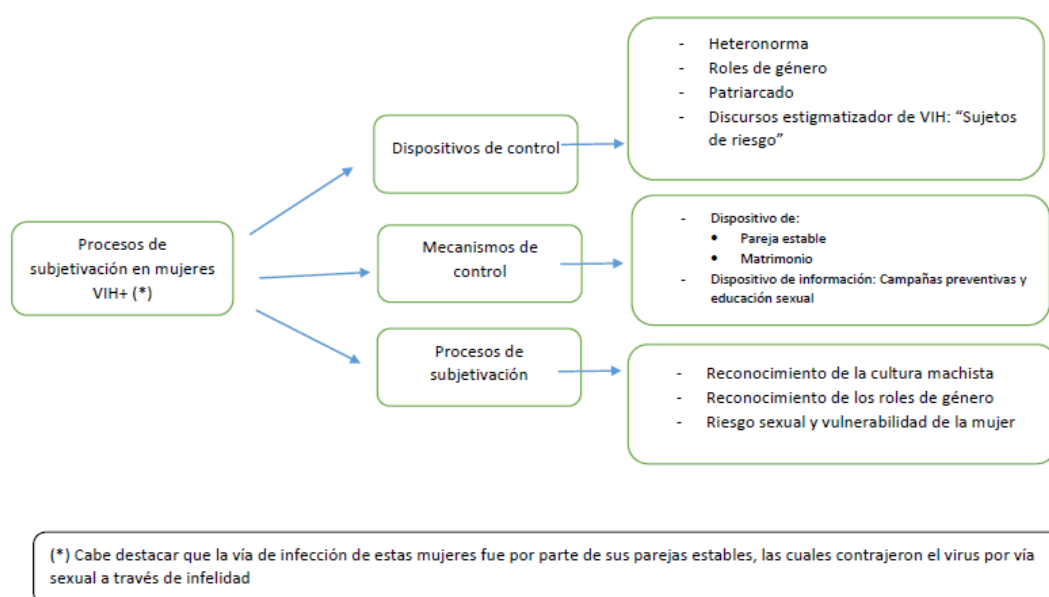
El proceso de subjetivación que las mujeres realizan y desarrollan en torno al riesgo sexual es en cuanto a la vulnerabilidad en la que se encuentra la mujer inmersa en sociedades patriarcales y heteronormadas, donde la sexualidad individual de ellas

está, por una parte a disposición masculina, y por otra, relegada a carencia de educación sexual al no saber ni entender los riesgos sexuales a los cuales se somete.

Esta idea recae en una *responsabilización* propia por parte de las mujeres, entendiendo que ellas fueron las que no se educaron y las que decidieron sumirse bajo este dominio patriarcal, no obstante al mismo tiempo entienden que es un problema estructural, y buscan soluciones a estas problemáticas a través de organizaciones y difusión de información a partir de sus experiencias de vida.

5.4 Nuevas lecturas

A continuación se ofrece un diagrama donde se señalan los componentes de la investigación, esto, como modo de resumen esquematizando los puntos centrales abordados y los resultados y conclusiones obtenidos.



Cuadro 2: Diagrama de resultados. Elaboración propia.

A partir de estos contenidos, se puede afirmar que las hipótesis mencionadas en esta investigación se confirman, en tanto que se puede, por una parte, formular una lectura de los procesos de subjetivación en torno a la desigualdad de género a partir de una coyuntura en la experiencia de vida de estas mujeres. De esto se desprende un análisis disciplinar y bio-político en tanto existe control discursivo y corporal en las entrevistadas, ante todo patriarcal, condicionando la comprensión de la vida social desde estos paradigmas y estigmas sociales, acordando que las relaciones monógamas y heterosexuales son las deseables para no incurrir en riesgos sexuales, no obstante, se actualiza, en esta investigación, esta idea ya que estos casos salen de este esquema social normado, desencadenando en procesos de subjetivación, donde las mujeres interiorizan los preceptos y perfilan una propia reflexión ante su vivencia.

Por otra parte, se entrega una lectura sobre los medios por los cuales se entrega información gubernamental sobre el VIH/SIDA, los cuales actúan como dispositivos de saber/poder/control a través de sus discursos sexuales y estigmatizadores mediante los cual informan a la población y, además, realizan las campañas preventivas estatales. Estos dispositivos omiten información necesaria para resguardar la salud sexual, en específico, de este grupo de mujeres, ocasionando que ocurran infecciones y transmisiones de VIH bajo el modelo que ellos mismos definen como seguro.

Ante esto, y puesto que todo poder es una condición que posibilita una resistencia, es fundamental reconocer que estos propios sujetos encontraron forma de gestionar sus vidas y sus condiciones sociales y simbólicas a partir de su contexto e individualidad.

A partir de la coyuntura ya explicada anteriormente surgen críticas a conciencia por parte de las entrevistadas hacia los dispositivos y mecanismos de control, hacia los discursos hegemónicos sobre la transmisión de VIH y como resultado se obtienen discursos contrahegemónicos, feministas ante todo, y en contra de lo conocido y entendido como parte del patriarcado. Estos modos de resistencia de estas mujeres se enmarcan dentro de la gubernamentalidad mencionada por M. Foucault, por lo tanto son una respuesta directa al modelo dominante entendiendo que las mujeres están en constante subordinación ante el modelo, es decir, es una respuesta firme ante las relaciones de poder que ejerce el modelo a las mujeres.

5.5 Discusión y búsquedas políticas

Considerando que gran parte de la discusión y problemática se centra en la prevención y el riesgo, cuestión no resuelta por los organismos gubernamentales, pese a su esfuerzo realizado, sobre todo ante la elevada cantidad de nuevos casos en Chile; es necesario preguntarse y abordar el siguiente tema:

¿Cómo abordar la serología? ¿Cómo debería ser el modo adecuado, pertinente y exitoso del trabajo de prevención? ¿Dónde y cuándo debería comenzar la educación sexual? Para responder a estas preguntas, primer que todo debe ampliarse la mirada política, y feminista, de la interseccionalidad, es decir, incluir, primero que todo, a la población en su conjunto como se hizo en años anteriores, ya que a partir de esta relación se escuchan las propias voces y creencias de la población, y desde ahí se deben consagrar las iniciativas, entendiendo el contexto, territorio, orientación sexual, identidad sexual, género, es decir, conociendo las especificidades de cada cual.

Sin embargo, y a raíz del análisis realizado en la investigación, se observa que, a partir de las subjetividades desarrolladas, existe una dicotomía entre el Estado y la sociedad civil (en particular los discursos feministas). El discurso oficial hoy en día está cristalizado como una norma, entonces, hay que encontrar los modos de rómpe-la para formularla de otro modo.

El nuevo, principalmente debe abordar interseccionalmente a las mujeres, ya que a partir del género y la desigualdad que conlleva, se comienza la vulneración, la cual se acrecienta al momento de considerar otros factores: como por ejemplo el discurso de riesgo serológico y de ITS a nivel institucional. El poder, en este sentido debe diseminarse, fundamentalmente para oír e integrar nuevas voces, historias y verdades, y del mismo resignificar conceptos como el VIH/SIDA y el de mujer como tal.

6. Referencias bibliográficas

- Baden, S. (2000) *Gender, governance and the feminization of poverty*. En: UNDP: Wome's Political Participation and Good Governance: 21° century Challenges. UNDP.
- Barbosa, R. (1995) *As mulheres, a AIDS e a questao metodológica: desafios*. En: Czeresnia, Dina et al. *Pesquisa social e educaçai*. Ed: HUCITEC y Abrasco, Sao Paulo – Rio de Janeiro
- Blanco, A. et al (2000) *Supuesto teóricos para un modelo psicosocial de las conductas de riesgo*. En Yubero, Santiago: Larrañaga, Elisa (Coords). *SIDA: Una visión multidisciplinar*. Ed: Universidad de Castilla-La Mancha: Cuenca.
- Butler , J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidos.
- Caro Molina, P. (2017). *Desigualdad y transgresión en mujeres rurales chilenas: lecturas desde la interseccionalidad, género y feminismo*. Revista "Psicoperspectivas" vol. 16 n°2: Individuo y Sociedad, Valparaíso; julio. Páginas: 125-137
- Cardona, J. (2017). *Determinación socio-antropológica como elemento consustancial al estudio del VIH/SIDA*. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander "Méd.Uis" vol. 28: páginas 109-115.
- Castells, C. (1996) *Perspectivas feministas en teoría política*. Barcelona, España: Ed. Paidos.
- Cianelli, R., Ferrer, L., Bernal, M., Miner, S., Irrázabal, L., & Molina, Y. (2006). Uso de Sustancias en Mujeres con Desventaja Social: Riesgo para el Contagio de VIH/SIDA. *Horizonte de enfermería*, 17(2), 15–22.
- Crenshaw, K. (1995) *Mapping the margins: Interseccionalidad, identidad política y violencia against women of color* en Crenshaw, K; Cotanda, N; Peller, C; Thomas, K. "Critical race theory. The key writings that formed the movement". Páginas 357-383. New York: The New Press.
- De Beauvoir, S. (1989), *El segundo sexo*, México, Siglo XXI, Alianza.

- DIPRES. (2010). *Informe final de evaluación. Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de Inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y de las infecciones de transmisión sexual (ITS)*. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles141173_informe_final.pdf
- De las Heras Aguilera, S. (2009). *Una aproximación a las teorías feministas*. En "Universitas", revista de Filosofía, Derecho y Política, n° 9, páginas 45 - 82. Madrid: Instituto de derechos humanos Bartolomé de las Casas.
- Despentes, V. (2006) *Teoría King Kong*. 10° ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Literatura Random House.
- Ernia, G, Fleitas, M. & Staffolani, C. (2010) *Programas de salud y género. Mujeres con VIH/SIDA*. En "Revista de Estudios Sociales" vol. 18 n° 35, páginas 276-292. Hermosilla, México: Coordinación de desarrollo regional
- Expósito, C. (2012). *¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España*. Investigaciones Feministas, vol 3, páginas 203-222. Barcelona: Monográfico: Espacios generizados. Disponible en: https://doi.org/10.5209/rev_INFE.2012.v3.41146
- Facio, A; Fries, L. (1999). *Género y Derecho* en Revista "La Morada", página 45. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Ferrer, L; Cianelli, R; Bernales, M. (2009). *VIH y SIDA en Chile: desafíos para su prevención*. En "Temas de la Agenda Pública", Año 4, N° 24. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Flem, I. (2017) *Subjetivación No-Heterosexual en los Marcos del VIH/SIDA: Los flujos de la gubernamentalidad serológica*. Tesis para optar al grado de Magister en Estudios de Género y Cultura, mención en Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- Firestone, S. (1970) *La dialéctica del sexo*. EEUU.
- Foucault, M (1978) *El juego de Michel Foucault*. Revista Diwan, n° 2 y 3. Páginas 171-202.

- Foucault, M. (1996) *Historia de la Sexualidad, Tomo I: "La Voluntad del Saber"*. España: Siglo veintiuno editores.
- Foucault, M. (2003) *Historia de la sexualidad, Tomo II: El uso de los placeres*. España: Siglo veintiuno editores.
- Foucault, M. (2010). *Estética, Ética Y Hermenéutica*. Obras esenciales, volumen III. Barcelona: Paidós.
- Fundación Savia (2011) *Observatorio al Cumplimiento del Estado de Chile a los compromisos de VIH/SIDA desde la perspectiva de los Derechos Humanos*.
- Granados Barco, A. (2016). *En la variedad está el gusto. El feminismo, entre la pluralidad y la reafirmación de los compromisos comunes*. En "Revista CS" n° 18, páginas 85-106. Cali, Colombia: Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Icesi. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18046/recs.i18.1949>
- Gobierno de Chile. (2000). *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual*. Publicación del Gobierno de Chile. Inscripción N° 117.482.
- Goldstein, E. (2019). *Evolución de VIH/SIDA en Chile y países seleccionados de América Latina*. En Biblioteca del Congreso Nacional de Chile - Asesoría Técnica Parlamentaria. [En línea] Disponible en: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27105/2/BCN_VIH_SIDA__en_Chile_y_America_Latina_EG_final.pdf
- Galindo, L. (2008) *Los roles de género en la distribución de trabajo en familias homosexuales y en familias homo parentales de hombres en la ciudad de México*. En Revista de estudios de género "La ventana" n° 48, páginas 48-91. México: Universidad de Guadalajara.
- García-Prince, E. (2013) *¿Qué es género? Conceptos básicos*. Material pedagógico. México: FLACSO.
- Geertz, C. (1983). Thick description: Toward an interpretive theory of culture. Emerson R.M. (ed.) *Contemporary Field Research*. Boston: Brown, 37-59.
- Guevara, Y. & Hoyos P. (2018) *Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH*. En Revista "Psicogente" vol. 21, páginas 127-139. Disponible en <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2827>

- Haraway, D. (1995) *Conocimientos Situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial*. En “Ciencia, ciborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza”. Madrid: Cátedra.
- Harding, S. (1998) *¿Existe un método feminista? Debates en torno a una metodología feminista*. México: UNAM.
- Herrera Ponce, M. (2006) *Proyectos familiares y de pareja entre los jóvenes de Santiago de Chile*. En Revista “Última Década” n° 25, páginas 43-64. Valparaíso.
- Infosida. (2018) *Afecciones relacionadas con el VIH/SIDA: ¿Qué es una infección oportunista?* Recuperado de Infosida el 23 de Abril de 2019 en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/26/86/-que-es-una-infeccion-oportunista>
- Isapres de Chile (2018) *Informa VIH/SIDA: Cobertura Ges y estadísticas*. En página web de Isapres de Chile: <https://www.isapre.cl/PDF/2018.11%20Informe%20VIH.pdf>
- Krause, P. (2011). *La Percepción Social de VIH/SIDA en Chile y sus Efectos*. En “Programa de Salud pública, medicina tradicional y empoderamiento comunitario”, página 29. Santiago, Chile.
- Lampert, M. (2019). *Programas de VIH/SIDA: 1990-2000*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile - Asesoría Técnica Parlamentaria. [En línea] Disponible en: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27411/1/BCN__1990__2000_programas_de_prevenccion_y_tratamiento_del_VIHSIDA_FINAL.pdf
- Lampert, M. (2019). *Programas de VIH/SIDA: 2000-2010*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile - Asesoría Técnica Parlamentaria. [En línea] Disponible en: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27410/1/BCN__2000__2010_programas_prevenccion_y_tratamiento_VIH_SIDA_FINAL.pdf
- Lampert, M. (2019). *Programas de VIH/SIDA 2010-2018*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile - Asesoría Técnica Parlamentaria. [En línea] Disponible en: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27412/1/BCN__2010__2018_programas_prevenccion_tratamiento_VIHSIDA_final.pdf
- Lamas, M. (1996) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Programa de estudios de género UNAM.

- Lonzi, C. (1971) *Escupamos sobre Hegel y otros escritos*. Traducido al castellano en Buenos Aires: La Práyade.
- Martina, R. (1992) *SIDA: El riesgo de ignorar*. En “Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer: Mujer y SIDA”. Jornadas 1212 en El Colegio de México. México D.F.
- MINSAL. (2013). *Informe nacional “Evolución VIH/SIDA, Chile 1984-2012*. Departamento de epidemiología, División de planificación Sanitaria, MINSAL, Chile.
- MINSAL. (2019) *Orientaciones Técnicas: Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) a la Infección por VIH*. Departamento “Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA e ITS”, MINSAL. Chile.
- MINSAL. (2014). *Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS*. Departamento de VIH/SIDA/ITS, MINSAL, Chile.
- Meruane, L. (2012). *Viajes Virales*. Chile: Fondo de Cultura Económica.
- Moreno, C. & Schellman, M, (2012) *La construcción femenina del riesgo sexual para el VIH/SIDA: Estudio exploratorio desde un enfoque biográfico y una perspectiva de género en mujeres seropositivas*. Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile.
- Monserate, F. (2019) *Estereotipos de género: Perspectivas en profesionales artesanales de Portugal*. En Revista de Estudios Feministas, vol 27, n°2. Florianópolis. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2019000200221
- Muñiz Terra, L. (2019). *Aproximaciones a las desigualdades de género en Argentina: un estudio de la conciliación familia-trabajo en el sector petrolero*. En Revista “Colombiana de Sociología” vol. 42, páginas 251-270. Disponible en: [10.15446/rcs.v42n1.68755](https://doi.org/10.15446/rcs.v42n1.68755)
- Núñez, D. (2018). *Significativo aumento de VIH en Chile ¿Un problema de prevención o un cambio cultural?* [En línea] Disponible en: <https://otdchile.org/wp-content/uploads/2018/08/Significativo-aumento-de-VIH-en-Chile.pdf>

ONUSIDA (2018) *Estadísticas Mundiales Sobre el VIH de 2017*. Hoja informativa. Recuperado el 15 de Abril de 2019 en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

ONUSIDA (2019) *Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2018*. Hoja informativa. Recuperado el 20 de Marzo de 2020 del sitio web: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

ONUSIDA (2008) *Informe sobre la epidemia mundial de sida*.

PNUD. (2010). *Desarrollo humano en Chile. Género: Los desafíos de la igualdad*. Santiago, Chile. [En línea] Disponible en: http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/01/genero_desafios_igualdad.pdf

Pheterson, G. (1996) *A vindication of the rights of whores* en "Teoría King Kong". 10° ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Literatura Random House.

Pateman, C. (1995) *El contrato Sexual*. Barcelona: Ed. Anthropos.

QuieroPrEP (2019) *¿Qué es la PrEP?* Recuperado el 20 de Marzo de 2020 del sitio web: <https://www.quieroprep.org/que-es-la-prep>

Quintal, R. & Vera, L. (2014) *Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diada migración y VIH/SIDA entre mujeres mayas de Yucatán*. Centro de investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi". Universidad Autónoma de Yucatán.

Rich, A. (1985) *La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana*. En Revista "Feminista Nosotras que nos queremos tanto", vol.3, Madrid.

Rubin, G. (1996) *El intercambio de mujeres. Notas sobre la economía política del sexo*, en Lamas, M. "El género: la construcción cultural de la diferencia sexual" pp: 35-96. México: Porrúa.

Rubio Castro, A. (1990). *El feminismo de la diferencia: Los argumentos de una igualdad compleja*. En Revista de Estudios Políticos (Nueva época) n°70, páginas 185-207. Madrid: CEPC.

Rich, A. (1985). *La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana*. En Revista Feminista "Nosotras que nos queremos tanto" vol. 3. Madrid, España.

- Sepúlveda, M. A. (2008). *Autopercepción de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA en estudiantes mujeres de la Universidad de Chile*. (Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura en América Latina, mención en Humanidades). Universidad de Chile, Chile.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación. La búsqueda de significados*. España: Paidós.
- Vázquez Sixto, F. (1994) *El análisis de contenido categorial: el análisis temático*. Unitat de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Villela, W. (1998) *Refletindo sobre a negociacao sexual como estratégia de prevenáo das Aids entre as mulheres*. Brasil: Ed. Rio de Janeiro.
- Weeks, J. (1995): *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*. Traducido por Alberto Magnet. Madrid: Talasa Ed. S.L.
- Vasilachis, I, et al. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Wittig, M. (2010). *El pensamiento heterosexual*. España: Editorial Egales.

Anexos

ANEXO 1

Campaña preventiva VIH año 2005



ANEXO 2

Datos regionales de 2018

Región	Personas que viven con el VIH 2018	Nuevas infecciones por el VIH 2018			Muertes relacionadas con el sida 2018	Personas con acceso al tratamiento 2018
		Total	Más de 15 años	Hasta 14 años		
África Oriental y Meridional	20,6 millones [18,2 millones–23,2 millones]	800 000 [620 000–1,0 millón]	710 000 [550 000–940 000]	84 000 [57 000–140 000]	310 000 [230 000–400 000]	13,8 millones [12,1 millones–14,3 millones]
Asia y el Pacífico	5,9 millones [5,1 millones–7,1 millones]	310 000 [270 000–380 000]	300 000 [260 000–360 000]	12 000 [9800–18 000]	200 000 [160 000–290 000]	3,2 millones [2,8 millones–3,3 millones]
África Occidental y Central	5,0 millones [4,0 millones–6,3 millones]	280 000 [180 000–420 000]	220 000 [140 000–340 000]	58 000 [36 000–87 000]	160 000 [110 000–230 000]	2,6 millones [2,2 millones–2,7 millones]
América Latina	1,9 millones [1,6 millones–2,4 millones]	100 000 [79 000–130 000]	100 000 [77 000–130 000]	3100 [2100–4600]	35 000 [25 000–46 000]	1,2 millones [1,1 millones–1,3 millones]
El Caribe	340 000 [290 000–390 000]	16 000 [11 000–24 000]	15 000 [10 000–22 000]	1100 [660–1500]	6700 [5100–9100]	187 000 [164 000–194 000]
Oriente Medio y África Septentrional	240 000 [160 000–390 000]	20 000 [8500–40 000]	18 000 [7700–37 000]	1500 [710–2 800]	8400 [4800–14 000]	78 800 [69 400–82 000]
Europa Oriental y Asia Central	1,7 millones [1,5 millones–1,9 millones]	150 000 [140 000–160 000]	150 000 [130 000–160 000]	—*	38 000 [28 000–48 000]	648 000 [571 000–674 000]
Europa Occidental y Central, y América del Norte	2,2 millones [1,9 millones–2,4 millones]	68 000 [58 000–77 000]	68 000 [58 000–77 000]	—*	13 000 [9400–16 000]	1,7 millones [1,5 millones–1,8 millones]
Totales mundiales	37,9 millones [32,7 millones–44,0 millones]	1,7 millones [1,4 millones–2,3 millones]	1,6 millones [1,2 millones–2,1 millones]	160 000 [110 000–260 000]	770 000 [570 000–1,1 millones]	23,3 millones [20,5 millones–24,3 millones]

* Las estimaciones relativas a los niños no están publicadas dado que las cifras son bajas.

Datos por regiones a nivel mundial del año 2018 con respecto al VIH
ONUSIDA, Hoja informativa 2019 – Día mundial del SIDA.

ANEXO 3

Tabla

Casos de VIH según vía de exposición, quinquenio y sexo. Chile 1987 – 2006

Vía de exposición	1897-1991		1992-1996		1997-2001		2002-2006		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mujeres										
Homosexual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bisexual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Heterosexual	50	82,2	212	86,5	542	92,2	781	92,6	1.582	91,2
Hombres										
Homosexual	208	53,5	683	54,1	1.469	58,9	1.968	57,8	4.328	57,3
Bisexual	74	19,0	188	14,9	340	13,6	437	12,8	1.039	13,8
Heterosexual	60	15,4	238	18,9	517	20,7	833	24,5	1.648	21,8

Ministerio de Salud, CONASIDA. Informe preliminar a diciembre 2003. En: Resumen Epidemiológico de VIH/SIDA, Santiago, diciembre, 2003.

En esta tabla se aprecia que la principal vía de transmisión para una mujer es un hombre, es decir, mediante vía de exposición heterosexual (91,2%) mientras que para los hombres la principal vía de exposición es la homosexual (57,3%), no obstante la vía heterosexual para hombre mantiene un aumento sostenido en el tiempo.

Se puede concluir que las mujeres heterosexuales están en riesgo por sus propias parejas, sin siquiera sospecharlo, y esto sigue siendo un problema no resuelto en nuestro país. “El sexo protegido es visto como algo innecesario por las mujeres que están en uniones monógamas, reforzando las condiciones de vulnerabilidad que venimos exponiendo” (Sepúlveda, 2008: 55)

ANEXO 4



IX Campaña Nacional de Prevención del VIH/SIDA – Chile, 2007 (video)

En este video extraído del canal YouTube (<https://www.youtube.com/watch?v=7aCXrOyji0k>) se puede ver como las únicas salidas que se mencionan hacia el VIH es el condón, abstinencia sexual y matrimonio heterosexual aludiendo a la fidelidad moral y al respeto a la institución de la familia.

ANEXO 4

Matriz de entrevista:

Objetivo	Concepto/categoría	Preguntas
<p>Caracterización social</p>	<p>Presentación, consentimiento y datos personales</p>	<p>Holas Buenos días/tardes. Mi nombre es Sujey Duarte soy estudiante de Sociología de la Universidad de Valparaíso. Actualmente estoy trabajando en una investigación la cual vendría a ser mi tesis de pre-grado y trata sobre los procesos de subjetivación en torno a la desigualdad de género en mujeres portadoras de VIH cuya vía de contagio fueron sus parejas hombres sexo-afectivos de la época.</p> <p>La idea es poder conocer distintas subjetividades, es decir, distintas vivencias y opiniones sobre el tema con el fin de desarrollar una mirada feminista sobre el VIH y avanzar en una crítica al sistema preventivo del virus.</p> <p>En este sentido siéntase en la libertad de compartir sus ideas en profundidad ya que este estudio es seguro y libre de prejuicios. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas solo subjetividades.</p> <p>Cabe aclarar que la información es solo para realizar este estudio investigativo, sus respuestas serán analizadas en conjunto con otras de manera anónima y en ningún momento se identificará a cada participante.</p> <p>Para agilizar la toma de información se va a utilizar una grabadora ya que al tomar notas con papel y lápiz muchas veces se pierde información relevante, ¿Hay algún inconveniente en que se grabe esta entrevista?</p> <p>Desde ya muchas gracias por su tiempo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es su nombre? • ¿Cuál es su edad?
	<p>GSE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué comuna de Santiago vive? • ¿Cuál es su país de nacimiento? • ¿Cuál es su nivel educativo? ¿Hasta qué curso llegó y por qué? • ¿Cuál es su ocupación? • ¿Tiene hijos? ¿Cuántos? • ¿Es usted la que solventa económicamente a su familia? • ¿Es usted la persona encargada del cuidado de la familia?
<p>Objetivo General:</p> <p>Analizar los procesos de subjetivación en torno a la desigualdad de género en mujeres seropositivas mayores de 15 años luego de enterarse que cuyas parejas estables sexo-</p>	<p>VIH/SIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hace cuánto vive con VIH? • ¿Hace cuánto tiempo sabe que tiene VIH? • ¿Su pareja le contó que él era portador de VIH? Si su respuesta es no, ¿cómo se enteró? • ¿Cómo se enteró de que usted es portadora de VIH?

afectivas (hombres) fueron la vía de contagio de VIH en Santiago de Chile		<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo fue su reacción al enterarse de que es portadora de VIH? ¿Qué sintió?
	Sobre la Terapia Antiretroviral (TARV)	<ul style="list-style-type: none"> Luego de enterarse de su condición, ¿comenzó de manera inmediata a realizar el tratamiento de terapia antirretroviral? Comente su experiencia con TARV
	Sobre la relación	<ul style="list-style-type: none"> ¿Usted se sentía en una relación estable? ¿Cuánto tiempo duró esa relación? ¿Qué significaba para usted estar en una relación sexoafectiva? Explique las características de una relación sexoafectiva para usted. ¿Usted convivía con esta persona? En caso de vivir con la persona, ¿quién entregaba el sustento económico al hogar? ¿por qué se decidió de ese modo?
Objetivo Específico 1 Identificar las prácticas de desigualdad de género dentro de las relaciones sexoafectivas de estas mujeres.	Sobre la desigualdad de género	<ul style="list-style-type: none"> ¿Dentro de esa relación sexo afectiva cuál cree que era su rol y cuál era el rol de su pareja? ¿Por qué? ¿Su pareja estable era informal o estaban casados? ¿Tenían proyectos? ¿Cuáles? ¿Cuál sentía que era el rol de usted como mujer en esa relación? ¿Ha cambiado esa concepción en los últimos años? ¿Cuál era el rol de su pareja en la relación? ¿Hoy en día cuál cree que es el rol de una pareja para con usted? ¿Compartían con más personas, amigos, familiares, etc.? ¿Quién salía más? ¿Compartía una vida nocturna con su pareja? ¿Se sentía una persona libre y autónoma en esa relación? ¿Quién considera que tenía más libertad? ¿Por qué? ¿Tenía miedo de salir sola? Si la respuesta es Sí, ¿por qué? En caso de tener hijos ¿Quién se hacía responsable de ellos en más profundidad? ¿Quién estaba a cargo de los quehaceres del hogar en mayor profundidad?
Objetivo Específico 2 Categorizar los procesos de subjetivación en		Ahora bien, quería preguntarle sobre su vida, pensamientos y sentires luego de que conociera tanto para usted como para su pareja el estado seropositivo.

<p>torno a la desigualdad de género en estas mujeres luego de conocer que la vía de transmisión al VIH fueron sus parejas estables sexo afectivas de la época</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Podría describir lo que sintió y como fue el proceso en el que supo que era seropositiva. • En cuanto a la relación sexo afectiva que tenía, ¿en que quedó? Podría comentar la situación • ¿Siente que la forma de construir una relación sexo afectiva cambio para usted? ¿En qué sentido? • ¿Le da alguna explicación a la situación actual de usted tiene? Comente • Comente su experiencia como mujer en esta situación. ¿Siente que ser mujer le jugó en contra y que influye en el hecho de ser seropositiva en la actualidad?
<p>Objetivo específico 3 Describir los procesos de subjetivación de estas mujeres en torno al riesgo y estigma asociado al VIH Y SIDA</p>		<p>Ahora pasamos a la última parte de la entrevista en la cual le quiero preguntar sobre el riesgo, estigma y las campañas preventivas que usted ha visto a lo largo de su vida, es decir, antes y después de enterarse de ser seropositiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted tenía una vida en pareja, ¿pensó alguna vez en su vida que con ese estilo de vida –en pareja estable- podía contraer VIH? • ¿Alguna vez se sintió identificada con alguna campaña sobre el VIH y Sida? Comente. • ¿Cuál era su percepción sobre el virus antes de ser seropositiva y en cómo ha cambiado esa percepción?