Rita Cloet

"Nunca pensé que esto me podía pasar a mi"

VIH/SIDA y género en el Ecuador

VIH/SIDA Y GÉNERO EN EL ECUADOR

Créditos

Investigación y Redacción:
Rita Cloet

Corrección:
Mauro Larrea P.

Diseño y diagramación
Oxigenio

Tiraje de la primera edición: 1000 ejemplares
Impreso en Quito, Ecuador
Noviembre 2006

Prólogo

"Nunca pensé que esto me podía pasar a mi" fue una expresión frecuente en las entrevistas que sustentan este documento. Las personas que me contaron, sus experiencias, sus anhelos y sus decepciones nunca pensaron que algún día el VIH/SIDA les camibiaría su vida tan radicalmente.

En la búsqueda de las causas de este hecho, me he encontrado con personas que han reflexionado sobre su vida, sus relaciones de parejea, su historia familiar, su entorno...

Agradezco a todas las mujeres y los hombres que han participado en esta investigación y que me han dejado conocer aspectos muy intimos de sus vidas, con el objetivo de que sus historias ayuden a que otras personas no corran la misma suerte.

La investigación buscó la relación entre los patrones culturales de género y la infección por VIH, me había dado cuenta, que se comprende poco sobre lo que implica las relaciones de género en la vida diaria de las personas. Con este texto espero aportar a una comprensión mas clara de esta dimensión en la vida de todos nosotros y de como influye en la propagación del VIH/SIDA en el Ecuador.

En el trabajo de respuesta al VIH/SIDA las recetas teóricas quedan pequeñas ante la complejidad de la vida de los seres humanos con sus pasiones, amores y desamores; ideas, juicios y prejuicios; miedos y aventuras. No hay un ABC que se ajuste a la riqueza y complejidad de las relaciones humanas. Los retos para la prevención del VIH/SIDA son grandes y requieren de mucha apertura y respeto pero también de creatividad, vitalidad y sentido de humor.

Falta mucho por conocer y este trabajo solo recorre una pequeña parte del panorama de estas historias humanas tan complejas, tan llenas de dolor y esperanza.

Gracias a todas las personas que me han apoyado para realizar este libro.

Rita Cloet
Agosto 2006
Quito, Ecuador

Introducción

América Latina, como otras regiones del mundo, esta enfrentando un fenómeno nuevo y muy complejo: la epidemia del VIH. Esta epidemia está cuestionando las maneras prevalecientes de entender la salud y el desarrollo humano en nuestra sociedad. Así, la epidemia del VIH esta afectando a nuestros países no solo en los ámbitos propios de salud pública sino, también, en el ámbito social, económico y humano en general. No obstante, las respuestas al VIH/SIDA hasta ahora establecidas en la región apuntan mayormente a la infección y no a la epidemia del VIH. La respuesta a la infección por VIH se ha situado mayormente en el ámbito de la salud: acceso a tratamiento, medicación, mejoramiento de los servicios de salud, control y vigilancia epidemiológica, etc. Una respuesta a la epidemia necesariamente debe plantear, explorar y discutir temas conceptuales, políticos, y éticos relacionados con la movilidad de la población; derechos humanos, riqueza vs. pobreza, aspectos culturales y relaciones de género, por nombrar algunos.

Enfrentar al VIH y al SIDA desde una perspectiva del desarrollo humano demanda y exige de todos nosotros un cambio en nuestra forma de percibir el VIH o el SIDA, de tal forma que podamos fortalecer nuestras destrezas para trabajar en pro de una respuesta integrada a la infección y a la epidemia del VIH con nuevos conocimientos y propuestas políticas.

El trabajo de Rita Cloet forma parte de un importante esfuerzo en la región para comprender la epidemia del VIH y superar nuestra visión, hasta ahora mayormente médica o biomédica. A través de un análisis cualitativo y cuantitativo, incluyendo entrevistas y un diálogo con un amplio sector de personas afectadas por la infección y la epidemia del VIH, Rita nos invita a ver las implicaciones del VIH-SIDA en Ecuador y las actuales relaciones de género en el país, de cómo estas relaciones de género fomentan la diseminación del VIH. Rita demuestra que existe un consenso tácito en las estrategias de prevención de no tomar suficientemente en cuenta la masculinidad para fomentar cambios de comportamiento en los jóvenes, así como la "construcción de lo femenino y de la sexualidad femenina" impide el empoderamiento de la mujer para ejercer su sexualidad.

Existe un consenso creciente en la región de responder tanto a la infección por VIH con mayores y mejores tratamientos médicos, acceso al uso de preservativos y medicamentos para las Personas Viviendo con VIH o SIDA, como a las poblaciones en riesgo de contraer el VIH como es la juventud. Pero también existe una sensación de urgencia, asociada a la necesidad de trabajar en la prevención de la infección por VIH y de la epidemia del VIH con una perspectiva de género. Ecuador no es ajeno a esta necesidad imperiosa.

En este sentido, existe todavía en Ecuador una necesidad apremiante para explorar e identificar más a fondo las estrategias que la mujer y el hombre necesitan para responder eficazmente tanto a la infección por VIH como a la epidemia del VIH. Por ello, deben continuarse los esfuerzos nacionales para enriquecer las repuestas a la infección por VIH y aunar esfuerzos para implementar también una respuesta a la epidemia del VIH que fortalezca la acción colectiva de las mujeres ecuatorianas y modifique la conducta masculina.

Rita nos hace mirar en esa dirección, identificando las relaciones de genero en el centro del análisis del VIH-SIDA en Ecuador; ubicando a la mujer y el hombre justo en el lugar que los pone en mayor riesgo de infección por VIH; abriendo caminos para un respuesta a la epidemia del VIH con una perspectiva de genero.

Néstor Arias
Asesor Regional de Políticas sobre VIH-SIDA
América Latina y el Caribe,
PNUD.

ÍNDICE

1. RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo de investigación fue motivado por la preocupación que ha generado la creciente infección de VIH/SIDA entre las mujeres, principalmente "amas de casa" del Ecuador.

La hipótesis de partida fue que esta realidad tiene directa relación con los patrones culturales de género existentes en el país, los cuales hacen más vulnerable a ese grupo poblacional.

Para la investigación se realizaron entrevistas semi-estructuradas con 11 mujeres y 10 hombres viviendo con VIH/SIDA de las ciudades de Quito y Guayaquil. Además se mantuvieron entrevistas con cinco consejeros que se dedican a apoyar psicológicamente a personas VIH positivas en Quito, Cuenca y Guayaquil. A través de estas entrevistas se logró obtener información sobre un universo de alrededor de 900 personas que viven con VIH/SIDA.

Por medio de las entrevistas directas, a las personas viviendo con VIH/SIDA, este estudio recogió información sobre el contexto familiar, la educación sexual, las primeras experiencias sexuales y las relaciones de pareja. Tambien profundizó sobre creencias y esquemas mentales relacionados con el orden de género. Adicionalmente, las entrevistas a consejeros permitieron recoger datos sobre prácticas sexuales, tendencias, patrones de género, así como obtener una visión más amplia sobre la epidemia y los retos para la prevención.

En forma paralela, este trabajo comparó la información recolectada con otras fuentes de información, tanto nacionales como internacionales.

Mediante este proceso de investigación se demuestra como el machismo y la construcción de la masculinidad y feminidad constituyen factores determinantes de vulnerabilidad de hombres y mujeres ante la infección por VIH/SIDA. En los capítulos 6 y 7 profundizamos en los retos que este hecho plantea para la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA en el país.

2. INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA – Historia y Contexto

El origen del VIH/SIDA se remonta a 1980. A partir de este año se detectaron en EEUU varios casos de personas con infecciones no comunes, o con un tipo de cáncer no muy común entre hombres jóvenes[1]. Al poco tiempo quedó claro que se trataba de una nueva enfermedad contagiosa y mortal. Los científicos inicialmente establecieron la relación entre la infección y ciertas prácticas sexuales, predominantemente ligadas a la penetración anal. Luego se detectaron casos de la misma enfermedad en usuarios de drogas intravenosas, y aparecieron otros casos relacionados con transfusiones de sangre en recién nacidos y sus madres.

Así, los científicos establecieron que la infección se debía relacionar con el intercambio de los fluidos corporales como sangre, semen, fluidos vaginales, y que todas las practicas sexuales, sean entre hombres[2] o entre heterosexuales, llevaban en sí el riesgo de la infección. En 1983 un equipo de científicos franceses descubrió cuál era el virus causante de la devastadora enfermedad que fue bautizado como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Por su acción en el cuerpo humano, el VIH destroza paulatinamente el sistema inmunológico y da paso a un conjunto de enfermedades oportunistas en el cuerpo, como hongos, infecciones respiratorias, ciertos tipos de cáncer, tuberculosis, enfermedades de la piel, demencia temprana, etc. Esta etapa de la enfermedad se denomina Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA). Una vez determinado de qué virus se trata y en que consiste el SIDA los científicos pudieron relacionar el VIH/SIDA con muchas enfermedades y muertes inexplicables en ciertas regiones de África, que se habían reportado ya antes de 1981[3].

Desde 1980 hasta diciembre de 2005, según estimaciones de ONUSIDA[4], existen 40 millones de personas infectadas por VIH/SIDA en el mundo, a lo que se suma la muerte de 25 millones de personas a causa del virus hasta la fecha. Sólo en 2005 alrededor de 3 millones de personas fallecieron a causa del SIDA. Se estima que en el mundo, cada día se infectan con el virus 14.000 personas y de ellas 6.000 tienen entre los 15 y 24 años de edad.

La epidemia del SIDA está presente en todos los países del mundo, no hay país que escape a la epidemia. No obstante existen diferencias muy grandes entre países en el perfil de la epidemia. Para mucha gente, África es el continente del SIDA, pero una

1 Un cáncer que apareció con la epidemia del VIH/SIDA es el Sarcoma de Kaposi, cáncer agresivo y doloroso que hasta los años '80 existía solo en hombres mayores en Sicilia y ciertos lugares de Grecia y África. Este cáncer provoca lesiones de color púrpura en la piel y también provoca lesiones internas en el cuerpo humano.
2 Las relaciones sexuales entre hombres, sean estos por orientación sexual – que es el caso de los hombres homosexuales o gays -, sea por causas temporales como el aislamiento entre hombres en los ejércitos y los cárceles, o en situaciones de trabajo entre hombres por ejemplo en barcos pesqueros, campamentos petroleros o entre jóvenes que experimentan con su sexualidad, se han denominado prácticas de Hombres que tienen Sexo con Hombres o HSH. También incluye los hombres que tienen relaciones sexuales con travestís, y se emplea para definir hombres que se consideran heterosexuales pero que tienen relaciones eventuales con otros hombres.
3 Shilts Randy, *And the band played on. Politics, people and the aids epidemic*, New York, 1987.
4 UNAIDS, Informe 2005 www.unaids.org, Resumen mundial de la epidemia.

mirada más atenta nos muestra gran diversidad en el tipo e impacto de la epidemia entre países africanos. Por ejemplo, en 2003, países del sur de África estaban gravemente afectados, como el caso de Botswana con una prevalencia[5] del 37% entre mujeres embarazadas y África del Sur con una prevalencia del 26.5% también en las mujeres embarazadas. En la actualidad, Uganda, Kenya, Rwanda y Congo viven verdaderas tragedias humanas por la perdida de vidas por el VIH/SIDA.

En cambio, países del Norte de África y del Oriente Medio como Egipto, Marruecos, Túnez, Arabia Saudita, etc., tienen epidemias mucho menores. Las razones para estas diferencias son variadas y van desde causas biológicas, como la circuncisión de los hombres con su efecto protector contra enfermedades de transmisión sexual, el hecho de que dentro del Islam las relaciones sexuales entre hombres son prohibidas y castigadas severamente, a más del severo castigo que existe sobre la infidelidad. Aunque estos factores contribuyen a disminuir la epidemia en esta región de África se debe advertir que se han encontrado indicios sobre debilidades en los sistemas de vigilancia epidemiológica que impiden conocer la realidad del VIH/SIDA en estos países.

La situación del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe

En América Latina más de 1.8 millones de personas están viviendo con el VIH. Se estima que el 0.4% de las mujeres y el 0.6% de los varones de la población de 15 a 24 años vivían con el VIH a finales de 2005[6].

En América Latina y el Caribe, Bahamas, Haití y Trinidad y Tobago tienen epidemias con una prevalencia por encima del 3%. Haití tiene una prevalencia del 5.6%. En América del Sur, Brasil es el país con más personas viviendo con VIH/SIDA de la región pero con una prevalencia menor al 1%. Sin embargo, en ciertos grupos, como los consumidores de drogas intravenosas, la prevalencia es del 60% en algunas ciudades brasileñas.

En otros países de la región, los niveles de infección entre hombres que tienen sexo con hombres son muy altos y oscilan entre el 9% en Nicaragua y el 18% en El Salvador.

Tres países andinos, Perú, Bolivia y Ecuador, tienen epidemias relativamente pequeñas, aunque se ha encontrado indicios de un rápido crecimiento y una concentración en ciertos grupos poblacionales, especialmente en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH)[7]. Un estudio efectuado en 24 ciudades peruanas detectó que el 44% de los varones entre 18 y 29 años dijo que pagaba por tener relaciones sexuales; de ellos el 45% no siempre utilizaba preservativos y el 12% indicó que había tenido relaciones sexuales con otros varones. De los HSH en Perú, el 87% también tiene relaciones con mujeres; usan pocas veces preservativos y tienen elevados niveles de infecciones de transmisión sexual, como sífilis y herpes. La prevalencia de VIH en este grupo de HSH oscila entre el 12% en Iquitos y el 22% en Lima.[8] Según este informe de ONUSIDA, *otras investigaciones señalan que patrones similares de transmisión del VIH podrían ser factores significativos en las epidemias que experimentan diferentes países de la región.*

5 Prevalencia: un concepto epidemiológico que representa el número de casos acumulados en la población a partir de una fecha determinada.
6 UNAIDS. Informe 2004 y 2005 www.unaids.org. Estos datos son promedios para la región.
7 Ver tambie´n nota de pie 2

Para Ecuador, ONUSIDA indica como factores que aportan a la propagación del VIH, "el inicio precoz de la actividad sexual y las bajas tasas de uso de preservativos. Dos estudios recientes pusieron de manifiesto una prevalencia del VIH del 12-14% y del 21% entre varones que tenían relaciones sexuales con varones en Quito y Guayaquil, respectivamente"[9].

Tendencias comunes de la epidemia

La epidemia del VIH/SIDA como tal ha tenido patrones parecidos en su desarrollo en muchos países. La epidemia estuvo concentrada al inicio en poblaciones específicas, como en hombres que tienen sexo con hombres y en trabajadoras sexuales. Muchas veces se dieron los primeros casos en la clase alta, para luego avanzar a los demás estratos sociales y a la población heterosexual: primero a los hombres y luego a las mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Actualmente en varios países africanos el 60% de nuevas infecciones se detectan en mujeres. De los y las adolescentes infectadas, el 75% son mujeres[10]. Esta nueva realidad de la epidemia tiene efectos muy graves en la vida de las comunidades: causa empobrecimiento acelerado, perdida de conocimientos ancestrales, debilita las estructuras sociales-familiares y tiene consecuencias en la economía de los países. El hecho de que más mujeres están infectados que hombres implica impactos aún más profundos en muchos de los efectos mencionados, ya que en la mayoría de las culturas las mujeres sostienen las familias, las economías y guardan los conocimientos ancestrales.

Pocos países han logrado frenar el avance de la epidemia. En EEUU y Europa occidental, la epidemia se desaceleró muy visiblemente en los años noventa, gracias a campañas intensivas de prevención dirigidas a grupos específicos con conductas de riesgo, como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los consumidores de drogas intravenosas, las trabajadores sexuales (TS) y los y las adolescentes. Los programas de educación sexual para niños, niñas y adolescentes a través de programas regulares del sistema educativo, combinados con la discusión abierta en los medios de comunicación y el acceso generalizado a preservativos y servicios de salud sexual y reproductiva han sido parte del éxito. A partir del año 1998 se advirtió una nueva tendencia a infecciones en adolescentes, jóvenes y en la población HSH, tanto en Europa como en EEUU. Existen varias explicaciones al respecto, entre otras, que las nuevas generaciones de jóvenes no recibieron la prevención tan intensamente como la anterior; que existe cierto cansancio con el uso de preservativos en las relaciones sexuales, especialmente en la población gay; que la existencia del tratamiento con anti-retrovirales hace menos temible la posible infección o que la concepción del 'riesgo' está cambiando en los jóvenes.

En EEUU existe actualmente una nueva alerta por la rápida expansión de VIH/SIDA en ciertos grupos poblacionales, especialmente en la población afro americana y la población hispana, y dentro de ellos en las mujeres.

Entre los países en vías de desarrollo, Cuba, Brasil, Tailandia y Uganda son los que han logrado estabilizar o disminuir el número de nuevas infecciones con estrategias de preven-

8 UNAIDS, Informe 2004 www.unaids.org Capitulo América Latina p.58
9 UNAIDS. Informe 2004 www.unaids.org
10 UNAIDS. Informe 2004 www.unaids.org

ción combinadas. Pero, en gran medida, deben su logro a la voluntad política al más alto nivel que se traduce en la posibilidad de hablar de la sexualidad sin tabúes, la existencia de programas masivos de prevención que promueven el uso de preservativos, a lo que se suma el acceso masivo a la prueba voluntaria, consejería y a terapias integrales

La situación del VIH/SIDA en el Ecuador

Los primeros casos de VIH/SIDA en Ecuador fueron reportados en 1984: cinco hombres y tres mujeres. Cada año fueron reportándose más: en 1994 fueron 224 casos nuevos y en 2005 fueron reportados al Ministerio de Salud Pública (MSP) 1.472 casos nuevos en adultos, sumando además 67 niños y niñas menores de 15 años. La cifra total se elevó a 1.539 nuevos casos. En total, desde 1.984 hasta diciembre 2005, el país ha registrado 7.769 adultos infectados y además desde 2002 se tiene registro de 277 niños y niñas menores de 15 años.

El siguiente gráfico del Programa Nacional de VIH/SIDA muestra el crecimiento del VIH, el SIDA y el número de personas fallecidas. A partir de 2002 se observa un descenso en el número de fallecidos por el suministro de anti-retrovirales por parte del MSP.

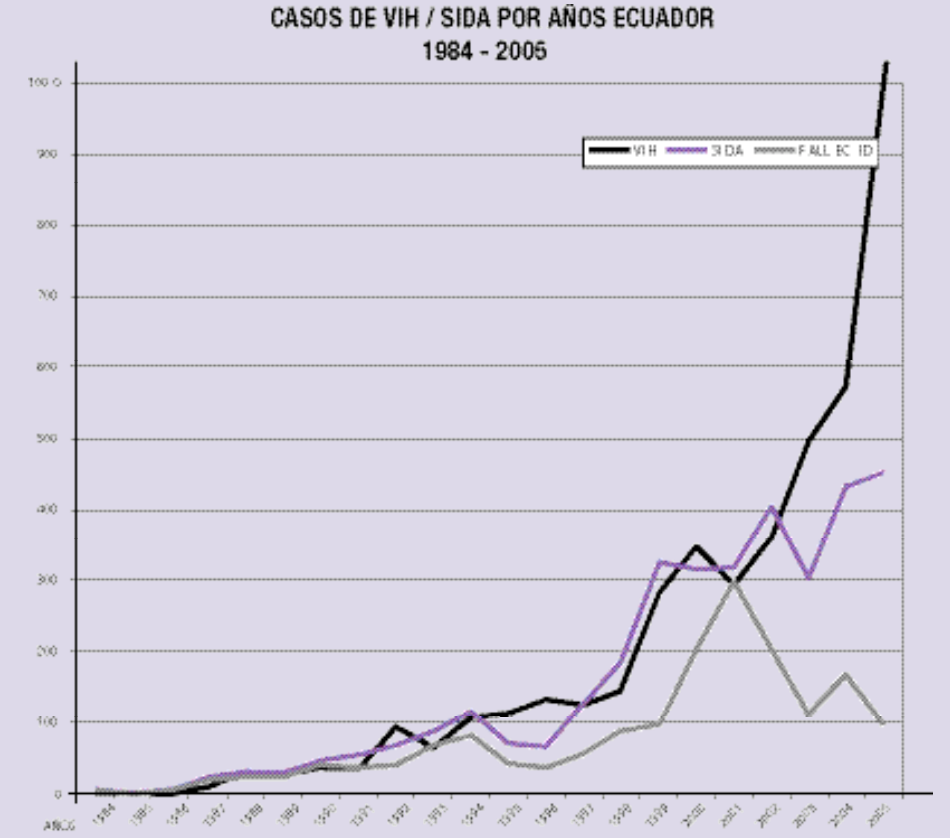

Grafico elaborado por el Programa Nacional de VIH/SIDA, MSP, 2005
Fuente: MSP

Las cifras señaladas son los únicos datos oficiales existentes en el país sobre el número de infecciones y proceden del sistema de vigilancia del MSP. Son cifras pasivas en vista que representan solamente a las personas que por alguna razón se acercaron a los servicios de salud y se realizaron la prueba del VIH. Luego de un resultado positivo y la realización de una prueba confirmatoria, la persona ingresa a las estadísticas del MSP. Existen evidencias que no todos los hospitales públicos ni privados reportan los casos al sistema de vigilancia[11].

En el país se han realizado pocos estudios epidemiológicos. En un estudio que se está realizando en dos cantones rurales de la Costa ecuatoriana[12], con una muestra de 989 personas, se ha detectado 16 casos, es decir una incidencia de casi el 2%. Varios estudios en pequeñas muestras de HSH arrojan resultados de infección hasta el 23 %[13]. En la Maternidad de Guayaquil, la ONG española Médicos Sin Fronteras ha detectado 1.05 % de incidencia en mujeres embarazadas infectadas[14]. Esta información resulta inquietante ya que indicaría una presencia alta del VIH/SIDA en la población entre 15 y 49 años de edad en la Costa.

En 2001, ONUSIDA hizo una proyección de casos, la cual señalaba que podía haber 19.000 personas infectadas[15]. Si hoy se realiza la misma proyección, probablemente existirían entre 50.000 y 70.000 personas infectadas. De ellas, casi el 90% no conoce su condición y como consecuencia de ello, pueden constituirse en focos de propagación de la epidemia.

Al revisar los cambios en el perfil epidemiológico en el país, podemos detectar que la epidemia sigue las tendencias de los países donde ha avanzado a un ritmo más acelerado.

Durante más de diez años, el VIH/SIDA en el Ecuador fue una epidemia que casi exclusivamente afectó a hombres homosexuales, pero paulatinamente se vieron involucrados más heterosexuales y mujeres. Actualmente la relación hombre –mujer es de 2.1 hombres infectados por cada mujer (2005). Al igual que en el caso de Perú, mencionado anteriormente, probablemente existe una gran cantidad de heterosexuales con conductas homo-eróticas con alto riesgo de infectarse con VIH por el escaso uso de preservativos en sus relaciones sexuales con ambos sexos. Actualmente la relación homosexuales-heterosexuales es de 1 a 3, es decir el 75% de nuevas infecciones son en heterosexuales.

Al respecto de la infección por VIH, según el sexo y ocupación, el cuadro del año 2005 muestra que es VIH/SIDA está presente en todas las clases sociales y todas las ocupaciones.

11 Información entregada durante una entrevista con el encargado del sistema de vigilancia del VIH/SIDA en el MSP
12 Estudio serológico realizado por la Red de dispensarios REDIMA, en conjunto con el INH de Guayaquil. Los resultados no han sido publicados aún, la información fue proporcionado por el Punto Focal VIH/SIDA del PNUD en Guayaquil y confirmados por la ONG CARE que acompañó el proceso.
13 PNS, ONUSIDA, consultores Barragán S. y Laufer J, Informe UNGASS 2006
14 PNS, ONUSIDA, consultores Barragán S. y Laufer J, Informe UNGASS 2006
15 UNAIDS, fichas epidemiológicas, www.unaids.org

De las mujeres infectadas, solo el 5.5% corresponde a trabajadoras sexuales, el 94.5% de las mujeres infectadas no ejercen trabajo sexual y son profesionales, comerciantes, obreras o amas de casa.

NUMERO Y % DE CASOS REPORTADOS DE VIH/SIDA SEGÚN OCUPACION Y SEXO ECUADOR 2005

OCUPACION	HOMBRES		MUJERES		T O T A L	
	No	%	No	%	No	%
PROFESIONAL	41	4,1	9	1,9	50	3,4
OBREROS	310	31,0	11	2,3	321	21,8
CHOFERES	45	4,5		0,0	45	3,1
COMERCIANTES	136	13,6	22	4,7	158	10,7
COCINEROS	15	1,6	1	0,2	16	1,2
CONSERJES-MENSAJEROS	13	1,3		0,0	13	0,9
DESOCUPADOS	192	19,2	22	4,7	214	14,5
ESTILISTAS	25	2,5	2	0,4	27	1,8
ESTUDIANTES	47	4,7	6	1,3	53	3,6
MILITARES	13	1,3	1	0,2	14	1,0
AMAS DE CASA	**2**	**0,2**	**344**	**72,9**	**346**	**23,5**
EMPLEADO	102	10,2	17	3,6	119	8,1
EBANISTA	2	0,2		0,0	2	0,1
TRABAJADORAS SEXUALES		0,0	26	5,5	26	1,8
VENDEDOR	28	2,8	9	1,9	37	2,5
POLICIAS	28	2,8	1	0,2	29	2,0
CURAS	1	0,1			1	0,1
T O T A L	1000	100	472	100	1472	100

Fuente: Programa Nacional de VIH/SIDA, MSP

Políticas nacionales en VIH/SIDA

En cuanto a la política nacional sobre el VIH/SIDA en el Ecuador, el principal ente encargado es el Ministerio de Salud Pública (MSP) que cuenta con su Programa Nacional de SIDA. El Programa tiene entre sus funciones definir los protocolos de atención y tratamiento a las personas viviendo con VIH/SIDA, realizar la vigilancia epidemiológica, organizar la prevención y asegurar la atención adecuada a las personas infectadas[16].

En cuanto al ámbito jurídico, en el año 2000 fue aprobada la Ley de Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA[17] que estableció el marco de derechos humanos y los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA. En diciembre de 2002 se publicó en el Registro Oficial el Reglamento para la atención de las personas que viven con VIH/SIDA.

16 Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA 2001-2003. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Programa Nacional de VIH/SIDA- ITS
17 Ley de VIH/SIDA,

A partir de julio de 2002 y a causa de un juicio llevado adelante por seis personas que vivían con VIH/SIDA, y con la adhesión luego de otras 153, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2002, fundamentada en los derechos a la vida y a la salud, obligó al Estado ecuatoriano a proveer de tratamiento AntiRetroViral (ARV) a las personas viviendo con VIH/SIDA[18]. Hasta finales de 2005, el país había logrado asegurar tratamiento para alrededor de 1.300 personas infectadas y tenía previsto llegar al tratamiento de 1.500 personas en el 2006[19].

Prevención

El Ministerio de Salud Publica tiene también la obligación de realizar la prevención, de acuerdo a como fue establecido en la Ley del SIDA de 2000. En éste ámbito su accionar ha sido muy restringido, mayormente por falta de recursos económicos y humanos. El MSP ha priorizado sus recursos de prevención hacia las trabajadoras sexuales en los centros de Control a las Infecciones de Transmisión Sexual (CAISS), con énfasis en el control sanitario.

El tema de la prevención ante el VIH/SIDA en el Ecuador fue asumido por fundaciones que han operado sin apoyo financiero del Estado y con recursos proporcionados por la cooperación internacional. Sus acciones han sido dirigidas mayormente a ciertos grupos con prácticas de riesgo: hombres gay, trabajadores y trabajadoras sexuales y adolescentes y han puesto énfasis en temas relacionados con derechos humanos y la organización de redes y grupos de personas viviendo con VIH/SIDA. Estas acciones se han concentrado mayormente en las ciudades más grandes del país como Quito, Guayaquil y Cuenca[20].

Los preservativos

El país no cuenta con una política de entrega a escala masiva de preservativos para los grupos poblacionales con prácticas de riesgo como es el caso de Brasil. Por un lado, existe falta de recursos económicos y por otro no se está tratando la realidad sexual del país con la apertura necesaria para enfrentar y reconocer realidades existentes como el inicio sexual precoz de las y los adolescentes y la existencia de una cultura de relaciones sexuales entre varones. Al no conocer ni reconocer la existencia de estas prácticas difícilmente se las puede enfrentar con medidas adecuadas, como garantizar el acceso generalizado a preservativos. También existe una actitud de rechazo hacia el uso de preservativos con argumentos múltiples, entre otros que los preservativos no son 100% confiables, argumento utilizado como justificativo -incluso por médicos- para no implementar programas masivos de entrega de condones[21]. Según un estudio del Banco Mundial, en América Central y el Caribe, la inversión en este tipo de programas es la más costo-efectiva para impedir nuevas infecciones[22].

18 Lacasso, Informe comparado sobre la situación de VIH/SIDA y los derechos humanos en la Comunidad Andina de Naciones, diciembre 2003
19 Información entregada por el jefe del Programa Nacional de SIDA en entrevista.
20 PNS, ONUSIDA, consultores Barragán S. y Laufer J, Informe UNGASS 2006
21 Este argumento en contra de los preservativos es utilizado comúnmente durante talleres y charlas de prevención en los cuales he participado en representación de ONUSIDA, y muchas veces son médicos y enfermeras que expresan las dudas al respecto. La influencia de la posición de la Iglesia Católica al respecto es considerable en el país: la doctrina de la Iglesia rechaza el uso del preservativo per se, las únicas formas aceptables de prevención del VIH/SIDA son la abstinencia y la fidelidad dentro del matrimonio.

Otros actores

El Sistema de las Naciones Unidas en Ecuador tiene el Grupo Temático ONUSIDA que asesora al país para establecer una política efectiva para VIH/SIDA, enmarcada dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Objetivos del Milenio y los acuerdos suscritos por el país en la declaración de UNGASS [23] de 2001.

En la asamblea de la ONU del 31 de mayo al 2 de junio de 2006, el país presentó su informe sobre el cumplimiento de los acuerdos de UNGASS ante la ONU, para lo cual se realizó un proceso nacional y participativo de recopilación de información y de discusión de dificultades y logros alcanzados, convocado por el Programa Nacional de VIH/SIDA y con asistencia técnica de ONUSIDA.

Actualmente el país está ejecutando un importante proyecto financiado por el Fondo Global contra VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis. Para su ejecución fue conformado el Mecanismo de Coordinación País (MCP), que es una plataforma de coordinación entre diversos actores con responsabilidad en la respuesta al VIH/SIDA en Ecuador. Es la primera inversión importante y con visión integral para responder al VIH/SIDA que el Ecuador ejecuta.

Otras acciones importantes realizados durante el año 2005 y en el primer semestre del 2006 son la evaluación del *Plan Estratégico Nacional 2001-2003*[24] y de las acciones nacionales en VIH/SIDA hasta 2005, facilitado por ONUSIDA y el Programa Nacional de VIH/SIDA. El PNUD promueve la participación de los gobiernos locales, el sector laboral y académico en la respuesta al VIH/SIDA. Los municipios de Quito y Guayaquil son los primeros del país que están construyendo un Programa Municipal de Respuesta al VIH/SIDA. El Ministerio de Trabajo decretó el 13 de julio 2006 un Acuerdo Ministerial para asegurar el respeto a los derechos humanos en el ámbito laboral de las personas viviendo con VIH/SIDA.

No obstante estos avances de los últimos años, es importante recalcar que todavía existe un desconocimiento generalizado en la población sobre el VIH y el SIDA, las formas de infección y los factores que influyen en su rápida propagación como la pobreza, la migración, las practicas sexuales en adolescentes, jóvenes y adultos. A lo que debemos añadir que el adverso clima de discriminación hacia las personas que viven con VIH y SIDA hace que quienes están infectados oculten su condición y no participen en las acciones de prevención.

---

22 World Bank, *HIV/AIDS in Central America: An overview of the epidemic and priorities for prevention*, September 2003.
23 UNGASS: United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27th June 2001 Declaration of Commitment on HIV/AIDS.
La declaración del UNGASS establece 5 áreas de especial atención: acceso a la información sobre la prevención, prevenir la infección vertical de madres embarazadas a sus bebés, asegurar tratamiento a las personas infectadas, esfuerzos grandes en la investigación sobre vacunación y cuidar las personas infectadas, especialmente los huérfanos por VIH/SIDA.
24 Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA 2001-2003. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Programa Nacional de VIH/SIDA- ITS

LAS RELACIONES DE GÉNERO SON CONSTRUCCIONES CULTURALES

3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

LAS RELACIONES DE GÉNERO SON CONSTRUCCIONES CULTURALES

Introducción.

Dentro de los estudios de género, se han manejado diversos puntos de vista para entender los procesos de construcción de la masculinidad y la feminidad y su incidencia en las relaciones y prácticas de hombres y mujeres, lo que se podría resumir en cuatro grandes tendencias o perspectivas: la escuela sicoanalítica, la escuela funcionalista de los "roles de género", una tercera escuela de corte marxista que analiza las relaciones sociales y la estructura política, y una cuarta escuela o corriente que busca explicaciones y respuestas desde una visión cultural25.

La perspectiva sicoanalítica parte de las interpretaciones y las teorías de Freud sobre el complejo de Edipo, la importancia del *falo* en la constitución de la identidad de hombres y mujeres, el rol de la madre, etc. De esta manera, la escuela pretende explicar la conformación de la identidad y las relaciones de género como resultado de procesos psicológicos de interacción en la familia desde la más tierna infancia.

Por su parte, la "teoría de roles de género" se sitúa en la intersección entre la psicología y la sociología[26]. En esta teoría se analiza cómo la sociedad ubica la masculinidad y la feminidad como dos identidades opuestas en el extremo de una escala bipolar, con sus características típicas y opuestas. Las características masculinas son mayormente 'positivas' (personas fuertes e independientes) y las femeninas son vistas de manera negativa (personas tímidas, débiles y dependientes). Según esta visión, el aprendizaje de los roles sexuales se produciría a través de una combinación de observación, imitación, indoctrinación y aprendizaje consciente. Los agentes socializadores más importantes son la familia, el aparato escolar y los medios de comunicación. Esta postura teórica ha sido quizás la más utilizada en las investigaciones sobre las relaciones de género, que se expresa en múltiples indagaciones sobre el tema de los papeles de género y la socialización en la familia y en el ámbito escolar.

Hay varias criticas que se pueden hacer a esta teoría, en especial que ésta vuelve a juntar los conceptos de sexo/ género, es decir, asume una interpretación de la realidad que parte de las diferencias innatas entre hombres y mujeres. Entre otros, R. Connell[27] critica esta teoría por estar ligada a una visión esencialista[28] de género y por no profundizar suficientemente en la complejidad de la construcción de la identidad de género durante el ciclo vital ni de su relación con el poder social y político.

25 Edley N. and Margaret Whetherell en Mairtin Mac and Ghaill, *Understanding masculinities, social relations and cultural arenas*, Buckingham, 1996.
26 idem, p. 100
27 idem, p. 102
28 La visión esencialista es la que considera que hombres y mujeres tienen una esencia diferente y propia y que no se puede alterar. Esta visión ha dado pie a que las culturas destinan roles y funciones distintas a hombres y mujeres, acordes a su 'esencia' y llevó a la cristalización de las relaciones inequitativas de género.

Una tercera escuela de interpretación de género analiza las prácticas en relación con el posicionamiento social. La clase social, la raza, y el género afectan la construcción de las identidades de hombres y mujeres. Esta teoría está cercana a la interpretación marxista de la realidad.

La cuarta escuela de género analiza el sistema de género desde una visión cultural. Es una visión que engloba aspectos de las tres visiones anteriores e integra aprendizajes desde los estudios etnográficos y antropológicos. El punto de partida es que cada cultura construye sobre la realidad biológica de la diferencia entre el varón y la mujer, su ideal de masculinidad y feminidad y las relaciones de género. Esto explica los cambios, las 'modas' de género, las diferencias históricas en las relaciones de género y la existencia de modelos hegemónicos culturalmente establecidos y la existencia de modelos divergentes.

Esta perspectiva de análisis de las relaciones de género considera la posibilidad de cambios culturales en las construcciones de género y en las relaciones entre los géneros.

Cómo entender el concepto 'cultura'

La cultura es la forma de vivir de una sociedad o comunidad. Es un conjunto de ideas, visiones, prácticas, normas, reglas, representaciones simbólicas, costumbres, espiritualidad, utopías que, entre otros, se expresan en el arte y la estética o en la forma de organizar el espacio, en la forma de ser de su población. Es un 'marco' o 'encuadre'[29] para la vida que se entrega de generación en generación y a través del cual la gente da sentido a su existencia diaria. Cada cultura tiene una visión del mundo, o imago mundi que implica también aspectos no tan visibles como las creencias, los valores, una interpretación de las relaciones sociales, visión que a menudo está determinado por el grupo o la ideología dominante.

Las culturas del mundo están en constante transformación, por influencias mutuas y contactos unas con otras. Un ejemplo conocido es como se constituyó la ciencia europea, a partir del siglo XI, gracias al intercambio con las culturas árabes y orientales que tenían avances de siglos en matemáticas, astronomía, física, medicina, etc. Históricamente estos cambios fueron paulatinos y graduales y tenían que ver con aprendizajes e intercambios relacionados con aspectos de la vida diaria, como el uso de ciertas hierbas en la cocina y la medicina. Otros intercambios llevaron a transformaciones en la organización socio-política de la sociedad. Guerras, conquistas, invasiones o migraciones masivas han sido momentos históricos documentados de rupturas y cambios culturales bruscos.

Desde que el mundo está interconectado por los medios de comunicación y las nuevas tecnologías, se pueden apreciar intercambios y cambios nuevos y masivos entre las culturas, dentro de los pueblos y más que todo entre generaciones[30].

La globalización tecnológica ofrece posibilidades nunca antes vistas para conocer la 'otredad' de los seres humanos: podemos conocer lo que piensan y cómo viven seres

29 idem, p. 105
30 Existen al respecto interesantes aportes de Amartya Sen en *How to judge globalism*, en The American Prospect, Invierno pp. A2-A6 y también de Virginia Guzman en *Las relaciones de género en un mundo global*, CEPAL, Santiago de Chile, 2002.

humanos en los más remotos confines del mundo, y ellos y ellas también pueden conocer nuestras formas de vida, anhelos, visiones; las formas de relacionarnos con la naturaleza o entre las generaciones, entre hombres y mujeres. La globalización se constituye a través de los medios en un instrumento modernizador de las relaciones de género: en los medios vemos el mundo con su gran diversidad de visiones, prácticas de vida, normas y estereotipos. El mundo se ha visto enfrentado, así, masivamente a la reflexión y autorreflexión cultura[31].

Desde este punto de vista, la globalización es una oportunidad para las relaciones de género ya que abre perspectivas y posibilidades como el acceso generalizado a la educación y al conocimiento, y a través de ellos a fuentes de trabajo remunerados, y por ende a relaciones más equitativas. La globalización abre una ventana a un mundo con relaciones de género distintas.

Para el pensamiento feminista, la posibilidad de repensar el marco de vida, de poder intervenir y contrarrestar el determinismo referente a las relaciones de género, hace de la perspectiva cultural un marco de reflexión y actuación dinámico y lleno de esperanzas para el cambio.

En este trabajo nos ubicamos dentro de esta perspectiva cultural, con la seguridad y el optimismo de que la voluntad humana puede cambiar hasta las estructuras socioculturales más complejas y afincadas como las relaciones de género.

La cultura y las construcciones de género.

Cada cultura del mundo tiene su conjunto propio de ideas o normas con relación a los hombres y a la masculinidad, las mujeres y la feminidad. Las culturas determinan las relaciones entre hombres, entre mujeres, entre ambos, y entre las generaciones, estableciendo el orden considerado 'ideal' o 'normal' y, a la vez, rechazan o discriminan lo que se considera divergente e inaceptable.

En su estudio de la sociedad Cabila, Pierre Bourdieu[32] analiza cómo en esta cultura el conjunto de mitos, creencias, costumbres, representaciones simbólicas, normas religiosas, etc., imponen el comportamiento de un "hombre de honor" y cómo debe comportarse la mujer para cuidar el honor de su padre, sus hermanos y de su futuro esposo.

A través de la construcción simbólica, esta cultura justifica de múltiples formas la dominación masculina en sus estructuras sociales, políticas y religiosas. Las mujeres aceptan e incluso defienden esta realidad, que él llama la *sumisión paradójica*, resultado de una muy bien orquestada violencia simbólica:

"He visto en la dominación masculina y en la manera como se ha impuesto y soportado, el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de lo que llamo la violencia

31 La *reflexión cultura*l es la reflexión que se realiza sobre lo que pasa en las otras culturas. Un ejemplo de esta reflexión son los relatos de los conquistadores sobre los pueblos del Nuevo Mundo que fueron entregados a los Reyes de España. En este tiempo fue una reflexión realizada a través del lente del catolicismo. La *autorreflexión cultural* es cuando las culturas empiezan a mirarse críticamente, y reflexionan sobre el por qué del statu quo cultural. En el siglo XX por presión de las mujeres, las sociedades occidentales entraron en un proceso de autorreflexión sobre la igualdad entre hombres y mujeres lo cual ha llevado a cambios sustanciales en todos los ámbitos de la vida cultural occidental. Los medios juegan actualmente un rol preponderante en registrar diferencias, entre culturas y dentro de las culturas. Pero son mayormente escritores, investigadores, periodistas, académicos los que llevan adelante el proceso de autorreflexión.

32 Bourdieu P., *La dominación masculina*, Editorial Anagrama, 2.000, Barcelona (Edición original, Paris, 1998)

simbólica, violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias victimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento, o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o en último término, del sentimiento"[33].

Las herramientas del status quo en las relaciones de género son la religión, la comunicación y el dominio sobre el conocimiento. Estos son espacios de creación de cultura, donde se perpetúan relaciones inequitativas de género. Y aunque la familia y la relación de pareja son consideradas por muchos analistas de género como espacios de ejercicio práctico de la dominación, es el conjunto de la estructura cultural el que determina las relaciones entre géneros. Para Bourdieu, la fuerza del orden masculino se descubre en el hecho que no requiere de justificación o legitimación.

"El orden social funciona como una inmensa maquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: es la división sexual del trabajo...; es la estructura del espacio...; es la estructura del tiempo.

Si bien, la unidad doméstica es uno de los lugares en los que la dominación masculina se manifiesta de manera más indiscutible y más visible, el principio de la perpetuación de las relaciones de fuerza materiales y simbólicas que allí se ejercen se sitúa en lo esencial fuera de esta unidad, en unas instancias como la iglesia, la escuela o el estado y en sus acciones propiamente políticas, manifiestas u ocultas, oficiales u oficiosas"[34].

Ahora bien, existen visiones y prácticas ligadas a las ideologías dominantes y paralelamente siempre existen visiones y prácticas divergentes dentro de la misma sociedad. Connell, por ejemplo, no habla de *relaciones de género* sino de un *orden de género* en el cual coexisten varios tipos de masculinidades: 'masculinidades hegemónicas', 'cómplices', 'subordinadas' y 'marginadas'. Tal orden de género está establecido alrededor de tres ejes o dimensiones fundamentales conformadas por: relaciones de poder, relaciones de producción y relaciones afectivas.[35] Podemos suponer entonces que también existen construcciones complementarias o paralelas de feminidad dentro de este orden de género. Al respecto Connell no profundiza.

Al igual que Bourdieu, Connell[36] ubica la construcción simbólica en las estructuras sociales, políticas y simbólicas. Según él, para comprender el concepto de género debemos ir siempre "más allá" del género. Lo mismo podemos decir de la situación inversa. No podemos comprender la desigualdad racial o mundial sin entender o comprender la desigualdad de género. Las relaciones de género son un componente fundamental de la estructura social y política.

Para entender el orden de género en una cultura determinada, debemos descubrir este entramado cultural, político y económico, y entender el manejo simbólico o práctico de las relaciones afectivas dentro de la cultura y las subculturas.

La construcción de la masculinidad

Desde finales de los años setentas y como respuesta al feminismo, la masculinidad despertó interés en muchos hombres, lo que se tradujo en la publicación de investigaciones al respecto a partir de los años ochenta. El concepto de masculinidad ha sido utilizado de muchas mane-

33 idem, p. 11
34 idem p.22 y 140
35 Connell R. *Masculinidades*, Universidad Autónoma de México, México, 2003
36 Connell R, idem p. 115

ras en discursos distintos y está enraizado en gran medida en la investigación social y psicológica sobre roles sexuales e identidad. Hoy en día se encuentra el concepto en una variedad de usos y dentro de marcos muy distintos, como por ejemplo en la psicología para realizar análisis sobre el manejo del poder.

Las culturas o "cultos" de la masculinidad entregan a los miembros de una comunidad cultural un entendimiento común de lo que es ser hombre: como debe parecer, como debe portarse, como debe relacionarse con otros hombres y especialmente con las mujeres en el ámbito privado y en el ámbito público. El comportamiento y la percepción de identidad de los hombres se constituyen a través de estos significados, reglas o ideologías.

Así, hay que saber interpretar lo que la cultura dice sobre la masculinidad. Y hay que "saber leer" qué mecanismos son determinantes en esta socialización permanente, desde la niñez hasta la conformación de una identidad masculina fija.

En cada cultura encontramos un conjunto de imágenes y discursos de masculinidad, incluso con representaciones contradictorias. No existe una sola imagen y un discurso consistente.

"El cómo ser hombre es un territorio en discusión, es un campo de batalla ideológico. Incluso en la historia existen diferentes discursos de masculinidad. El esfuerzo para controlar el significado de masculinidad ha jugado un rol central en la lucha de poder entre varios grupos sociales, incluyendo clases, razas, naciones y entre hombres y mujeres. (p.ej en el fascismo, en la Grecia Antigua, el periodo romántico...)"[37].

Según Connell, los hombres se han adueñado del significado de muchos elementos de la vida: son ellos los que definen qué significa ser hombre y ser mujer; qué es trabajo de hombres y qué es trabajo de mujeres, etc. El hecho de que los hombres controlen la visión cultural de la sociedad sobre estos asuntos ha constituido la base de su poder.

Sin embargo, es importante remarcar que las mujeres no han sido victimas pasivas, se han opuesto de múltiples maneras, pero por el hecho de que los hombres dominan las instituciones que producen y reciclan el imaginario (como la iglesia, el aparato educativo, los medios de comunicación colectiva), los patrones androcéntricos han asegurado la dominación cultural.

"Por esta ventaja creada, se explica porqué se mantiene esta dominación, pero a la vez nos indica que se puede trabajar hacia cambios. Es importante conocer las formas sutiles e indirectas que condicionan el mantenimiento de la dominación.

Lo paradójico es que los hombres son simultáneamente los productores y productos de la cultura, los maestros y esclavos de la ideología. Pero ellos no ven fácilmente que están en esta posición. Por esto es más fácil para mujeres y otros grupos minoritarios de ver la realidad del sistema. Y sí, la historia ha demostrado que se pueden lograr cambios en estas ideologías y formas de vivir a través de grupos de presión, legislación adecuada, etc"[38].

A diario, los hombres son los constructores de la dominación y del modelo hegemónico de masculinidad. De esta manera ellos aseguran que se perpetúen las relaciones de género. Por otro lado, son a la vez esclavos de la dominación al no poder salir de los estereotipos. No visualizan otros modelos, y sufren por la dominación hegemónica que ejercen y que les disminu-

37 idem
38 Nigel Edley and Margaret Wetherell: *Masculinity, power and identity* p.97 en Mairtin Mac an Ghail, *Understanding masculinities: social relations and cultural arenas* , Open University Press, Buckingham, 1996

ye en sus opciones de vida, por ejemplo al no poder asumir relaciones afectivas o demostrar sus afectos, al no poder asumir tareas reproductivas como cuidar a los niños, ser enfermero, no poder vestirse de forma más creativa, usar joyas o cuidar su salud por miedo a aparecer 'feminizado' o débil.

Entonces, la pregunta clave, es ¿cómo hacer que los hombres reconozcan las consecuencias negativas del orden de género actual, no solo para las mujeres, sino también para sí mismos, y así lograr que ellos mismos procuren cambios?

Para R.Connell la respuesta es la construcción de una *utopía*, un proyecto de justicia social en las relaciones de género, al que llama la *igualdad compleja*. La idea fundamental es *recomponer*, en lugar de borrar, los elementos culturales del género en las diferentes dimensiones del orden de género. El resultado sería una especie de "multiculturalismo de género"[39].

La masculinidad y el "machismo" en América Latina.

En su libro *Ser hombre de Verdad en la ciudad de México. Ni macho ni mandilón*, Matthew Gutmann[40] investigó el imaginario y la realidad de los estereotipos de género existentes en el país azteca, con especial atención a los estereotipos relacionados con la masculinidad.

Como punto de partida para su investigación tomó la definición de Stevens del machismo como "el culto a la virilidad", cuyas principales características son "una exagerada agresividad e intransigencia en las relaciones interpersonales de hombre a hombre y arrogancia y agresión sexual en las relaciones entre hombre y mujer"[41].

El origen del término "machismo" está en el México de los años cuarentas y cincuentas, y fue muy explotado en el cine de entonces. Pero el término no es solo un conjunto coherente de ideas sexistas. Los vocablos "macho" y "machista" se han empleado contradictoriamente y revelan una diversidad de opiniones, sentimientos y confusiones. En 1962 el investigador Mendoza, en su ensayo 'El machismo en México'[42], estableció una distinción entre "dos clases" de machismo. El primero y auténtico se caracteriza por el valor, la generosidad y el estoicismo, mientras que el segundo es un falso machismo que se fundamenta en las apariencias. Mendoza habla de los verdaderos machos de antaño y los machos bufones del presente.

Sin embargo, en el "sentido común", prevalece el estereotipo de que en México los hombres están sujetos a incontrolables arrebatos y necesidades corporales. Otra investigación menciona que "existe una significativa opinión femenina que los hombres son lujuriosos por naturaleza y que poseen un insaciable apetito sexual. Son como animales que procuran obtener su propia satisfacción y a quienes no les importan las necesidades de los demás"[43].

39 Connell R. *Masculinidades*, Universidad Autónoma de México, México, 2003 (p. 302-315)
40 Gutmann M., *Ser hombre de Verdad en la ciudad de México . Ni macho ni mandilón*,Mexico, 2000
41 Stevens, E. (1973), *Marianismo: The other face of machismo in Latin America*, en Male and Female in Latin America, comp. Ann Pescatello, Pittsburgh , University of Pittsburg Press, Citado por Gutmann en el citado libro, p. 319
42 Mendoza, V. (1962) *El machismo en México*, Cuadernos del Instituto Nacional de Investigaciones Folclóricas, número. 3 p. 75. Citado por Gutmann en el mencionado libro p. 319
43 Matthews, Holly F. (1987), *Intracultural variation in beliefs about gender in a Mexican community*, American Behavioral Scientist, vol 31, num.2 p228. Mencionado en el citado libro de M. Guttmann en nota de pie p. 195.

Es así que muchos hombres mexicanos identifican la cultura machista como la principal culpable de sus tendencias violentas, Ellos justifican la violencia hacia las mujeres por los celos que sienten sobre ellas en relación con sus posibles aventuras sexuales. Otras formas de violencia domestica consisten en no permitir que la mujer salga de casa a una reunión, un encuentro o una fiesta. Gutmann denomina esta justificación el "condicionamiento machista"

Según el mismo autor, la masculinidad actual en México -y probablemente en el resto de América Latina- está en transición por los cambios en la sociedad. No existe una masculinidad homogénea, sino varias masculinidades. Además, existen diferentes etapas y formas de vivir la masculinidad durante el ciclo de vida de los hombres y se están dando cambios importantes, esencialmente por la relación con las mujeres.

"Las identidades femeninas actúan como el foco de referencia consciente o inconsciente de los hombres en el desarrollo, conservación y transformación de su propio sentido de lo que significa y no significa ser hombre"[44].

Gutmann encontró que muchas batallas sobre las identidades y relaciones de género se llevan adelante en la familia, en muchos casos el último bastión de la autoridad masculina: "las crecientes esferas de autoridad femenina dentro de muchas familias no son sólo un reflejo de cambios sociales más extensos, sino que constituyen al mismo tiempo la manifestación y una de las fuentes fundamentales de dichas transformaciones"[45].

En el Ecuador, al igual que en otros países de Latinoamérica, el machismo tiene para muchos hombres una imagen peyorativa pero a la vez es la *justificación* para sus actuaciones negativas que no pueden controlar: borracheras, conquistas sexuales, infidelidad, situaciones de violencia o de maltrato.

En *Masculinidades en el Ecuador*[46], de X. Andrade y G. Herrera, se recogen varias investigaciones al respecto de la construcción de la masculinidad en el país. El término machismo es utilizado para referirse, a una construcción de masculinidad, sinónimo de virilidad y hombría y se mantiene como un referente cultural frente al cual se toma posición en favor o en contra, de identificación o de rechazo. La sociedad machista está caracterizada por un exceso de poder y privilegios masculinos con el correspondiente estatus inferior y falta de poder de las mujeres.

En el Ecuador existen contradicciones entre el discurso y la práctica. La construcción de la masculinidad tiene sus momentos y rituales, como indica María del Pilar Troya[47] en su investigación sobre la construcción de la masculinidad en las clases medias en Quito. Según esta investigadora, en la adolescencia y la juventud temprana las pruebas de masculinidad se realizan en diferentes rituales como la bebida, las citas con chicas y las primeras experiencias sexuales. Estas pruebas transforman a los adolescentes y jóvenes, y así alcanzan el estado de "hombres".

Al igual que las conclusiones de Gutmann, sobre los cambios en la masculinidad de clase baja y media en México, la autora concluye que en el Ecuador, la asunción de nuevos

44 Guttman M. *Ser hombre de verdad en la ciudad de México. Ni macho ni mandilón*, El colegio de México, 2000. p. 363-364.
45 idem, p. 363
46 Andrade X, Herrera G., *Masculinidades en Ecuador*, FLACSO/UNFPA, 2001, Quito
47 Troya M. del Pilar, *No soy machista pero...* en Andrade X. y Herrera G., Masculinidades en Ecuador, FLACSO/UNFPA, Quito, 2001

valores es parcial y que los cambios por la modernidad no son rupturas definitivas, sino modificaciones que dejan aún intocados ciertos esquemas y patrones de conformación de la masculinidad.

"Si bien, ciertos roles son cuestionados y/o alterados, las cualidades esenciales asignadas en el discurso a hombres y mujeres como géneros absolutamente correspondientes a sexos biológicos en una matriz puramente heterosexual, no ha sufrido cambios. El modelo de masculinidad hegemónica tiene un alto grado de correspondencia con los valores prefijados por el discurso de los actores sociales dominantes, tales como el Estado, la Iglesia, y el aparato educativo y los medios de comunicación"[48].

La sexualidad también es una construcción cultural.

Para Bourdieu[49], la dominación desde el hombre activo dominante hacia la mujer pasiva y sumisa se expresa en el acto sexual, que es una dominación erótica iniciada con el deseo de posesión de la mujer y culminada en el control del placer de la mujer durante el acto sexual.

Similar resultado encontraron las investigadoras G. Herrera y L. Rodríguez[50] en un ensayo sobre los desafíos para desarrollar una oferta de salud sexual y reproductiva en el Ecuador, donde llegaron a la conclusión de que el ámbito privilegiado donde se expresan las relaciones de poder entre los géneros es la sexualidad. La sexualidad no existe independiente de las normas y valores sociales y culturales dominantes, y en su ejercicio se repite el orden de género. No se puede intervenir con éxito en el ámbito de la salud sexual y reproductiva si no se tiene una propuesta para cambiar los esquemas de inequidad de género, tan arraigados en la sociedad. El hecho de que la sexualidad se ejerza en una 'intimidad hermética' hace aún más complejo el tema de romper los esquemas existentes.

Según Norma Fuller[51], en el machismo latinoamericano existe una enorme asimetría entre el control de la sexualidad femenina y la libertad sexual masculina, así como la arbitrariedad de la conducta de los varones.

La otra cara: la construcción de 'lo femenino' y de la sexualidad femenina.

Dentro de los arquetipos de la feminidad, la cultura occidental, basada en el judío-cristianismo ha creado dos arquetipos, María y Eva, los dos polos opuestos y a la vez complementarios del ser mujer:

"Eva, la mujer que accede al árbol de conocimiento, la mujer sensual que reconoce y expresa su deseo, la mujer que desobedece y seduce, la transgresora que será severamente castigada por su curiosidad, por haber sido coherente con sus sentimientos y deseos, en última instancia por su humanidad. Eva es sinónimo de pecado, de la lujuria y del exceso, es un modelo del cual toda mujer 'decente' se debe alejar si quiere mantenerse dentro del ámbito formalmente fomentado y protegido: la sexualidad dentro del matrimonio, orientada exclusivamente a la reproducción"[52].

48 idem,
49 Bourdieu P., *La dominación masculina*, Editorial Anagrama, 2.000, Barcelona (Edición original, Paris, 1998) 50 Herrera G. y Rodríguez L. *Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva*. En *Masculinidades en Ecuador*, X. Andrade y G. Herrera, editores, FLACSO, UNFPA, Quito, 2001
51 Fuller Norma, *Reflexiones sobre el machismo en América latina*, en Valdés T. y Olavaria J., Masculinidades y equidad de género en América Latina, FLACSO, Chile, 1998
52 Camacho Gloria, *Mujeres fragmentadas*, Quito, 1997, Ceplaes

De acuerdo a este enfoque, Eva representa la *mujer complemento*, compañera, iniciadora sexual, es la culpable de la perdición de la humanidad. Según Sonia Montecino, la figura de Eva, la prostituta, es complementaria a la del 'macho', porque existe el mito de que los hombres son más animales, con un erotismo desbocado que se satisface con la prostituta y no con la esposa[53].

Por otro lado, tenemos a María, adolescente virgen que sin el pecado de la relación sexual y por intervención divina del Espiritu Santo llegó a ser la Madre de Dios en la Tierra. Ella simboliza la abnegada madre que no pide para sí misma, no cuestiona, no impide, no exige, no pone reglas o normas, sufre en silencio hasta que Dios la premia con la elevación al cielo.

Como lo plantea Gloria Camacho: "la imagen de la virgen-madre, paradójica e inalcanzable es el símbolo máximo de pureza carnal y espiritual que toda mujer debe imitar. De ahí que sea necesario que las mujeres tengan autodominio sobre sus impulsos y sublimen su sexualidad"[54].

Igualmente Marcela Lagarde describe la construcción socio-cultural de la sexualidad de las mujeres latinoamericanas en esta dualidad: por un lado, una sexualidad maternal ligada a una vida reproductiva y por el otro, una sexualidad erótica con un cuerpo erótico. Esta autora además pone énfasis en el hecho de que este cuerpo erótico todavía es la expresión de la "servidumbre erótica" de las mujeres porque es un cuerpo que existe para otros[55].

En el Ecuador, un estudio realizado en 1998 sobre VIH/SIDA y mujeres de sectores populares urbanos y rurales[56] confirma esta visión bipolar de la sexualidad. En el mencionado estudio, de 157 mujeres entrevistadas muy pocas recibieron alguna orientación sobre la sexualidad durante su niñez u adolescencia. La indagación demuestra como el miedo y la vergüenza rodean la vivencia sexual de las mujeres como resultado del desconocimiento de su cuerpo, pero más que todo como consecuencia de una educación cargada de temores, prejuicios, condenas, culpas y represión. Un aspecto revelador es que el 70 por ciento de este grupo había sufrido algún tipo de violencia doméstica.

Se puede advertir aquí que la vivencia de la sexualidad en mujeres de estratos populares de áreas urbanas y rurales está mayormente limitada al propósito final de la procreación. El placer está ausente en su vivencia de la sexualidad y sublimado al rol de procreación; la maternidad es la justificación de haber gozado (o sufrido) la sexualidad. En la visión de las mujeres entrevistadas, solo los hombres 'sienten' y 'deben sentir' placer durante las relaciones sexuales. Las investigadoras indican que "culturalmente se espera de las mujeres desconocimiento o por lo menos aparentar un conocimiento muy limitado sobre aspectos sexuales. Al marido se le ha delegado la responsabilidad y el derecho de llevar la experiencia y de señalar las normas de la relación en la pareja"[57].

53 Montecino Sonia, *Arquetipos chilenos de feminidad.* Entrevista en : www.nuestro.cl/notas/rescate/mujeres
54 idem
55 Referencia a M. Lagarde en Herrera G. y Rodríguez L. *Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. En Masculinidades en Ecuador*, X. Andrade y G. Herrera, editores, FLACSO, UNFPA, Quito, 2001
56 CONASIDA, CEPAM, SNV, et.al *Sexualidad y VIH/SIDA en mujeres de sectores populares*, Quito, 1998
57 idem, p. 22
58 Camacho Gloria, *Mujeres fragmentadas*, Quito, 1997, Ceplaes

En otra investigación sobre género y violencia de Gloria Camacho[58], desde las historias de vida de siete mujeres de barrios marginales de Quito, se analiza las formas de socialización y de subordinación de género que tiene su más perversa expresión en la violencia de género.

El estudio describe la socialización que las mujeres reciben durante su niñez a través de una incorporación precoz al trabajo, especialmente a las responsabilidades domésticas, lo cual causa un obligado aislamiento y soledad por la falta de posibilidades de recreación y poca socialización con otros niños y niñas.

Esos modelos de comportamiento inculcados fomentan actitudes sumisas y de subordinación. Desde temprana edad, las mujeres aprenden a aceptar la exclusión y la discriminación como parte del destino femenino. Toda esta socialización es reforzada diariamente a través del miedo producido por la violencia física y sicológica del padre, la madre y los hermanos, y luego es perpetuada en su relación de pareja.

Estas dos últimas investigaciones en el Ecuador muestran como el despertar de la sexualidad en la adolescencia temprana va acompañado de mensajes que producen miedo e inseguridad, no hay explicación solo amonestación. Existe un fuerte control de la virginidad, desde niñas reciben el mensaje de que las mujeres tienen la responsabilidad de frenar y controlar el deseo de los hombres, de no ir con hombres con malas intenciones, etc.

El inicio de la vida sexual fuera del marco establecido, es decir en relaciones prematrimoniales, está marcado por el desconocimiento, la inseguridad, el miedo y la ansiedad que les genera la noción de estar contradiciendo las expectativas socio-culturales y familiares. La vivencia del propio deseo provoca un profundo desasosiego en las mujeres, en tanto supone romper los límites de la feminidad valorada socialmente.

Las investigadoras ponen mucho énfasis en los sentimientos de culpa, desvalorización y vergüenza que acompañan a muchas mujeres durante su vida. Estos sentimientos constituyen "verdaderos obstáculos para la construcción de relaciones equitativas y satisfactorias con el otro sexo, a la vez que limitarán la posibilidad del placer, ahondarán las contradicciones y la escisión de las vivencias femeninas. La culpa, el miedo, la vergüenza y la soledad son sentimientos que reaparecen en la vida de pareja"[59],

En otro estudio realizado en Ecuador entre mujeres de áreas rurales y un grupo de mujeres de clase media, María Cuvi y Alexandra Martínez obtuvieron el mismo tipo de testimonios[60]. Por otro lado, existen también evidencias de cambios en las estructuras simbólicas y en las vivencias prácticas de mujeres y hombres en Ecuador, especialmente en mujeres de clase media y alta:

"La educación superior y el contacto con la lectura, el estudio, la información y la cultura, además de la generación de ingresos propios hacen que las mujeres de clase media disputen espacios en las relaciones de pareja. Pero aún así las mujeres combinan nuevos roles con viejas nociones, lo que les genera desconcierto, insatisfacción e intranquilidad. Dentro del matrimonio, a sus necesidades y satisfacciones personales se anteponen las de sus maridos e hijos"[61].

59 idem, p. 132-134
60 Cuvi M., Martinez A. *El muro interior*, Ceplaes, Quito, 1994
61 Troya M. del Pilar, *No soy machista pero...* en AndradeX. y Herrera G., *Masculinidades en Ecuador*, FLACSO/UNFPA, Quito, 2001

Al reconocer que los imaginarios culturales, las estructuras sociales e individuales tienen fundamentalmente valoraciones jerárquicas y prácticas basadas en el género, es necesario investigar como estas estructuras y relaciones influyen en la epidemia del VIH/SIDA, y también cómo la epidemia está influyendo en los cambios en las relaciones de género en el mundo y en el Ecuador.

Luego de 20 años de VIH/SIDA podemos decir, como Peter Redman, que en los países occidentales la epidemia del VIH se ha constituido en una amenaza para la posición hegemónica de la masculinidad heterosexual. La visibilidad social cada día mayor de personas con otras opciones e identidades sexuales, como los gays, bisexuales, travestís, transexuales y lesbianas y la necesidad, causada por la epidemia del VIH, de tener una respuesta en salud, relacionada a prácticas sexuales divergentes al modelo heterosexual, ha obligado a reconocer la existencia de otras identidades:

"La epidemia cuestiona las fundaciones ideológicas sobre las cuales la hegemonía heterosexual está basada y está actuando como un disolvente sobre la legitimidad de ideas tradicionalistas y moralistas relacionados con la naturalidad y universalidad de la heterosexualidad, especialmente en relación al reconocimiento de la existencia de otras identidades y opciones sexuales"[62].

En cuanto a la relación heterosexual como tal, según el mismo autor, el concepto del "sexo seguro"[63] manejado en la prevención del VIH/SIDA, constituye un ejemplo de "la ruptura en la economía heterosexual"[64], porque el hecho de que las mujeres negocien prácticas de sexo seguro cuestiona la base de las convenciones de la actividad sexual en la cual, culturalmente, deben ser los hombres quienes determinan los contornos, contenidos y prácticas de la heterosexualidad estándar.

Aún así, según Redman, los profesionales de la salud, los educadores sexuales y la gente que trabaja con jóvenes han ignorado en gran medida las implicaciones de las masculinidades heterosexuales y las relaciones de poder cuando se dedicaron a los temas de VIH.

El vertiginoso aumento de infecciones de VIH/SIDA en las mujeres en todo el mundo ha llevado a que muchas instancias se han dedicado a estudiar cuáles son las razones para esta tendencia en la epidemia.

En el informe 2004 de ONUSIDA[65], se dan algunas razones culturales y de género para entender esta tendencia inquietante. Una constante es que por la pobreza, muchas mujeres jóvenes y adolescentes entran en relaciones con hombres de mayor edad, quienes las mantienen económicamente. Otra razón es la desigualdad de género que hace imposible a la mujer negociar el uso del preservativo en las relaciones sexuales. La violencia sexual es otra causante de muchas infecciones por VIH/SIDA, especialmen-

62 Redman Peter, *'Empowering men to disempower themselves: Heterosexual masculinities, HIV and the contradictions of anti-oppressive education'* en Mairtin Mac an Ghail, *Understanding masculinities: social relations and cultural arenas*, Open University Press, Buckingham, 1996
63 El *sexo seguro* es una terminología utilizada en la prevención del VIH/SIDA. Se refiere al uso del preservativo masculino y/o femenino en las relaciones sexuales, sea entre heterosexuales o personas del mismo sexo.
64 idem
65 www.unaids.org, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2004*, capitulo 2: Panorama mundial de la epidemia de SIDA

te en países donde estos delitos no son sancionados por ley. Literalmente el informe ONUSIDA 2004 señala "está claro que las reglas que rigen las relaciones sexuales entre varones y mujeres, están en el centro de la cuestión"[66].

Un tema muy complejo que aparece en el informe de ONUSIDA 2004 es la creciente vulnerabilidad de mujeres casadas – y más aún si son adolescentes casadas- que practican la fidelidad y son infectadas a través del esposo, quien actúa bajo los códigos culturales masculinos como la presión de tener múltiples parejas, consumir alcohol, drogas y sexo pagado, establecer varios hogares paralelos, etc. La estrategia denominada Abstinencia, Fidelidad y uso de Condones (ABC) , mayormente no funciona para mujeres en una relación inequitativa que les impide negarse a tener relaciones sexuales, exigir fidelidad a su pareja y negociar el uso del preservativo con su esposo. "Por paradójico que parezca, la confianza y el afecto dentro del matrimonio y otras relaciones a largo plazo son a veces una parte del problema"[67].

Un tema recurrente es la falta de conocimiento sobre la sexualidad y sobre el VIH, especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes, que les pone a la merced de la 'experiencia' y el dominio de sus parejas varones[68]. El impacto de la epidemia en las mujeres se describe así en el informe ONUSIDA:

"La epidemia tiene un impacto desproporcionado en las mujeres. Sus papeles definidos socialmente como cuidadoras, esposas, madres y abuelas, implican que deben asumir la mayor parte de la carga asistencial del SIDA. Cuando la enfermedad y la muerte conducen al empobrecimiento de un hogar o comunidad, las mujeres y niñas resultan aún más afectadas debido a su baja posición social y a la falta de oportunidades económicas equiparadas"[69].

En el Ecuador, la epidemia del VIH/SIDA todavía no ha tenido impacto significativo sobre la visión de las relaciones de género en la manera como lo describe Redman para los países occidentales. Una de las razones probablemente es la falta de conocimiento sobre la realidad de la epidemia. No se considera una epidemia grande ni amenazante para el país y es manifiesta la negación de su existencia. No se desarrolla investigación sobre la realidad del VIH/SIDA en el país, ni se estudia la incidencia real. A esto se suma los escasos programas de prevención dirigidos a la población heterosexual y en ellos no se emplea un lenguaje muy explicito ni se pone en discusión las relaciones de poder en la pareja.

66 idem, p. 2
67 idem, capitulo 4, p. 1
68 idem
69 idem, Capitulo 1: Vencer el SIDA, p.1

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN

4. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación

Como está planteado en el capítulo II, existen todavía muchas incógnitas en el Ecuador respecto a la epidemia del VIH/SIDA. Por la enorme carga de culpa, el estigma y la discriminación que sufren las personas que viven con el VIH o están en la fase de SIDA, la mayoría de las personas infectadas tratan de seguir su vida como antes y de ocultar su condición de persona viviendo con VIH. En esa medida, se dificulta realizar investigaciones cuantitativas o cualitativas y conocer mejor esta realidad. Cada hospital, fundación privada u organización de personas viviendo con VIH/SIDA maneja conocimientos valiosos, pero pocas veces estos llegan a ser compartidos entre los distintos actores. La información recabada a través del sistema de vigilancia del Ministerio de Salud Pública (MSP) solo muestra una mínima parte del problema, la punta del iceberg.

Al revisar las tendencias de la epidemia en el mundo y al aplicarlas al Ecuador, se puede prever en los próximos años un aumento muy significativo en las infecciones en adolescentes y mujeres. El aumento en mujeres conlleva, además, un aumento en la transmisión vertical madre-niño. El temor más grande es que la gran cantidad de adolescentes embarazadas en el país, fruto de relaciones sexuales precoces, muchas veces bajo coerción y en situaciones de violencia, y siempre como resultado de relaciones sin protección, llevará a un aumento drástico en las infecciones por VIH/SIDA[70].

De las mujeres infectadas en el año 2005 en el Ecuador, la categoría Quehaceres Domésticos, es decir amas de casa y empleadas domésticas, constituyen el 73.9 %.[71] Según la ocupación, ellas son el grupo más afectado, más que los obreros y desempleados. Esta constatación, cada vez más presente en las cifras del Programa Nacional de VIH/SIDA, en los últimos cinco años, llevó a la decisión de investigar la realidad de este grupo poblacional femenino para entender qué ha pasado en su vida privada y cuáles son las razones de su vulnerabilidad ante el VIH/SIDA.

Objetivo de la investigación

El objetivo principal de la investigación consistió en analizar qué estereotipos, patrones culturales de género y prácticas sexuales de hombres y mujeres intervienen en la rápida expansión de infecciones con VIH/SIDA en las mujeres adultas heterosexuales que no ejercen trabajo sexual, en ámbitos urbanos de Ecuador.

La hipótesis que orientó la investigación fue que en Ecuador el aumento de infecciones VIH/SIDA en la población femenina adulta tiene estrecha relación con las relaciones inequitativas y jerárquicas de género, que causan que las mujeres asuman actitudes sumisas en las relaciones de género y en el ámbito de la sexualidad y que esto se traduce en una vulnerabilidad muy grande ante la infección con el VIH/SIDA.

70 CEPAR, *Informe Preliminar de Endemain 2004*, Quito 2005
71 Cifras del Programa Nacional de SIDA del MSP, 2005

Metodología

Para este trabajo se aplicó una metodología cualitativa de recolección de información. Se optó por entrevistar con un instrumento semi-estructurado a un grupo de 20 personas seropositivas y a cinco consejeros en VIH.

Aunque en el plan de tesis estaba previsto hacer 10 entrevistas a mujeres seropositivas y 10 a hombres heterosexuales seropositivos, en igual proporción entre Quito y Guayaquil, fue más fácil entrevistar a mujeres, especialmente en Guayaquil por la existencia de grupos de apoyo, y fue más difícil conseguir entrevistas con hombres heterosexuales en las dos ciudades. Muchos hombres heterosexuales seropositivos prefieren no participar en grupos de apoyo para personas viviendo con VIH/SIDA por temor a ser descubiertos o ser estigmatizados como homosexuales. Los grupos de apoyo ligados a los hospitales mayormente no se abren a este tipo de investigaciones, y el personal médico que atiende a las personas infectadas mantiene generalmente hermetismo sobre la identidad de sus pacientes, lo cual a la luz de las consecuencias en cuanto a discriminación para las personas infectadas. es absolutamente justificable.

Por estos motivos se realizaron más entrevistas (11) a mujeres VIH positivas y menos de las previstas a hombres heterosexuales VIH positivos. Solo se entrevistaron seis hombres heterosexuales, de los cuales dos resultaron ser bisexuales. También se entrevistaron cuatro hombres gays VIH positivos por la necesidad de saber más sobre el tema de los contactos sexuales entre gays y heterosexuales o HSH[72].

Se realizaron también entrevistas a cinco consejeros. Los consejeros son personas que realizan apoyo a personas viviendo con VIH/SIDA, en hospitales, en consulta privada o en grupos de auto-apoyo. Ellos y ellas tienen una visión de un conjunto mucho mayor de personas infectadas. Una consejera, de formación enfermera, trabaja desde hace 15 años con personas infectadas y ha acompañado a más de 500 personas viviendo con VIH/SIDA en este tiempo. Un consejero, de formación psicólogo, asesoró en los últimos dos años a alrededor de 300 personas; otro consejero tiene un grupo fijo de 70 personas. Otra consejera, enfermera, inició recién el trabajo de consejería y está asesorando a unas 10 personas por semana. La quinta consejera es una psicóloga que está apoyando a alrededor de 70 personas viviendo con VIH/SIDA en Quito, aunque un número importante de ellos vienen de la Costa. Por la posibilidad de entrevistar a un consejero y una mujer VIH positiva en Cuenca, se incluyeron las entrevistas en el análisis.

Las entrevistas semi-estructuradas con las personas viviendo con VIH/SIDA duraron entre una a tres horas; se indagó sobre el tipo de educación sexual que habían recibido durante la niñez y adolescencia, su vida de pareja, las conductas sexuales, las razones por las cuales se infectaron, el impacto del VIH en su vida, sus ideas respecto de la prevención. Mientras tanto, con los consejeros se conversó sobre sus percepciones del problema, el trabajo de consejería, su visión sobre la epidemia, las causas de su propagación y las posibles acciones de prevención.

Cada entrevista fue transcrita completamente. Para garantizar la confidencialidad de los y las informantes no se mencionan los nombres de las personas entrevistadas, sino una letra del alfabeto para denominarlas.

72 HSH: hombres que tienen sexo con hombres, terminología utilizada por ONUSIDA para indicar este tipo de contactos que no necesariamente implican una identidad homosexual.

Para complementar las entrevistas, se recopiló y analizó la información existente sobre el tema de la investigación y se estudiaron las fuentes estadísticas nacionales e internacionales para, de este modo, comparar las tendencias más pronunciadas de la epidemia en los últimos años.

LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5. LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Introducción

Dada la dificultad de profundizar en ciertos temas con las personas entrevistadas -como por ejemplo sobre las prácticas y preferencias sexuales, sobre situaciones de violencia en la pareja y más específicamente sobre violencia sexual- se optó por complementar estos vacíos con información reciente de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) [73] y otras fuentes.

Los temas tratados durante las entrevistas fueron:

1. Educación sexual en la niñez y adolescencia
2. La iniciación sexual: a qué edad, con quién
3. Múltiples parejas o diferentes parejas
4. Lo que se sabía sobre el VIH/SIDA
5. El machismo
6. Las prácticas sexuales entre hombres (HSH)
7. Lo que pasa en la vida de las mujeres y de los hombres luego de saber de su infección, su relación de pareja, su sexualidad, el miedo a la discriminación
8. Su visión sobre cómo mejorar la prevención

Cada entrevista inició con preguntas sobre la infancia, la vida en la familia y la relación con los padres. Lo primero que llamó la atención fue que la mayoría de los entrevistados crecieron en familias que no responden al modelo de familia nuclear: algunos fueron criados por los abuelos, otros por las tías o un tío, otras por su hermana mayor, o crecieron con madrastra o padrastro, o como hija o hijo del segundo matrimonio del padre, etc. Igualmente es llamativo que de las personas entrevistadas, solamente dos tienen actualmente una relación estable tradicional, es decir que conviven con la persona con quien se casaron por primera vez. El pertenecer a la familia nuclear – padre, madre e hijos – no se puede aplicar en el 80 por ciento de los casos entrevistados. Esto nos deja con la interrogante de si existe alguna relación entre este hecho y la vulnerabilidad ante la infección por VIH/SIDA.

"Esto fue un tabú, un mito": la educación sexual ausente.

De las 21 personas entrevistadas, entre hombres y mujeres, solo tres recibieron en la familia alguna información u educación relacionada con la sexualidad durante su adolescencia. Este hecho aplica para las personas mayores de 30 años, como para las personas más jóvenes. No existe una diferencia en esta realidad entre las personas entrevistadas en Quito o Guayaquil sobre este tema.

Pregunta: Cuando eras pequeña, ¿tu mamá te habló de sexualidad, de cómo cuidarse?
K: La verdad que no
Pregunta: ¿Nunca?
K: Nunca

73 Es la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil que el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) efectúa cada cinco años en Ecuador. La última encuesta fue realizada en el 2004 y el Informe Preliminar fue publicado en enero de 2005 en una colección de 6 separatas sobre los principales temas investigados: Fecundidad, planificación familiar, salud materna y del niño-niña, comportamiento sexual y reproductivo de adultas, jóvenes, infecciones de transmisión sexual y uso de servicios y gastos en salud.

Pregunta: ¿En el colegio no te habían informado?
K: No, a mi no me hablaban, solo hablaban sobre cuando uno... de la vagina, sobre eso,...cuándo uno menstrua. Nada más, eso hablaban. De ahí no hablaban de sexo, que tienen que cuidarse, nada de eso.
(K, mujer, Guayaquil, 29 años)

Pregunta: ¿No te contaron nada?
M: Cómo le digo, siempre el tipo de chapadas a la antigua, nadie quería hablar de nada, ni nadie sabía nada.
(M, mujer, Quito, 32 años)

Una señora que fue criada por su hermana mayor sí recibió orientación.

G. Mi hermana nos habló cuando tenía 15 años sobre el embarazo, como cuidarse. Ella aconsejó que fuera mejor esperar hasta el matrimonio. En este tiempo la virginidad fue un asunto todavía.
(G, mujer, 55 años)

En la conciencia de las mujeres, el **inicio de la menstruación** es un momento que ha marcado el fin de su niñez y el inicio de su adolescencia, solo en un caso fue la ocasión en que la madre le orientara respecto de la sexualidad.

F. Ahí mi madre me contó la primera vez qué significaba menstruación y que me podía pasar después si es que algo me sucedía. Entonces mi mamá me dijo que si yo tenía relaciones era, o sea, podía quedar embarazada. Entonces decía lo riesgoso que era, que yo no podía hacer nada después que yo me arrepienta. O sea eso me decía siempre: "no hagas nada de lo que después te arrepientas"
Pregunta: ¿Y tú entendías lo que quería decir?
F: No (Risas)
(F. mujer, 23 años)

Pregunta: Y cuando tuviste la primera menstruación, ¿qué te dijeron?
M: Fui criada con una tía y con mi abuelita. Mi abuelita es la que me enseñó, más o menos me decía algo, pero, de ahí... es más entre amigas lo que más nos contábamos.
Pregunta: Entonces, ¿ni la abuela ni la tía te contaron?
M: No, nadie
(M, 32 años)

Pregunta: ¿Tu mamá nunca te había contado?, ¿en el colegio tampoco?
C: No. Yo menstrué a los 11 años
Pregunta: ¿Y en ese momento te contaron algo, qué es eso?
C: O sea mi mami...Yo me asusté porque no sabía. Estaba dormida me levanté y cuando me vi embarrada en sangre y me sentía mal y yo corrí donde ella y le dije y ella me dijo que eso era normal que eso pasaba entre las mujeres y de ahí ya me explicó, me dijo lo que tenía que usar y que eso era algo normal en uno.
Pregunta: Pero, ¿te explicó sólo de la menstruación, no te explicó de la sexualidad?
C: No, de la sexualidad no
(C, mujer, Guayaquil, 30 años)

La primera relación sexual

La mayoría de las mujeres se inició sexualmente entre los 13 y 16 años. Solo las dos mujeres mayores de 40 años se iniciaron sexualmente a los 19 y 20 años. Esta diferencia entre las generaciones se refleja también en las cifras del ENDEMAIN, donde se indica que el 47% de mujeres entre 15 y 24 años de edad han tenido al menos una relación sexual, lo que implica un aumento del seis por ciento con relación a 1994[74].

También se entrevistó a una mujer joven de 23 años quien fue abusada sexualmente por su tío cuando tenía ocho años y probablemente fue infectado con VIH a esta tierna edad. Por las amenazas de él no se atrevió a contar esa experiencia tan dolorosa a nadie hasta cuando tuvo 16 años y se lo dijo a su madre. Ni así, se tomaron acciones contra su tío que todavía frecuenta la familia. Ella estuvo traumada sobre su sexualidad y cuenta como se obligó muy conscientemente a tener relaciones con su novio tres meses antes de cumplir 18 años para tratar de dejar este trauma atrás. Ella indica que fue como una prueba para saber si alguna vez podría establecer una relación normal con un chico.

En las mujeres entrevistadas, la primera relación sexual se ha dado, en varios casos, con un hombre mayor. Esta iniciación fue, además, el comienzo de una relación estable que implicó salir de su entorno familiar y establecer otro hogar:

El padre de mis hijas, yo me uní con él a los 13 años, pero él era mi enamorado desde los 11 años...
Pregunta: Y, ¿él era muchos años mayor que tú?
C: Sí, él era 14 años mayor
(C, mujer Guayaquil, 30 años)

K: Si, el era mayor que mi. Él era... me acuerdo que él tenía 28 años
Pregunta: Él 28 y tú 15. Y, ¿te cuidaste en estas relaciones?
K: No me cuidaba por que él sabía cuidar y él decía que sabía cuidar para no dejar embarazada
(K, mujer, Guayaquil, 29 años)

M: No, yo tuve a los 14 años mi primera relación sexual
Pregunta: ¿Con un amiguito, con un señor?
M: Con un señor
Pregunta: ¿Mayor?
M: Sí
Pregunta: ¿Cuánto mayor?
M: Era más de diez años mayor
(M, mujer, Quito, 32 años)

Yo tenía mi primera relación a los 16 años con un hombre el doble de mi edad.
(X, mujer, Quito, 39 años)

Las mujeres expresan que esta relación inicial fue muy importante para ellas, era su primer enamoramiento y recuerdan: *"él me había dado todo, el me había enseñado todo, yo me había enamorado, él era todo para mí"*, etc. son las expresiones más comunes.

74 CEPAR, Informe preliminar de ENDEMAIN 2004, *Comportamiento sexual y reproductivo de adultas jóvenes*, Fascículo 4, Quito, 2005

Una mujer que estuvo en una relación con un hombre 10 años mayor entre sus 15 y 18 años, cuenta como él le compraba ropa y le ayudaba con los gastos del colegio.

K: Era solo mi novio, salía del colegio él me iba a buscar y era él que me pagaba a mi todo....
Pregunta: ¿Él era un hombre casado o era un hombre soltero?
K: Él era un hombre soltero, pero él tenía su chica
Pregunta: ¿Además a ti? ¿Y no te molestaba eso?
K: ¿A mí? Pero yo no lo vine a saber, yo lo vine a saber cuando ya no...
(K, mujer, Guayaquil, 29 años)

Otra persona explica su temprana entrada en una relación así por "la soledad y la necesidad de estar con alguien". El hecho de que este hombre la dejó cuando ella se embarazó, es interpretado desde las explicaciones dadas para dejarla.

M: Viví con él un año
Pregunta: ¿A los 14 años?
M: Viví con él hasta los 15 que me quedé embarazada
...
M: Fue que yo quería encontrar refugio en alguna persona, porque como mi abuelita igual trabajaba siempre, yo estaba sola, mis papás por acá, entonces todo fue más la soledad, parece.
Pregunta: ¿Y el te dejó porque estabas embarazada?
M: No, el dijo que tenia que hacer empotrado y que iba a viajar, entonces se fue y ya no le volví a ver, hasta cuándo mi hijo tuvo 15 años.
(M, mujer, Quito, 32 años)

Los testimonios nos hablan de un inicio sexual a temprana edad, con un hombre mayor. Los hombres descritos en estos relatos saben cómo enamorar a las chicas, algunas todavía niñas; representan en algunos casos figuras paternas, por esto los recuerdos de las mujeres se centran en el hecho de que el hombre les cuidaba o les ayudaba económicamente. Era la persona que les enseñaba sobre la sexualidad y la vida en pareja. Ellas se entregaron sin cuestionar, sin poner condiciones.

Pero también surge de estos relatos la imagen de la "otra cara" del hombre: celoso, cerrado, a veces violento, que no deja que la chica estudie o trabaje, ni deja que se relacione con otras chicas de su edad y menos con otros jóvenes u hombres. Dos mujeres cuentan como el hombre ni siquiera les dejaba visitar a su familia.

La relación de poder y de jerarquía en estas relaciones fue muy marcada desde el inicio:

Pregunta: ¿Alguna vez has sufrido maltrato o violencia en tu relación?
C: Sí
Pregunta: ¿Con el primer esposo?
C: Sí con mi primer esposo cuando estaba embarazada de mi primera niña. O sea como era demasiado celoso él no quería que salga a ningún lado.
(C., mujer Guayaquil, 30)

Otro tema recurrente es el abandono por parte del hombre una vez que la chica se embaraza, probablemente para no asumir la responsabilidad paternal. Es en este momento que las mujeres se enteran que el compañero inició o mantuvo otra relación sentimental o que ya tenía un primer hogar establecido.

Estas historias se repiten también en las mujeres mayores dentro de un matrimonio o relación estable donde los compañeros inician relaciones con chicas jóvenes, como es el caso de G., quien incluso educó al hijo que su esposo tuvo con una chica joven. En el caso de A. su compañero mantuvo otros dos hogares paralelos.

En los hombres entrevistados, varios de ellos tuvieron rupturas con su familia alrededor de los 12 años de edad, sea porque empezaron a trabajar e independizarse, o porque tuvieron que irse de la familia para estudiar en la ciudad. Este distanciamiento con la familia implicó no recibir orientación sobre la sexualidad y los empujó a sus primeros contactos sexuales con trabajadoras sexuales, conjuntamente con amigos a los 13, 14 años:

> Aprendí sobre la sexualidad, haciendo, con las chicas, en los prostíbulos, adonde fui con amigos.
> (J. hombre, Quito, 36 años)

> F. No terminé el bachillerato, empecé a trabajar desde los 12 años y he combinado con los estudios.
> Nunca me enseñaron nada sobre la sexualidad en la casa, aprendí con amigos, tuve muchas chicas, fui a prostitutas, aprendí así sobre la sexualidad y crecí con la idea que hay que tener muchas mujeres para ser todo un hombre.
> (F. hombre, Guayaquil, 55 años)

Un hombre menciona que esta iniciación con trabajadoras sexuales y con muchas mujeres le dio una visión de una "sexualidad agresiva", de alguna manera vinculada con la violencia y que le costó mucho tiempo de su vida poder cambiar esta visión. De los cuatro hombres heterosexuales entrevistados, uno recuerda que también tuvo un contacto homosexual a sus 16 años con un hombre gay y que esto pasó por necesidad económica. Como esta experiencia no le gustó ya no tuvo más experiencias así.

Dos hombres tuvieron otro inicio sexual con una chica de su edad o algo mayor.

S. tuvo su primera relación sexual a los 13 años con la empleada joven de 18 años en la casa de su mejor amigo y luego, a partir de los 15 años empezó a frecuentar trabajadoras sexuales hasta que tuvo una novia de su misma edad entre los 16 y 17 años, con quien luego tuvo relaciones sexuales:

> Tenía un grupo de amigos que siempre íbamos a jugar en la casa donde trabajaba esta chica y entre eso que jugábamos también nos interesaba mucho saber estás cosas relacionadas con el sexo, entonces de alguna manera esta persona que trabajaba ahí, que también era joven, no sé, tenía unos 17, 18 años, tal vez. Entonces nosotros como que le veíamos de alguna manera y nos atraía, era una mujer; nosotros éramos un grupo de hombres y nos atraía y a veces tratábamos de estar con ella y que sé yo, tocarle, cosas así, hasta que un día de esos se dio la oportunidad y pasó.
> (S. hombre, Quito, 40 años)

En el caso de un hombre bisexual, éste se inició sexualmente a los 19 años con su novia y desde ahí mantuvo dos relaciones estables con mujeres. Luego tuvo una relación homosexual. El indica que la atracción por ambos sexos es igual.

Los hombres gays entrevistados tuvieron muchas dificultades para asumir su orientación sexual y aunque tuvieron experiencias sexuales con chicas de su edad, no se sintieron satisfechos o realizados. Esto duró hasta que llegaron a asumir su identidad sexual cuando tenían alrededor de 20 años. Un hombre gay indica que la mayoría de los chicos jóvenes en Guayaquil tiene experiencias homosexuales durante su adolescencia. Dio el ejemplo de un amigo gay que se dedica a establecer este tipo de contactos y que los adolescentes y jóvenes aceptan tener relaciones con él por curiosidad, o porque "están con tragos" o por necesidad económica, tema que retomaremos cuando se hable sobre la prevención del VIH.

Otro hombre homosexual tuvo su primera experiencia sexual a los 11 años con un hombre joven de 20 años. Su búsqueda de identidad sexual terminó a los 17 años cuando se definió homosexual.

¿Múltiples o diferentes parejas?

Cuando se habla sobre "conductas de riesgo" frente al VIH, según ONUSIDA y las organizaciones que se dedican a estudiar la epidemia del VIH/SIDA[75], la conducta de mayor riesgo es tener *múltiples parejas sexuales sin usar protección con preservativos*. Este concepto puede ser entendido de la siguiente forma[76]:

a) Tener una pareja estable y también tener relaciones eventuales, como las famosas *one night stands* (una relación de una noche con una persona conocida o desconocida).

b) Tener relaciones con varias parejas sexuales paralelamente. Por ejemplo en el transcurso de una semana o un mes, tener relaciones con tres o más diferentes parejas sexuales sin necesariamente establecer una relación emocional, más allá, con esta pareja.

c) Tener una pareja 'estable', tras otra, durante un determinado tiempo. Por ejemplo, una chica joven que ha tenido cuatro novios en el transcurso de seis meses y que durante cada etapa de noviazgo solo tiene relaciones con el novio de turno.

Este concepto puede ser aplicado a relaciones heterosexuales, bisexuales y homosexuales. En la prevención del VIH/SIDA el énfasis está en el uso del preservativo, porque, en sí, tener múltiples parejas no necesariamente es un factor de riesgo. En el caso de la prevención del VIH/SIDA en trabajadores y trabajadoras sexuales se ha demostrado, que el uso consistente del preservativo reduce el riesgo a la infección de forma muy significativa[77].

Los hombres y las parejas múltiples.

Todos los hombres entrevistados han tenido conductas sexuales que corresponden a una de las tres categorías de "múltiples parejas".

Algunos han tenido varias parejas sexuales, como H,

75 El concepto de *múltiples parejas sin protección* como mayor factor de riesgo está comúnmente empleado en las publicaciones de ONUSIDA, de OPS/OMS, de ONGs y otras instancias que se dedican a dar una respuesta a la epidemia.
76 Categorías explicativas que utilizo en charlas de prevención para que el público pueda entender mejor el concepto y ubicarse en una de las categorías, si es el caso.
77 Ver www.unaids.org

Pregunta: ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en tu vida?
H: Bastantes, unas 40
(H, hombre, Quito, 33 años)

Casi todos los hombres heterosexuales casados entrevistados, han mantenido relaciones eventuales con otras mujeres, trabajadoras sexuales, compañeras de trabajo, etc.

Las mujeres infectadas, igualmente, concuerdan que sus parejas tuvieron esa conducta, a veces abiertamente, a veces de manera oculta.

Pregunta: Tu esposo, ¿cuántas chicas ha tenido?
E: Hijote hijito, ahí si que perderíamos la cuenta
(X, mujer, Quito, 39 años)

Otros hombres indican que en los periodos entre las relaciones estables que han tenido, y que fueron relativamente monógamas, tuvieron etapas con lo que ellos mismo llaman una conducta *"promiscua"*, es decir, con muchas y diferentes mujeres. Las personas bisexuales tuvieron relaciones estables con mujeres, y en los periodos entre una relación estable y otra, tuvieron encuentros sexuales con mujeres y también con hombres. Todos los hombres infectados reconocen que no utilizaron preservativos en sus múltiples relaciones, por varios motivos: no tenían costumbre de utilizarlos, no les gustó utilizarlos, las trabajadoras sexuales a veces prefieren no utilizarlos o porque sus parejas estables y eventuales se resisten a su uso. Todos indican que no se dieron cuenta que esta conducta les podría causar el VIH/SIDA, solo un hombre homosexual estaba consciente del riesgo.

Las mujeres y la fidelidad intermitente

En las entrevistas, se trató de descubrir en qué medida las mujeres infectadas tuvieron múltiples parejas como conducta de riesgo.

La mayoría de las mujeres entrevistadas han tenido en dos o tres relaciones, 'uniones' o 'compromisos' estables. Entre las razones por las cuales se terminó la primera o segunda relación figuran:

A. se separó de su compañero luego de cuatro años porque él estaba molestando sexualmente a los sobrinos y sobrinas pequeñas. Para escapar al acoso de este compañero se juntó con otro hombre con quien vivió 11 años. Actualmente es viuda.

C. fue muy controlada, encerrada por el compañero celoso, sufrió también violencia. Se separó de él luego de 11 años juntos. Luego tuvo un segundo compromiso durante cuatro años y el hombre la dejó cuando se embarazó. Este hombre también tenía, a la vez, otra pareja. Luego de dos años con relaciones eventuales, ella se juntó con su tercer compromiso, que actualmente ya tiene una duración de dos años.

K. inició su vida sexual a los 15 años con un hombre que tenía 28 años de edad. Esta relación duró cuatro años. Él terminó la relación porque se iba a casar con otra chica. Ella recién supo esto después de que se terminó la relación. Luego tuvo otra relación durante cuatro años que ella terminó porque su compañero la engaño con su mejor amiga.

Cuando M se embarazó luego de un año de vida en unión, a los 15 años, el hombre se

fue y nunca más volvió. A los 26 años empezó otra relación con un extranjero que duró cuatro años hasta que el compañero volvió a su país de origen por estar enfermo con SIDA. El no la avisó de su condición de seropositivo durante sus años juntos. Actualmente ella está en una relación estable con otra persona seropositiva.

L. fue abandonada por su primer amor luego de cuatro años juntos y cuando ella estaba embarazada. él la dejó porque tenía otra mujer. Actualmente no tiene pareja.

La decepción por ser abandonadas -sobre todo por descubrir que el compañero había tenido otra pareja, incluso que estaba casado y con hijos en algunos casos- es asumida por casi todas las mujeres entrevistadas como algo "normal" e inevitable en los hombres "debido al machismo". Pero resulta difícil terminar una relación para las mujeres: K. no aceptó la infidelidad de su compañero y terminó su relación con él. Luego fue acosada por él durante meses. Una vez consintió y tuvieron relaciones sexuales. Ella piensa que se infectó durante esta única noche.

L. igualmente volvió a tener relaciones con el compañero que le había abandonado durante su primer embarazo a causa de la infección por VIH que el no quiso aceptar, ni en ella ni en si mismo. L volvió con él porque "él era el amor de mi vida", y se quedó embarazada por segunda vez. Luego fue abandonada una vez más.

A. se separó varias veces de su segundo 'compromiso' porque no aguantaba que su compañero tuviese otras dos mujeres, con hijos, aparte de ella, además de otras relaciones eventuales. Pero cada vez se dejó convencer de nuevo:

A. Él tenía un modo de enamorar, que si yo me separaba dos semanas, un mes, él me buscaba, me seguía, me ablandaba, sí, incluso una pasión. Yo no creo en las cosas malas, en la brujería, cosas malas de esas, no, no creo. Sin embargo, él me dijo que me la había hecho.
(A., mujer Guayaquil, 37 años)

Una señora de 55 años, quien está casada desde sus 20 años, relata como su esposo ha sido mujeriego y bebedor. Dice que se quedó en el matrimonio por amor al esposo y más que todo por los hijos, y que fue fiel toda su vida. Cuando ella le reclamaba por la infidelidad, él decía: "no te preocupes, ninguna de estas mujeres está a tu altura...tu eres el amor de mi vida" (G, mujer Guayaquil, 55 años)

X. está casada desde hace 14 años. Su compañero sabía que estaba infectado con el VIH cuando se casaron pero nunca la informó de su estado. Recién cuando él empezó a enfermarse con enfermedades oportunistas causados por el VIH, ella se enteró de su condición.

X.: Él ya había sabido anteriormente pero no se había conscientizado porque le habían dicho casi cuando eran recién los primeros casos aquí en el Ecuador.
Pregunta: ¿Hace qué tiempo más o menos fue esto?
X: Por el 90, 91 es lo que me dice que le dijeron en la Cruz Roja
Pregunta: ¿Y tú supiste en qué fecha?
X: Yo me enteré en el año 1996

Pregunta: ¿Cómo crees que él obtuvo, cómo se infectó?
X: Sabes que él antes de conocerme a mí trabajaba en el Oriente aquí del Ecuador y le gustaba ir a esos lugares
Pregunta: ¿Cuáles lugares?
X: A los prostíbulos, no sé como se llaman ahora
Pregunta:. ¿Y cómo crees que fue, no usaba preservativo?
X: No, no dice que nunca le gustó usar el preservativo
(X, mujer, Quito, 39 años)

X. se quedó con él, aunque le costó asumir la realidad de haber sido infectada por su ser amado. Cuenta que actualmente su relación ha mejorado desde que han asumido como pareja su condición de VIH positivos. Ella solamente ha tenido dos parejas sexuales en su vida: su primer novio y su esposo.

Todas estas historias ilustran de alguna manera la "sumisión paradójica" que describe Bourdieu, que tiene mucho que ver con el manejo de estereotipos y normas culturales sobre los sentimientos que deben sentir las mujeres hacia los hombres. Aunque las mujeres entrevistadas ya habían tomado una decisión sobre su relación con el compañero, algún sentimiento de culpa, de pena, nostalgia por el amor perdido, una esperanza, las hizo aceptar de nuevo el compañero.

Una excepción es C, quien tomó la iniciativa de dejar a su primer compromiso, luego de 11 años y mantuvo un segundo compromiso de cuatro años. Por el maltrato que también sufrió en esta segunda relación decidió separarse. Actualmente está en su tercer compromiso que tiene dos años de duración. Durante cada relación estable ella ha sido fiel, pero menciona que entre las diferentes relaciones ha tenido también relaciones ocasionales. Ella es la única mujer entrevistada que reconoce su propia necesidad de llevar una vida sexual activa:

C. Es que habemos personas que no nos podemos abstener, es algo normal, decir del cuerpo, que uno quiere tener relaciones, que uno quiere tener su pareja y es algo imposible que uno le diga "No, detente, no puedes tener relaciones".
(C. mujer, Guayaquil, 30 años)

Las mujeres que participaron en el estudio aseveran que ellas fueron fieles al compañero durante cada una de sus relaciones estables. Esta suerte de *fidelidad intermitente* no la sienten como una conducta de riesgo, no obstante que ambas personas entran a la relación con una historia sexual anterior. Al no conocer los posibles riesgos y por la ignorancia relacionada con el VIH/SIDA, ninguna de las mujeres u hombres se realizó la prueba VIH o pidió al compañero que se realice la prueba. Una vez establecida la nueva unión, la mujer considera normal tener relaciones sexuales sin protección y que pedir el uso del condón significaría demostrar una actitud de desconfianza hacia el compañero.

¿Y qué de las parejas múltiples y de la infidelidad de las mujeres?

Un consejero en Quito, que ha atendido en su consulta a unas 300 personas, describe el cambio en las conductas sexuales de esta manera:

J. En las mujeres hay que diferenciar entre las de 19 a 25 años y las de 25 a 40 años. Las primeras tienen múltiples parejas. Pero también he tenido mujeres en la consulta que se han infectado después de tener una sola relación con su novio.

En las mujeres de 25 arriba la mayoría se ha infectado a través del esposo, aunque no se puede generalizar.
Pero también hay casos como una mujer que ha tenido siete parejas siendo casada, y la razón fue que su esposo no le satisface. (J. consejero)

Otra consejera, quien recibe en su consulta mayormente a parejas que tienen periodos de separación por el trabajo del marido, afirma que también existe mucha infidelidad en las mujeres. Las razones para ello son variadas pero en gran medida relacionadas con la soledad, la monotonía o porque están casadas con hombres mayores. Ella afirma que de las 50 mujeres que han venido a sesiones de consejería con ella, solo una ha conocido la satisfacción sexual del orgasmo dentro de su relación estable. Pese a ello, las mujeres no reconocen que sus relaciones extramatrimoniales tengan una relación con esa insatisfacción:

M: La mayoría busca en otro hombre no tanto la satisfacción sexual, sino busca escapar de la soledad y la monotonía. Entonces le digo: "¿Entonces para qué lo traicionas si en esta relación tampoco tienes satisfacción sexual?" "Porque mi esposo me deja mucho tiempo sola, en cambio la otra persona va constantemente, me siento acompañada, me siento que estoy con alguien", pero no es tanto por la parte sexual.
Pregunta: ¿No tanto el tema sexual?
M: No, el tema sexual más bien se ve en otro nivel, en otra escala. Por ejemplo, las mujeres de más alto nivel por ejemplo, ellas buscan a personas más jóvenes o buscan otro tipo de experiencias sexuales porque ya se agotaron todas con su marido o su marido está viejo, supongamos. Entonces ellas si buscan otras formas de tener satisfacción sexual
(M. Consejera)

El tema de la satisfacción en la pareja merece ser estudiado a fondo, tanto en lo afectivo como en la relación sexual y la interrelación entre estos aspectos de la vida íntima con las conductas de múltiples parejas, en hombres y mujeres.

¿Quehaceres domésticos o trabajo sexual encubierto?

Una inquietud al respecto del alto número de mujeres infectadas con VIH/SIDA, con oficio *Quehaceres Domésticas* (73%) en las estadísticas del Ministerio de Salud[78] (2005), es si estas mujeres realmente son amas de casa e empleadas domesticas, o si entre ellas también están registradas trabajadoras sexuales ilegales que prefieren no indicar su verdadera profesión al acudir a los servicios de salud.

De las 11 mujeres entrevistadas, ocho se definen como amas de casa, dos son profesionales (actualmente desempleadas), y una es estudiante. Todas han trabajado anteriormente también fuera de la casa, en una empresa internacional, en venta de autos, lavando ropa, en un restaurante, etc. Ninguna de ellas ha realizado trabajo sexual.

Un consejero entrevistado considera que de las mujeres que aparecen bajo el rubro *Quehaceres Domésticos* en las estadísticas oficiales del VIH/SIDA del Ministerio de Salud, apenas un mínimo porcentaje ejerce también trabajo sexual. Él basa esta estimación sobre las entrevistas con más de 100 mujeres durante las sesiones de consejería en Quito.

78 Programa Nacional de SIDA, Cifras año 2005, cuadro de infección según ocupación. Ver el cuadro en el capitulo II.

Pregunta: En otras mujeres de clase media y alta, ¿cómo es?, ¿son realmente amas de casa o también hacen trabajo sexual?
J: También hacen. Las de alto nivel, un ejemplo me quedé asombrado. Ella dije," doctor, yo tengo el virus, yo sé que voy a morir, de una u otra manera". Ella me miró y me mostró su brassière y me dijo:"esto es de seda, mis interiores son de seda, Yo me compro en 300 dólares. Yo dejando la prostitución, trabajando en banco - porque entre comillas trabaja de cajera- ¿usted cree que me podría comprar esto?" Ellas dicen que redondean en la noche. Yo conocí a tres. (J, consejero)

Las 11 mujeres entrevistadas indican que en los hospitales y en su grupo de apoyo ven mayormente mujeres como ellas, infectadas a través del cónyuge o 'compromiso'. En cada relación estable la mujer solo mantiene relaciones sexuales con el compañero de turno. La relación estable implica para ellas confianza y seguridad en el compañero y consecuentemente no se les ocurre ningún cuestionamiento sobre relaciones sexuales sin protección. Ellas han detectado su estado de VIH positivo cuando el compañero se enfermó o murió por SIDA, o cuando estaban embarazadas y en los controles prenatales el ginecólogo les recomendó realizarse la prueba del VIH.

El trabajo sexual tiene diversas caras

En un evento organizado por el Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD) en el 2003 denominado "Pobreza y VIH/SIDA en Guayaquil", los y las asistentes mencionaron ejemplos de otras formas de trabajo o explotación sexual, como es el caso de mujeres pobres que a veces deben recurrir a pagar favores, alimentación, ropa, etc. con relaciones sexuales. Este tipo de trabajo sexual se llama *sexo transaccional*[79] y es común en países donde existe mucha pobreza feminizada que se expresa, mayormente, en la existencia de mujeres jefas de hogar que viven en pobreza absoluta.

Durante un taller con profesores rurales, dos profesoras recién egresadas comentaron que algunos supervisores de educación exigen favores sexuales para designarlas en un puesto de trabajo. Una vez establecido esta relación de dependencia con el supervisor, a veces cuesta años para que la profesora pueda salir de ella.

Un hombre entrevistado en Guayaquil mencionó durante la entrevista que es muy fácil para un hombre adulto conseguirse una chica joven y entablar una relación más o menos duradera con ella, y que este tipo de relaciones son incluso fomentadas por los padres: "las madres prefieren que la chica esté con un hombre mayor y que traiga algo a la casa, a que esté con el vago de la esquina" (F, 55, Guayaquil).

De los testimonios anteriores, sobre la primera relación sexual y la relación estable con hombres mayores, se puede inferir que esta práctica de los "*sugar daddies*" (ver pie de página) existe también en Ecuador. Esta práctica fue más frecuentemente mencionada en las entrevistas de Guayaquil que en las de Quito. La realidad de la pobreza y la necesidad económica hacen que el *sexo se utilice como un artículo de consumo* que se intercam-

79 El *sexo transaccional* se ejerce en una relación de dependencia, mayormente económica, cuando la mujer se ve obligada a pagar ciertos favores, protección, productos, etc. con relaciones sexuales con un hombre . Estas relaciones no son lo mismo que el trabajo sexual de las trabajadoras sexuales que obtienen ingresos en una relación negociada con el cliente. Para muchas mujeres, el sexo transaccional no es concebido como trabajo sexual, ya que implica muchas veces relaciones sexuales con un hombre con poder político o poder económico. Estas relaciones son fundamentalmente no equititativas. En los países africanos existe el fenómeno de los *Sugar Daddies*, hombres mayores que mantienen económicamente a adolescentes y mujeres jóvenes a cambio de favores sexuales exclusivos, muchas veces con el consentimiento de los padres. Ver también www.unaids.org, Informe 2004, p. 10.

bia por bienes, servicios, dinero, alojamiento o para cubrir otras necesidades básicas[80].

El *sexo transaccional* parece ser bastante común y está relacionado a la dependencia económica, política, laboral o por diferencias de edad entre hombres y mujeres, pero es necesaria más investigación al respecto para entender la naturaleza, las formas y causas de este fenómeno.

En lo que se refiere al trabajo sexual, hay igualmente indicios de que existe una variedad de prácticas entre el trabajo sexual "a tiempo completo", el trabajo sexual eventual 'compensatorio' o la actividad "para redondear el sueldo"[81]. Lograr mejor conocimiento de esta realidad es indispensable para implementar propuestas de prevención.

En conclusión, podemos decir que las estadísticas oficiales probablemente reflejan la realidad de la creciente infección en las mujeres "amas de casa", pero esto se debe entender dentro de un concepto más amplio que el de la tradicional "ama de casa", quien se casa y se queda en una relación monogámica con el mismo compañero para el resto de su vida. Igualmente el concepto de "relación estable" es muy relativo. Para la mayoría de las personas entrevistadas, una relación estable puede durar algunos meses hasta algunos años. Consecuentemente, el concepto de "fidelidad" también es entendido en una temporalidad relativa y no como una fidelidad absoluta. En los mensajes de prevención se tendría que considerar esta realidad para lograr el reconocimiento subjetivo de la situación de riesgo en las "amas de casa" y en las mujeres y hombres en general.

Cambios en la conducta sexual

Retomando información proporcionada por los consejeros y personas entrevistadas, podríamos concluir que las mujeres jóvenes están cambiando sus conductas sexuales. Actualmente, ellas experimentan más en su vida sexual: tienen más tempranamente relaciones sexuales y tienen varias parejas sexuales. Esto tiene que ver con cambios en la sociedad, menos control social sobre los jóvenes por parte de los padres y familiares; menos influencia de la Iglesia e instituciones religiosas; mayor acceso a espacios públicos: educación, diversión, y la influencia de los medios de comunicación.

Por ejemplo, una de las tendencias es estar de *amigovio/a*, lo cual se traduce en una relación de amistad que implica, entre otras cosas, el derecho mutuo a tener relaciones sexuales. No hay compromiso de fidelidad o de amor. "Es solo un vacile"[82], dicen los y las adolescentes y jóvenes a sus padres cuando preguntan a sus hijas e hijos si esta persona es su novia o novio.

Los y las consejeras están preocupadas por estos cambios en las prácticas sexuales de los jóvenes y la directa relación con el creciente número de jóvenes infectados, como lo expresa J de manera bastante dura:

> J: Los y las adolescentes copian las actitudes de sus compañeros.
> Para mí, en los jóvenes, en esta sociedad en el cual se dejan llevar por el alcohol, la droga, y que tienen relaciones abiertamente y sin protección. Es un problema de educación. Hay muchos jóvenes universitarios infectados. De los 19 a los 25 y 27 años, he descubier-

80 www.unaids.org, Informe 2004, p. 10.
81 Como expresado por el consejero J. en la entrevista
82 *El vacile y el/la amigovio/a* son dos expresiones de moda para esta relación entre jóvenes. Se trata de una mezcla entre amistad y noviazgo, y de corta duración, quizás de una semana, hasta unos meses.

to muchas cosas, hay sexo, orgi-piñatas, es una orgía camuflado en una fiesta, todos contra todos, y ellos no saben con quien lo están haciendo y no importa. Se dejan llevar por los impulsos.

(J. consejero)

El cambio en la cultura sexual de las jóvenes se refleja también en la información arrojada por la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), aunque no parece tan drástico como podría concluirse del relato del consejero entrevistado. Las relaciones premaritales han aumentado siete puntos en un periodo de 10 años: "el 47% de las mujeres entre 15 y 24 años de edad ha tenido al menos una relación sexual, de las cuales el 37% es premarital. Entre la encuesta del 1994 y esta, hay un aumento de 7 puntos porcentuales"[83].

Una noticia buena en la investigación para la ENDEMAIN es que las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años se cuidan cada vez más con métodos anticonceptivos para embarazos no deseados. Sin embargo, el preservativo no se emplea regularmente en sus relaciones sexuales. Al respecto no ofrece explicaciones la ENDEMAIN, pero podemos suponer que el limitado acceso a información y a los mismos preservativos; la falta de recursos económicos, el poco empoderamiento de herramientas de negociación con el compañero sexual, son todos elementos que pueden explicar esta realidad. Parece existir, además, una directa relación entre el nivel de instrucción y el uso de los preservativos:

"El 9.5% de las mujeres con nivel de instrucción superior utilizan el condón como método de anticoncepción, mientras que de las mujeres sin instrucción solo el 0.1% lo usa.

Igualmente existe una diferencia entre mujeres urbanas y rurales: las mujeres urbanas utilizan el condón en el 5.6% de los casos, y solo el 2.5% de las mujeres rurales lo hacen.

Otra diferencia es entre Costa y Sierra, con un mayor uso en la Sierra (5.4%) y en Galápagos (6.4%). En la Amazonía el 5.7% usa el preservativo pero en la Costa solo el 3.2 % de las mujeres utilizan esta forma de anticoncepción"[84].

En conclusión, todo indica que existen transformaciones importantes en el comportamiento sexual de los jóvenes, especialmente en el ámbito urbano y con cambios más notables en la conducta de las mujeres jóvenes. Ellas viven su sexualidad con mucho más libertad y experimentación que hace diez años. Por el hecho de que no emplean regularmente protección durante sus relaciones sexuales, sus conductas las exponen a un riesgo más alto de contraer el VIH/SIDA.

Los resultados de la ENDEMAIN recalcan también la importancia de la educación para la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como un elemento que aumenta su acceso a información, facilita mayor formación de criterio y empoderamiento. Las mujeres jóvenes con niveles de instrucción superior inician su vida sexual más tarde, de manera más independiente, pero también algo más consciente de los riesgos, especialmente del embarazo no-deseado. Esto es importante desde la perspectiva de la prevención, ya que se puede construir estrategias nuevas sobre estos avances.

83 Cepar, *Informe Preliminar de ENDEMAIN 2004*, Quito, enero 2005
84 idem, Fascículo 2. *La planificación familiar.*

"Nunca pensé que esto me podía pasar a mí". El conocimiento sobre el VIH

Al preguntar acerca del conocimiento sobre el VIH/SIDA a las mujeres y hombres entrevistados, todas las mujeres indicaron que nunca consideraron que podrían ser infectadas. Varias de ellas ni siquiera habían escuchado hablar del VIH, pero sí sabían "que el SIDA es una enfermedad mortal". Ninguna conocía las formas de transmisión, ni las formas de prevención.

Cuando me dijeron el resultado VIH positiva, yo no sabía nada del VIH o SIDA. Ahora me he enterado de muchas cosas, por ejemplo lo que es el preservativo, como y cuando utilizarlo. Si hubiera sabido qué es el condón y para qué sirve, probablemente le hubiera pedido a mi esposo de utilizarlo cuando volvía de su trabajo después de los 20 días que estaba afuera.

(Y, mujer, Cuenca, 38 años)

De hecho, existen casos que muestran esta realidad, como la experiencia de dos señoras que se hicieron la prueba de VIH, una de ellas durante un embarazo y la otra como exigencia para el trabajo. Pero aún así no sabían lo que era el VIH y no consideraron que podrían ser vulnerables o estar en riesgo. Incluso, una de ellas cuenta que su hermano murió de SIDA un año antes que ella saliese positiva, pero ella nunca pensó que corría riesgo.

La falta de elementos de comprensión y los prejuicios sobre el tema son otro factor que incide. Al recibir información en el colegio, F. de 23 años, no relacionó el VIH con el comportamiento sexual, ya que se hizo énfasis en la prevención del embarazo y no en prevenir el VIH:

Pregunta: ¿Habías escuchado del SIDA antes?

F: Sí, porque yo en el colegio estudié químico biólogo porque mi sueño era seguir ingeniería en alimentos o veterinaria, algo relacionado con la medicina. Entonces nos mandaban hacer estudios y siempre que topaban el tema de SIDA, yo pensaba: "Bueno esta enfermedad afecta a todas las células del cuerpo, se acaban las defensas y se acaba el virus" y yo decía, "bueno, otra vez estás bien"

Pregunta: ¿No entendías que...?

F: No, no, jamás entendía. Siempre nos decían: estudien, vean y no nos explicaban y **siempre nos hacían ver que esto era solo para homosexuales o personas prostitutas, podríamos decir; pero nunca nos decían que también nos puede pasar a nosotros.** Y yo siempre llegue a pensar: "ah esto les pasa a estos manes[85], no me puede llegar a pasar a mi" y como ni en el colegio y hasta cuando me dio esto no he tenido contacto con una persona que me diga: "ve, soy VIH positivo y realmente te puede pasar" o sea yo no sabía

Pregunta: ¿Recién cuando lo has tenido te has enterado lo que realmente es?

F: Claro y el único miedo que nos ponían en el colegio es que si nos quedamos embarazadas ya no podemos seguir estudiando mañana. Entonces yo decía: "¡No! primero son mis estudios" entonces los métodos de protección para ello eran las pastillas, el diafragma, pero no era la prevención en si para el VIH sino para el embarazo precoz.

(F. mujer, Quito, 23 años)

85 manes: expresión de moda entre los jóvenes, tomado del inglés *man*, es decir, hombre o persona

El relato de F. llama la atención, porque en su colegio incluso investigaron sobre el VIH/SIDA pero sin hacer la relación con el riesgo en su propia vida. Ella también mencionó que los y las compañeras de la universidad no asumen que están en situación de riesgo, aún teniendo más acceso a información, y que generalmente piensan que tener relaciones con personas que conocen les asegura que no están en riesgo de contraer el VIH/SIDA. Estos jóvenes mayormente no utilizan preservativos en sus relaciones.

> Entonces yo me llevo con muchas personas en la universidad y les hablo y siempre es la misma teoría: "no, eso le pasa a cualquier otra persona menos a mí, yo si sé cuidarme, yo si sé cuidar a la gente con la que estoy. (F, mujer, Quito, 23 años)

Igualmente, **los hombres** indican que no sabían mayor cosa sobre el VIH/SIDA y que además nunca pensaron que ellos podrían correr riesgo, ni siquiera de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), nunca se preocuparon de protegerse con preservativos al tener relaciones con trabajadoras sexuales o con varias parejas. Un hombre menciona que las mismas trabajadoras sexuales a veces no quieren usar el condón porque les molesta o consideran que quita la sensibilidad al hombre y que "les cuesta más trabajo terminar" (J., zona Costa, 34 años).

Otro hombre -en un taller de prevención de VIH/SIDA- comentó que las mujeres de clase media y alta con quienes él tiene a veces relaciones no quieren que utilice el condón porque "dicen que se sienten tratadas como prostitutas" (J- 44 años). Estos factores de imaginario negativo alrededor del uso de los preservativos son muy importantes para tomar en cuenta cuando se elaboran propuestas de prevención.

Solo un hombre gay mencionó que él desde joven siempre se cuidaba con condones porque estaba muy consciente de los riesgos de las ITS y el VIH, que solo se ha descuidado durante un periodo corto cuando estaba deprimido a causa de una relación amorosa terminada y se fue con amigos a la playa donde "seguramente por el alcohol o la droga me descuidé y no utilicé el condón" (T, Guayaquil, 38 años). La mención de la droga y el alcohol para explicar la "pérdida de control", que lleva a ciertas conductas de riesgo en las relaciones sexuales, es otro tema recurrente que retomaremos en el capitulo de recomendaciones para la prevención.

La falta casi absoluta de conocimiento sobre el VIH/SIDA es una realidad en todas las personas heterosexuales entrevistadas. En contraste, las personas gays recibieron información sobre VIH a través de una fundación, para tres de ellos esta fue la razón para realizarse la prueba y saber tempranamente de su infección. Pero igualmente llama la atención que la otra persona gay, aún conociendo el riesgo, perdió el control y se infectó.

En conclusión, podemos decir que el primer paso para la prevención es el conocimiento sobre el VIH y el SIDA. Pero si las personas no tienen la conciencia de que están en una situación de permanente riesgo, cuando tienen relaciones sexuales sin protección, esta información no es suficiente, como lo demuestran varios casos de personas homosexuales infectadas que sí conocían las formas de prevención antes de su infección.

El machismo

Todas las personas entrevistadas, tanto hombres, mujeres y consejeros atribuyen la infección en las mujeres al machismo de sus compañeros. El machismo que se expresa, entre otras cosas, como una imparable necesidad de conquistar otras mujeres para tener

relaciones sexuales. Para las mujeres, los hombres son mujeriegos incontrolables en sus instintos. Las mujeres sufren por ello, pero de alguna manera aceptan esta situación en su vida personal.

A: Con el tiempo me di cuenta era una persona que era mujeriego. Tenía una mujer por aquí, una mujer por allá. Cuándo yo estuve tres años con él, me enteré que él era casado.
...
Cuando yo me enteré, ya era tarde porque había irrumpido con él, cómo se dice.
Pregunta: ¿Te quedaste con él?
A: Me quede igual con él, me quede con él, sí. Con peleas y todo, que iba y venía él, me quede con él igual.
Pregunta: Yo siempre me pregunto por qué las mujeres aguantan estas cosas
A: Si, a veces uno tiene que tener la experiencia para preguntarse y uno mismo poderse dar la respuesta
(A., mujer, Guayaquil, 38 años)

Pregunta: ¿Has sufrido de violencia dentro de tu relación?
A: Ah si, mi marido si me pegaba.
Pregunta: ¿Cada cuánto te pegaba? ¿Tenían relaciones a la fuerza?
A: Si, cuando llegaba borracho me hacía tener relaciones a la fuerza
Pregunta: ¿Y nunca le acusaste, nunca le decías nada?
A: No, yo solo le decía que ¿porqué era así? y él decía: "¡Que chuchas! Yo soy el hombre de la casa! Yo hago lo que me da la gana"
Pregunta: ¿Cómo piensas tú que te infectaste de VIH/SIDA?
A: No sé, o sea, cómo él sabía andar con maricones.
(A. mujer, Quito, 22 años)

La versión concuerda con la visión del machismo que ha investigado Guttmann en México y con la visión sobre la sexualidad y la masculinidad que Víctor Seidler ha indagado[86]. M. Guttman describe como en el "sentido común" sobre el machismo prevalece el estereotipo que en México los hombres están sujetos a incontrolables arrebatos y necesidades corporales y que existe "una significativa opinión femenina que los hombres son lujuriosos por naturaleza y que poseen un insaciable apetito sexual. Son como animales que procuran obtener su propia satisfacción y a quienes no les importan las necesidades de los demás"[87].

Esta misma visión está muy generalizada entre las personas entrevistadas, tanto en hombres como en mujeres, y de alguna forma explica una cantidad de decepciones de las mujeres dentro de su vida matrimonial e incluso en cada nueva relación o unión estable.

G. Luego de casarme yo sabía que él tenía relaciones con otras mujeres. No le podía controlar, era una persona ...tan difícil, no había manera de controlarlo. Y a la vez tomaba mucho y el alcohol le llevaba a la otra cosa.

86 Ver capitulo III
87 Matthews, Holly F. (1987), *Intracultural variation in beliefs about gender in a Mexican community*, American Behaviorl Scientist, vol 31, num.2 p228. Mencionado en el citado libro de M. Gutmann en nota de pie p. 195.

Yo le hablaba, pero no me hacía caso. Era un hombre tan difícil.
Yo pensaba 'un día Dios debe intervenir.'
Le hablé a mi hija que se cuide, que el hombre siempre quiere tener relaciones, que quiere la "prueba del amor". Le decía, "es como el hombre araña, busca su presa".
(G, mujer, Guayaquil, 55 años)

Igualmente entre los consejeros existe la idea de que los hombres actúan así por el machismo y que esto es asumido y aceptado por las mujeres como un hecho, una realidad de vida que no se puede cambiar en ellos. La visión sobre la diferente manera de vivir la sexualidad entre hombres y mujeres es parte fundamental del machismo:

J. Son miles de historias. La mayoría siempre dicen que fueron a un nightclub con trabajadores sexuales. Otros me dicen, "estuve con una amiga de la oficina, es la única con quien he tenido relaciones". Los hombres indican que tienen curiosidad, o "porque me gusta hacerlo", que quieren igualarse a los artistas de cine.
Son miles de historias. Yo pienso que las historias lo dicen: por curiosidad, por sentirse el hombre latino que tiene tres cuatro mujeres y es más hombre. Es el machismo, la gente es machista, muy machista. Otros por sentirse varones. "Tengo tres, cuatro mujeres y con las tres, cuatro me acuesto en una semana". Es por el machismo.
(J. consejero)

El testimonio de otra consejera, sobre las vivencias sexuales de las mujeres adultas de clase alta que fueron infectadas por su esposo, concuerda absolutamente con los hallazgos de investigadoras ecuatorianas como Gloria Camacho, G. Herrera, L. Rodríguez, María Cuvi y de M. Guttmann en México sobre el control de la sexualidad femenina por los hombres y de la aceptación como natural, o la *naturalización* de las mujeres de este hecho[88]. Aunque estas mujeres saben que sus esposos son infieles, ellas hacen mucho esfuerzo para aparentar que son la 'pareja perfecta' para agradar a sus compañeros, incluso para ayudarles en su carrera profesional.

M. Las mujeres sienten que no tienen que buscar la satisfacción en la relación sexual, ni siquiera se les ocurre. En la relación sexual las mujeres están hechas para satisfacer al hombre.
Pregunta: ¿Los hombres también piensan así?
M: Por supuesto
Pregunta: ¿Ellos no piensan que la mujer también tiene que obtener satisfacción en la relación sexual?
M: No, ellos no. Ellos son hechos de otra manera, ellos dicen "la mujer es la que tiene que servirme", la mujer que tiene que servir de receptáculo y nada más, o sea para eso está la mujer.
...
Entonces son las esposas perfectas, no en la cama, por supuesto, son las esposas perfectas que hacen las reuniones en la casa, las que mejor tienen la casa bonita, son las que hacen los té canasta, las que se visten mejor, se van al peluquero, las que se hacen más peinados, las que están siempre a la moda porque si no, no se acoplan a la vida de clase alta por las reuniones que tienen.. (M, consejera)

Varias mujeres entrevistadas han reflexionado de manera muy dolorosa sobre la causa de su infección a la que relacionan con el machismo y que para ellas es sinónimo de egoísmo:

88 Ver capitulo III

Pregunta: ¿Qué piensas sobre los hombres y la sexualidad? ¿Los hombres tienen otra manera de ver la sexualidad?
M: Sí, sí ellos tienen machismo al ver las cosas. Si ellos se contagiaron, pues, no les importa contagiar a los demás. Así en el hospital hay jóvenes de 18, 20 años que dicen: "no pues, si a mí me infectó una mujer o yo por causa de una mujer estoy así, entonces no me importa contagiar a las demás, si yo ya estoy muerto en vida no me importa hacer eso". Entonces por eso es el contagio, más el contagio que existe en la juventud.
(M, mujer, Quito,32 años)

En las entrevistas con los hombres infectados, se les preguntó si habían cambiado su visión sobre la sexualidad, sobre el machismo. De repente ven sus actos anteriores como "promiscuidad" y al VIH/SIDA como un "castigo" por ello. Ciertamente el VIH/SIDA causa momentos de mucha angustia y reflexión. Algunos indican que ahora están valorando más la vida en pareja, que se han vuelto más cariñosos, más responsables con la familia, menos mujeriegos. Pero también, algunos de ellos siguen su vida sexual de la misma manera, sea con más cautela y tomando más precauciones. Los consejeros entrevistados son muy pesimistas al respecto:

Pregunta: Y los hombres que son mujeriegos, ¿cambian después, o sea con la esposa y sus hijos?
H: No porque después, yo veo que no cambian; lo que me vienen es a pedir condones para protegerse.
Es que es imposible que el ser humano pueda reprimirse. Nosotras como mujeres, como género hablemos, yo como mujer, yo me puedo aguantar sin sexo cualquier tiempo. Los hombres no, o sea el género les hace que sean más materiales y eso tiene que explotar de alguna manera, ellos no se van aguantar entonces. No porque tienen SIDA no van a dejar de tener sexo.(LH, 51 años consejera)

Una consejera expresa como ve a las mujeres en relación con el machismo. En un lenguaje sencillo, analiza los roles, la socialización, la falta de empoderamiento y la dominación masculina asumida y naturalizada:

M. Las mujeres somos, somos,...para no usar la palabra tontas.
Pregunta: ¿Ingenuas?
M: Ingenua, de que... a nosotros nos enseñaron que la mujer es de la casa, la mujer no tiene que traicionar, la mujer es sumisa, no tiene que decir no. En ese contexto más nuestros mismos padres, igual nosotros también inclusive hacemos lo mismo con nuestros hijos, ¿si o no?: el hombre se va a jugar fútbol y la mujer tiene que quedarse cocinando, entonces todas esas cosas hacen que en la mujer ya sea mecánico, esa situación. Entonces qué pasa: las mujeres no hacen nada, no hacen valer sus derechos, primero, no saben, nadie les ha enseñado (sobre la sexualidad, sus derechos). Segundo porque así les formaron, entonces dicen: "Ya me traicionó, el hombre es así"
...
Pregunta: Pero, ¿y le ponen los cuernos?
M: No, no, tampoco: mal sufrida, mal víctima. Se quedan con la persona, incluso, más afecto, más lástima, más pena. Les coge el sentimiento de lástima.
(M, consejera)

Surge de estos relatos la imagen estereotipada de un hombre "dominado por los instintos", especialmente los sexuales, para quien la fidelidad no tiene importancia y la conquista de otras mujeres o el pagar por sexo es parte de su cotidianidad.

Es la imagen de un hombre que diferencia muy claramente el ámbito familiar donde actúa de una manera, de forma cariñosa y ejemplar, y en otros como un hombre dominante, celoso, restrictivo e incluso violento. En el ámbito fuera de la casa y lejos de la familia es donde actúa de otra manera, siguiendo sus instintos, mayormente en conjunto con amigos, y ligado al consumo de alcohol.

El estereotipo del "hombre machista" se aplica a los hombres de todas las edades, procedencia social y región. Contrariamente a la visión de Gutmann o de Connell, en estas entrevistas no aparece una imagen más diversificada del machismo o de la construcción de la masculinidad. Entonces la pregunta es: ¿Existe una relación estrecha entre comportamientos estereotipados del machismo en los hombres con la complementaria *sumisión paradójica* en las mujeres y un mayor riesgo de infección por VIH ?

Existen otros casos como el de dos mujeres que se juntaron con hombres que tenían VIH sin avisarlas y sólo se enteraron cuando sus parejas cayeron enfermos y ya era demasiado tarde para ellas. Otras dos mujeres fueron abandonadas por sus compañeros VIH positivos, ellos tienen ahora otra pareja y siguen su vida conquistando mujeres. Por último, está el caso de los ex compañeros de dos mujeres, quienes niegan que estén infectados y dicen que la prueba de VIH fue equivocada.

Igualmente, los cinco consejeros concuerdan que muchos de los hombres infectados siguen con su conducta sexual anterior sin, necesariamente, tomar más precauciones para no infectar a sus parejas sexuales. Un elemento importante que menciona un consejero es la presión social a que los hombres jóvenes están sujetos y que les dificulta cambiar de conducta. La mayoría de los hombres entrevistados son esquivos respecto de la pregunta si han cambiado su conducta aunque algunos indican que el VIH les ha "disminuido los deseos sexuales".

El hecho de que los hombres no cambien de conducta luego de conocer su condición, provoca que varias mujeres entrevistadas expresen un profundo resentimiento hacia los hombres *porque no les importa los demás y, a sabiendas, siguen infectando* (M, mujer, Quito, 32 años).

En las mujeres, casi todas indican que el VIH les ha quitado el deseo sexual. Solo C. mantiene una vida sexual activa como antes de la infección.

En mi vida íntima he cambiado mucho, ya no soy la mujer que era antes, ya no disfruto del sexo. No es por resentimiento, ya lo pasé, ya no por miedo, se me fue las ganas. Como que el instinto sexual se borra. Creo que tiene que ver con el hecho que esto llego por el instinto sexual.
(G, mujer Guayaquil, 55 años)

X: Francamente yo te digo yo he bajado muchísimo las ganas de tener sexualidad últimamente.
(X, mujer, Quito, 39 años)

Las mujeres de estos relatos tienen algunas cosas en común: la inexperiencia les ha hecho dependientes, tanto en lo íntimo de sus practicas sexuales, en lo emocional, como en otros aspectos de la vida. No han aprendido a negociar con su pareja, las cosas se van dando y no saben cómo reaccionar o anticipar ciertos hechos. Hay una tendencia a sufrir y aguantar lo que sea porque 'así es la vida, así son los hombres'. Como dice una consejera, refiriéndose a la mujer VIH positiva: *mal sufrida, mal víctima.*

Lo que llama la atención son los esfuerzos que realizan los consejeros en los grupos de apoyo para convencer a las mujeres de "ser comprensivas", de "seguir adelante juntos" y de "apoyar al compañero enfermo". No quedó claro si los consejeros también manejarían estos mismos mensajes para los hombres.

El trabajo que los y las consejeras realizan es de una importancia no comprendida y no valorada suficientemente en la respuesta al VIH/SIDA, por lo menos en lo que concierne al Ecuador. Ellos mayormente no recibieron capacitación en consejería ni en temas de género, aunque demuestran mucha sensibilidad con el tema y mucha reflexión propia al respecto. Pero durante las entrevistas se ha reconocido en ellos y ellas, también, algunos esquemas y estereotipos culturales, como por ejemplo la visión sobre las "necesidades sexuales diferentes" de los hombres y el rol "natural" de "cuidadora" de la mujer. En sus estrategias de consejería, por consecuencia, no tienen claridad sobre formas de trabajar la *sumisión paradójica* con las mujeres y cómo desmitificar la masculinidad hegemónica en los hombres.

La discriminación impide la prevención

El problema de la discriminación y el estigma frente a las personas viviendo con VIH/SIDA hace que estas personas no se atrevan a hablar de su condición o a aparecer en público o en los medios para informar y conscientizar sobre el VIH/SIDA.

Así, una madre VIH positiva fue rechazada por su hijo adolescente durante varios años. Ahora a sus 20 años, él ha aceptado que ella no es *culpable* por lo que le ha pasado y que no ha tenido la intención de arruinarle la vida. Mientras una mujer de 24 años fue rechazada por su familia, perdió la habitación en la casa de una tía y además su trabajo en una empresa internacional a causa de la discriminación. Ahora vive en la pobreza absoluta con su hijo de dos años también infectado.

Varias mujeres no se atreven a buscar empleo por miedo a que se les pida la prueba de VIH y sean descubiertas. De igual manera, un hombre de 31 años con un buen currículo de trabajo en varias empresas, ya no se presenta por miedo a que le exijan la prueba VIH y prefirió convertirse en vendedor ambulante. Un joven comunicador tuvo que dejar sus sueños y proyectos laborales por miedo a que le pidan la prueba. Similar situación vive un profesional que no se atreve a revelar su condición de VIH positivo a su novia por miedo a ser abandonado.

Un joven bisexual sueña con establecer una familia pero no dice a su amante homosexual que es VIH positivo por miedo a perderle. Un profesor perdió su trabajo en un colegio internacional cuando se decidió a hablar con la directora para explicar la razón por la que cada mes necesitaba uno o dos días para los chequeos médicos en el IESS. Ni siquiera lo dejaron volver a entrar en el colegio para firmar los documentos de despido y fue atendido en la calle por la directora. Una joven viajó a Quito para escapar de su pueblo y poder vivir en el anonimato.

Una joven universitaria vive con el miedo a que la *descubran* y a no poder seguir sus estudios. Una mujer VIH positiva cuenta durante la entrevista que su ex cuñada, también VIH positiva, empezó una nueva relación de pareja sin avisar de su situación. Ahora está embarazada y no quiere hacerse el control prenatal para no ser descubierta. Por el miedo al abandono pone en riesgo su vida, la de su compañero y la de su bebé.

Frente a estas historias, otras personas han podido contar con el apoyo de su familia y en algunos casos de la pareja. Un hombre ha contado su historia en su barrio y luego de un periodo de rechazo, vive casi normal e incluso siente que de esta manera puede ayudar a los jóvenes en la prevención. Es el único caso de las personas entrevistadas que tiene una vida social casi normal, salvo que su última relación estable fracasó, luego de un año, porque la presión social sobre su novia fue muy fuerte y ella decidió terminar la relación. Dos parejas, ambos VIH positivos, han redescubierto la felicidad en la vida de pareja. Una pareja se dedica además a apoyar a otras personas viviendo con VIH. Ellos han podido re significar el VIH en su vida.

Aunque la mayoría de las mujeres solas, consultadas en esta investigación quisieran establecer una nueva relación de pareja, el miedo a enfrentar un posible rechazo les paraliza. En cambio, los hombres infectados mantienen relaciones con sus parejas, también infectadas o con una pareja que no conoce su condición. No todos ellos son consistentes en el uso del preservativo en esas relaciones.

Muchos hombres expresan un sentimiento de culpa. Según los consejeros entrevistados, la mayor preocupación es el tiempo de vida que les queda y el futuro de su familia:

> Si, hay mucha culpa. El mismo hecho que ellos le han transmitido a su pareja, y que ellos son portadores, en la mente de ellos siempre ronda, les está comiendo de cuán tos años les queda a él y cuántos años de vida le queda a su esposa.
> Atrás de ellos hay una familia, hay niños.
> Ellos dicen,"una vez que nosotros no estemos con nuestros hijos, quién se va encargar de nuestros hijos". Es una psicosis diaria que ellos viven. Es una tortura. Hay que saberlos entender.
> (J, consejero)

La prevención

Todas las personas entrevistadas insisten en la necesidad de que los y las adolescentes tengan a partir de los diez años acceso a información correcta sobre la sexualidad y la existencia del VIH/SIDA. Consideran que los medios de comunicación deben jugar un rol fundamental en la respuesta al VIH/SIDA y no dar información tergiversada, sobre la sexualidad o sobre el VIH/SIDA. Casi todas las personas han hablado con sus hijos e hijas sobre la sexualidad y la prevención, aunque admiten que es un tema difícil de abordar.

Algunos de las personas entrevistadas participan en consejería en los hospitales para ayudar a las personas que vivencon VIH/SIDA mientras que otros son parte de grupos de autoapoyo. Estos grupos juegan un rol importante para asumir la condición de persona infectada, sentirse aceptada y para recibir el apoyo de los demás para continuar.

Los consejeros y las consejeras se enfrentan al desafío de apoyar terapéuticamente a las personas infectadas, por la multiplicidad de problemas relacionados con el VIH/SIDA como el miedo, la depresión, la negación, la agresividad, la culpa, las mentiras, la discriminación, etc. Su rol es fundamental en la aceptación y el entendimiento de la enfermedad pero también para la prevención, como lo indica J.

J: Cuando tienen el virus, algunas personas siguen haciendo, incluso otras han seguido con más agresividad, contagiando a muchas personas. Conozco algunas personas que lo hacen, que lo siguen haciendo, con conocimiento que tienen el virus, aún a sabiendas, pero agresivas a la sociedad. Han contagiando a mucha gente, sabiendo.
Pregunta: Y hablando con el consejero, ¿igual?
J: Pero el momento que me lo han dicho a mi he hablado con frases como: ¿Te gustaría que a tu hermana alguien venga y le hagan lo mismo hicieron lo mismo, o a tu madre? Es una forma de tratar de llegar hasta adentro, herir susceptibilidades, el momento que se hiere y se abre, es el momento que uno puede trabajar.
Pregunta ¿A través de la consejería se logran estos cambios?
J. Siempre hay un pequeño grupo, diría un 2% que sigue haciendo lo mismo, que tienen relaciones con personas que también tienen el virus y con personas que a lo mejor... no lo tienen. Ellos dicen que han superado, y que ellos merecen ser felices. Y la duda, ¿con cuántas personas con protección?
(J. Consejero)

Los consejeros indican que les toma a veces hasta cinco o más sesiones para que las personas infectadas acepten su situación y acepten su responsabilidad de no transmitir el VIH a otros. Pero como indica J., algunas personas no quieren cambiar sus prácticas sexuales. Incluso varias mujeres indicaron que sus ex compañeros VIH positivos empezaron otras relaciones de pareja, sin avisar a sus nuevas compañeras de su condición.

El tema clave para la prevención es el cambio de conducta. Recordemos que la conducta sexual no es una conducta meramente individual como lo hemos visto en el capitulo III, sino que está atravesada por estereotipos, normas culturales y sobre todo por normas de género. Así se refleja claramente en la entrevista con la consejera M:

M: Por qué no hay ese cambio substancial con la consejería, es porque hay otros factores extra alrededor de esa persona que están influyendo y a veces yo no puedo hasta ese punto. Yo le puedo decir maravillas, yo le puedo hasta convencer, de aquí sale convencido de que tiene que cuidarse, de que no tiene que contagiar y bueno. Yo hablo del condón con las personas desde ese punto de vista, del no contagio y prevención en otros sentidos: prevención sexual, prevención de la reinfección y prevención de la resistencia a los anti retrovirales.
En ellos impacta más ese ultimo argumento de que yo les diga: "sabe que no vaya a contagiar" a veces parece que por eso me dicen: "que se cuide el que no tiene" y es real.

Pero le digo, yo sé que lo convenzo, yo sé que esa persona entendió y captó mi mensaje, yo sé que si yo estuviera dale y dale y dale y dale lo haría cambiar.
Pero qué pasa, hay influencias, como la TV. Por eso a veces, aunque yo digo "el condón si lo usas bien te protege", pero la TV le dice que no, que se rompe, que deja pasar el virus, esto. El va y se deja llevar por los vecinos o por otro VIH positivo que no recibió consejería, entonces se van debilitando muchas veces, los mensajes que uno dice.
(M. Consejera)

Conclusión

El trabajo de investigación solo levanta la punta de una manta gruesa que cubre la intimidad, la vida sexual, la vida familiar y las relaciones de pareja. Cada historia de vida

es diferente, cada persona infectada enfrenta de otra manera su futuro y reflexiona de forma particular sobre su pasado. Los estereotipos sobre los hombres y las mujeres son una constante en las reflexiones de ambos sexos. Los cambios que se están dando entre los jóvenes, sus nuevas formas de relacionamiento, ciertamente rompen esquemas y estructuras de poder entre los sexos. Lo que no queda claro es si estas nuevas conductas van de la mano con intentos de más equidad de género. Lastimosamente, las cifras de infección por VIH/SIDA entre los jóvenes de 15 y 24 años van en aumento, especialmente entre las mujeres. Claramente, las nuevas prácticas sexuales resultan ser conductas de mayor riesgo ante la infección.

ANÁLISIS:
LOS PATRONES DE GÉNERO
Y LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

6. ANÁLISIS:

LOS PATRONES DE GÉNERO Y SU RELACIÓN CON LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA.

Aunque cada historia narrada a través de las entrevistas es única y diferente, pensamos que sí se han podido discernir algunos patrones culturales recurrentes que podrían explicar la mayor vulnerabilidad ante la infección con VIH/SIDA en mujeres y hombres en el Ecuador. En este sentido también el testimonio de los consejeros y las consejeras ha sido muy importante.

Patrones culturales recurrentes

El primer patrón recurrente que llama la atención en las entrevistas y en las reflexiones con los y las consejeras es la fractura de la familia tradicional en el ámbito urbano de Quito y Guayaquil, en una diversidad de formas de convivencia que, indudablemente, ha tenido un efecto, durante a niñez, en la construcción de los imaginarios de las personas entrevistadas. La conformación de valores, normas e ideas sobre la relación de pareja o la familia, la vivencia de la sexualidad se inicia durante la niñez y la presencia o ausencia de modelos consistentes tiene consecuencias en el resto de la vida. De las personas entrevistadas, pocas han podido establecer relaciones de pareja duraderas y satisfactorias. Una psicóloga entrevistada ve que muchos esquemas familiares y de pareja se repiten entre las generaciones, especialmente en las mujeres y los hombres con menos acceso a educación, trabajo e ingresos económicos. Varias personas hacen la relación causal con los esquemas mentales del machismo, que hacen estragos en las parejas y familias, y que afectan, en este sentido, más a las mujeres.

Un segundo hallazgo importante es la **falta de educación sexual durante la niñez, la adolescencia, incluso de adultos en la gran mayoría de las personas infectadas**. Los padres y las madres de familia no tenían la voluntad de orientar en algunos casos, por considerar el conocimiento temprano de la sexualidad un tabú o incluso un "pecado". En otros casos, probablemente en la mayoría de ellos, no orientaron al respecto por carecer del lenguaje, de una metodología adecuada y por falta de seguridad o por pudor.

Es importante recordar además, que buena parte de las personas (15 de 21 personas entrevistadas) no crecieron en familias nucleares, sino que fueron educados por abuelas, tíos, hermanos y hermanas mayores, o crecieron con su madre soltera, lo cual, seguramente, disminuyó significativamente la posibilidad de recibir educación adecuada sobre la sexualidad. La poca orientación recibida fue sobre el funcionamiento del cuerpo y las partes genitales. Las mujeres no recibieron información sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos o ITS.

En muchas culturas, la primera menstruación es la oportunidad para orientar a las niñas, pero entre las mujeres entrevistadas ninguna de ellas recibió más que una mínima información.

Las escuelas y los colegios tampoco entregaron información y educación sexual adecuada y si lo hicieron fue mayormente desde una visión biológica, sin entrar en el terreno de las emociones, deseos o mencionar la existencia de otras formas de sexualidad. Solo las mujeres más jóvenes recibieron algo más de información al respecto en sus colegios.

En la ENDEMAIN de 2004 se puede comprobar que de las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años, más del 65%, ha recibido información sobre temas como: desarrollo del cuerpo, las relaciones sexuales, los métodos anticonceptivos, ITS y VIH/SIDA. La diferencia entre el área urbana y rural es todavía muy grande: en el área rural sólo alrededor del 50% de adolescentes y jóvenes han sido informadas. Las jóvenes de la Costa reciben más información que en la Sierra. Sin embargo, en esta encuesta no se ha preguntado quiénes son la fuente de mayor información en los temas de la sexualidad, ¿la familia, el sistema escolar, los amigos, los medios de comunicación...?

Una investigación dirigida por Rodrigo Tenorio[89] en 1994, reveló como los adolescentes se socializan e inician en la sexualidad en el Ecuador. Según este estudio, la socialización más importante en el tema de la sexualidad pasa por los tres siguientes canales: amigos y amigas, pornografía y medios de comunicación[90].

En este estudio, las referencias y citas sobre la visión a futuro, muestra que los adolescentes no cuestionan mucho los roles tradicionales de género. "Las adolescentes creen que los varones tendrán mayores oportunidades. Ellas mismas se ubican en una desventaja ya no accidental sino casi estructural"[91]. De los canales de socialización mencionados, lo más preocupante es la alta incidencia de revistas y películas pornográficas así como de la televisión como medios predilectos para 'aprender sobre la sexualidad'. Esto es el caso de seis de cada diez adolescentes entrevistados.

Una conclusión de las entrevistas en nuestra investigación es que muchas veces la información recibida no es suficiente, o su enfoque no es el más adecuado, porque no acerca a los adolescentes a los posibles riesgos en su propia vida, como ilustra el relato de F. de 23 años[92]. La historia de dos hombres homosexuales suficientemente informados sobre el VIH también muestra que el conocimiento del riesgo no es suficiente para que las personas asuman conductas sexuales más seguras. Falta más investigación para entender los imaginarios alrededor del riesgo y para entender la atracción del riesgo en adolescentes pero también en hombres en *su crisis de mediana edad*, como mencionó una consejera.

Un tercer patrón cultural recurrente es la **temprana iniciación sexual de niñas y adolescentes con un hombre mayor**. La entrada a una relación así pone desde el inicio a las

89 Tenorio Rodrigo, Jarrín María Soledad, Bonilla Paúl, *La cultura sexual de los adolescentes*, UNFPA, et.al, Abya Ayala, Quito, 1995.
90 En este estudio, el 66% de las adolescentes entrevistadas prefiere que no sean los padres los que les hablen de la sexualidad; prefieren que sean otras personas o amigos. En cuanto a los profesores como fuente de información y socialización, solo uno de cada diez adolescentes recurre a un profesor o profesora para recibir alguna información acerca de la sexualidad, cinco acuden a los amigos y tres a un profesional.
Para saber más sobre el terreno secreto de la sexualidad, muchos adolescentes recurren a experiencias con sus enamorados/as, al prostíbulo, y así sienten que entran en el mundo de los que 'saben' y ya pueden dar consejos a sus pares. '*Sin duda, la actuación representa uno de los altos riesgos para los adolescentes que se lanzan, con frecuencia, a una cadena interminable de prácticas que les producen confusiones y problemas de orden personal y social. ... ante una duda sobre su feminidad o virilidad, algunos adolescentes pueden iniciar una intensa actividad heterosexual que termina haciéndoles mucho daño*'(p.110)
91 Tenorio, et.al. *La cultura sexual de los adolescentes*, p. 72
92 Ver en los testimonios, Capitulo V

chicas en una situación de inequidad muy marcada: inequidad en experiencia, inequidad en recursos económicos, inequidad en recursos de negociación e inequidad en el manejo de los sentimientos. Si esta relación se mantiene durante un periodo largo y si se produce, además, una convivencia de la pareja, el impacto en la vida de la mujer es mucho mayor. Esas adolescentes entregan todas las decisiones sobre su vida, su sexualidad, sus interacciones sociales, sus estudios, su libertad y su autonomía en las manos del compañero. Recordemos las expresiones: "*él me enseño todo, él era todo para mí, yo aprendí todo de él, él me cuidaba, él sabía como cuidar para no embarazarse*."

De las 11 mujeres entrevistadas, cinco entraron en una relación amorosa de esta naturaleza antes de sus 15 años. Otra mujer se juntó con un chico de su misma edad a los 15 años. La falta de perspectivas en la vida, la soledad, la necesidad de protección, el querer salir del ámbito familiar complejo son algunas de las razones expresadas. Recordemos también que un hombre entrevistado indicó que esta práctica entre el hombre mayor y mujeres adolescentes es aceptada e incluso fomentada por los padres.

De acuerdo a las personas entrevistadas, esta conducta está más presente en la Costa y en las mujeres de escasos recursos. Pero una consejera- psicóloga afirma que igualmente en Quito se repiten estos esquemas.

Para conocer si el fenómeno de que hombres mayores se unan o se casen con adolescentes es realmente recurrente, revisamos los datos del Censo de Población y Vivienda de 2001 [93]. Según el INEC, de todos los adolescentes y jóvenes varones entre 12 y 24 años de edad, el 16 % está casado o unido. En el caso de las mujeres entre 12 y 24 años, esta cifra asciende al 27 %. Si consideramos que, por los patrones culturales existentes, los adolescentes varones mayormente se casan con mujeres de su edad o menor, el hecho de contar con 11% más de adolescentes y jóvenes mujeres casadas en este rango de edad, indicaría que en los matrimonios de las mujeres adolescentes y jóvenes de 12 a 24 años, la unión o matrimonio se llevó a cabo con un hombre mayor de 24 años. En cifras reales corresponde alrededor de 160.000 adolescentes. Si esta hipótesis es correcta, y aún si fuese la mitad de la cifra proyectada, podríamos decir que este tipo de unión sí es un patrón cultural recurrente.

Los cinco testimonios nos han hablado de una realidad de inequidad de género muy preocupante y con secuelas profundas en la vida de las mujeres. Vale la pena estudiar más esta problemática dentro de los estudios de género y con relación a la prevención del VIH/SIDA hacia los adolescentes.

En su investigación sobre la cultura sexual de los adolescentes, Tenorio menciona que muchas adolescentes en la Sierra son amantes de varones casados, con el propósito de lograr dinero, vestidos y alimentación y que las entrevistadas sugieren que existe la misma práctica en la Costa[94]. El sexo transaccional no apareció como una práctica en las entrevistas con las 11 mujeres, pero fue mencionado por uno de los consejeros. Es muy importante conocer más sobre este tema para la prevención del VIH/SIDA.

93 INEC, Tabulaciones especiales del Censo de Población 2001, en CEPAR, *Situación de los adolescentes y jóvenes en el Ecuador*, Quito, 2003.

En estas cifras, lo primero que llama la atención, es que a nivel nacional se registran como jefas de hogar a 16.900 adolescentes mujeres entre 10 y 19 años, todas ellas madres solteras. En el rango de edad de 19 a 24 existen 58.166 mujeres jefas de hogar, algunas de ellas con 5 hijos. No se tiene información sobre el padre en estos casos, así que no es realmente un aporte para confirmar la hipótesis sobre la existencia y aceptación cultural de las relaciones sexuales entre hombres mayores y mujeres adolescentes. Lo mencionamos de todas maneras porque esta gran cantidad de adolescentes con hijos refleja una problemática social existente en el Ecuador. que, con el ojo puesto en la prevención del VIH/SIDA es muy preocupante, ya que estos embarazos son el resultado de relaciones sexuales sin protección, el principal factor de riesgo ante la infección por VIH/SIDA.

94 Tenorio, et.al. *La cultura sexual de los adolescentes*, p. 246

Al respecto, la ENDEMAIN demuestra permanentemente la relación directa entre la experiencia sexual temprana y el nivel de instrucción: "La experiencia sexual en las jóvenes entre 15 y 24 años tiene relación inversa con el nivel de instrucción de la mujer: 72% en mujeres sin instrucción, y 35% en las que tienen instrucción superior""[95]. El tema de la educación será fundamental cuando entremos en el capitulo de recomendaciones para la prevención.

Entre **los hombres** entrevistados, igualmente hay un patrón cultural recurrente de entrar en relaciones sexuales a temprana edad con mujeres mayores, pero en el caso de ellos es mayormente con trabajadoras sexuales. Los y las consejeras entrevistadas concuerdan con este hecho. La excepción son los hombres homosexuales entrevistados que tuvieron experiencias sexuales en la niñez u adolescencia con hombres mayores.

Según el estudio de Tenorio, en 1994 el 20.8 % de los adolescentes varones entrevistados entre 10 y 19 años había tenido su primera relación sexual con una trabajadora sexual. Aunque los consejeros hacen referencia al hecho de que los padres todavía llevan a sus hijos al prostíbulo para hacerse hombres, los hombres entrevistados indican que se habían acercado a trabajadoras sexuales en compañía de sus amigos de la misma edad o mayores.

Otro patrón cultural recurrente en las entrevistas es **la absoluta ignorancia sobre el VIH/SIDA en mujeres y hombres antes de ser infectados**. Esta realidad no sorprende visto los niveles de inexistencia de educación sexual. En este caso no existe una causalidad relacionado al género ya que la ignorancia al respecto al virus está presente en ambos sexos. En general en temas de sexualidad sabemos que la cultura machista exige que "las mujeres sean puras","inocentes", que deben "aspirar a ser madres pero sin involucrarse con el placer sexual" o que el conocimiento sobre la sexualidad "les pueda llevar al pecado"[96]. En el desconocimiento sobre VIH/SIDA juega un papel muy importante otro elemento cultural: **la negación de la existencia de un problema como el VIH/SIDA** en el Ecuador. El hecho de que en el Ecuador la sexualidad todavía es un tabú, y que no es un tema de conversación abierta, en comparación con otros países como Brasil por ejemplo, ha llevado a la negación de la existencia en el país de una enfermedad ligada a ciertas prácticas sexuales, como son las relaciones sexuales entre hombres, las relaciones sexuales anales u orales, el uso de anticonceptivos como el preservativo o la píldora del dia después. Incluso, existe un silencio abrumador alrededor de los abusos sexuales, el incesto y los embarazos no deseados en adolescentes.

El machismo: convergencia de los patrones culturales de género

Todos los patrones culturales mencionados tienen una relación directa con la cultura **machista existente en el país**. Luego de conocer el enfoque más equilibrado de Connell -sobre la construcción de la masculinidad y las masculinidades-, y las conclusiones de Gutman -respecto a las 'múltiples masculinidades' en México a raíz de su investigación en barrios urbano-marginales de México DF[97]- los hallazgos de nuestra investigación son muy poco alentadores al respecto de los cambios en esquemas mentales, estereotipos, mitos y creencias; relaciones de poder, empoderamiento de mujeres y educación con equidad de género de la nueva generación.

95 Cepar: *Informe preliminar de ENDEMAIN 2004*, fascículo 4
96 Ver también capitulo III sobre la construcción de la feminidad y la dualidad en la construcción de la sexualidad femenina. En esta investigación no se ha profundizado sobre el imaginario de la sexualidad y la influencia de la religión católica en ella, pero ciertamente es un tema a investigar en mayor profundidad.
97 Así como en la mayoría de la bibliografía explorada en el Capitulo III, donde se presenta una visión no tan estereotipada del machismo y de la masculinidad.

En las entrevistas realizadas para la presente investigación, los hombres heterosexuales fueron muy cautelosos de no aparecer como personas estereotipadas. Esquivaron hábilmente preguntas sobre sus sentimientos, su visión sobre los derechos de la mujer, sobre la homosexualidad, sus conductas y la relación de pareja. Mayormente mencionaron que tuvieron una *actitud promiscua* (todos utilizan esta expresión) a razón de sus instintos, y que el descontrol fue por "los tragos","la droga", "los amigos" y "el machismo".

Los hombres homosexuales y bisexuales demuestran una actitud más reflexiva alrededor de estos temas. Quizás, el hecho de sufrir en cuerpo propio la homofobia y la discriminación, el recuerdo de la difícil construcción de su identidad sexual o el hecho de que su punto de referencia y su objeto de deseo no son las mujeres, hace que demuestren una actitud más indiferente y a la vez menos cargada de prejuicios hacia ellas.

De las entrevistas con las mujeres y por las reflexiones de los consejeros sale a flote una visión de los hombres sumamente estereotipada. No existe diferencia en esta visión entre la Costa y la Sierra, solo se advierten leves diferencias en formas de actuar entre hombres con mayor nivel de estudios y los otros. Según las mujeres y consejeros entrevistados, en los hombres sobreviven los estereotipos de género más crudos: ellos creen que "el hombre vale más que la mujer", que "la mujer está para servir al hombre", que "el hombre debe tener muchas mujeres para demostrar su hombría", que la mujer (esposa) "debe ser ignorante sobre sexualidad", que "ella no debe sentir placer", que "la mujer no tiene derechos", que "no existe tal igualdad entre los géneros", que "la mujer no debe estudiar" porque la mujer es "de la casa" e incluso otros costumbres de graves efectos familiares como que "el hombre que mantiene económicamente a una mujer tiene también derechos sexuales sobre sus hijas niñas u adolescentes", etc. Todos ellos expresiones recogidas literalmente de las entrevistas.

En todos los entrevistados -hombres, mujeres, consejeros, heterosexuales, bisexuales, homosexuales- sobrevive el **mito** de que los hombres tienen necesidades sexuales corporales que deben ser satisfechas, porque se "pueden enloquecer o se pueden enfermar. Ellos creen que necesitan desfogarse" (E. consejera-psicóloga). Las mujeres que viven en una relación de pareja estable mayormente conocen de la conducta de múltiples parejas de su compañero pero lo aceptan, por asumir que los hombres son así y que no hay nada que hacer al respecto.

Si hay niños/as de por medio, y generalmente es así, la mujer aguanta todo por proteger a sus hijos/as pues existe una permanente amenaza de ser abandonada. La dependencia económica es un elemento muy importante para conseguir y mantener la sumisión absoluta de las mujeres. Esto explica la actitud de victima, de pasividad en la mayoría de ellas. Pocas mujeres tomaron la decisión de separarse, aunque su relación haya sido poca satisfactoria. Si lo hicieron, volvieron a tener relaciones sexuales con el compañero, a veces volvieron a juntarse por pena, por amor o por necesidad económica.

La dependencia emocional, económica y la falta de instrumentos de empoderamiento, hace que muchas mujeres vuelven a caer en los mismos esquemas en cada relación emocional, incluso se repiten los mismos esquemas en sus hijas como en el caso de la señora que estuvo a partir de sus 11 años en tres relaciones no satisfactorias, incluso violentas, y su hija de 13 años igualmente se ha juntado a un hombre mayor y está embarazada de su primer hijo.

Varias mujeres, que están en su segunda o tercera relación estable, han sufrido violencia, maltrato, abandono o engaño en cada una de estas experiencias. Existe poca capaci-

dad de negociación de las reglas de la convivencia con el compañero, pero aún así la mayoría expresa que desearía establecer una nueva relación de pareja.

Estas aparentes contradicciones nos llevan a concluir que hace falta profundizar las razones emocionales y los esquemas mentales para entender la llamada *sumisión paradójica*, según la categoría usada por Bourdieu.

Un mito cultural: el hombre debe tener múltiples parejas para ser un verdadero hombre.

En el imaginario de muchos hombres y mujeres, el hombre tiene necesidades corporales y especialmente necesidades sexuales que "debe satisfacer". La mujer está hecha "para satisfacer estas necesidades", por voluntad propia, bajo coerción dentro del matrimonio o fuera de él. Para hacer lo que no puede y no quiere hacer con la esposa, el hombre paga por servicios sexuales. Estos servicios pueden ser con mujeres trabajadoras sexuales, pero en muchos casos también con travestís.

En ciertas circunstancias especiales, entre amigos, en juegos sexuales entre varias personas, hombres heterosexuales también tienen contactos sexuales con otros hombres. En la medida que el heterosexual mantiene el rol activo (que penetra), él sigue siendo un macho[98] y la otra persona que es considerado es el homosexual. Los hombres homosexuales entrevistados confirman que han tenido relaciones con hombres que se consideran heterosexuales, casados y con familias establecidas.

Un hecho que ilustra esta circunstancia es que las relaciones entre hombres fueron mencionadas como una de las razones de las infecciones con VIH entre miembros de las FFAA en una entrevista de una consejera que, entre otros, aconseja a militares:

> Dicen que a veces hay unos chicos homosexuales dentro de Fuerzas Armadas, como en todas partes del mundo, y ellos se prestan o a veces ellos pagan, o pagan no con dinero, necesariamente, sino con favores, con prebendas. Entonces dicen tal homosexual, tal conscripto es homosexual entonces ellos van y solamente van, penetran y ya, nada más. Entonces dicen: "No, pero yo soy bien hombre, pues. El homosexual es el que se deja penetrar", ellos tienen ese concepto, en general, todos los militares. Y ellos piensan, si yo soy hombre puedo penetrar a cualquiera, sea hombre o mujer. (M. Consejera)

Para este tipo de prácticas sexuales, se estableció el concepto de los hombres que tiene sexo con hombres (HSH). ONUSIDA indica en sus informes anuales de los últimos años que en América Latina esta conducta homo-erótica entre hombres es lo más difícil de enfrentar en la prevención, ya que no es reconocida como tal por los heterosexuales. Ellos consideran que la persona que es penetrada es igual a una mujer. La conducta HSH constituye el puente de las infecciones entre la comunidad homosexual y la comunidad heterosexual[99]. y explica por qué en América Latina todavía siguen infectándose más hombres heterosexuales que mujeres.

Por las entrevistas con dos bisexuales y por la información entregada por los y las con-

98 En el libro, *In the land of God and Man*. A latin woman´s journey, la periodista colombiana Silvana Paternostro ha investigado este mito sobre el macho que se acuesta con otros hombres. Aparentemente es una práctica muy común en todos los países de América Latina, desde México a Brasil. Para el mismo libro investigó sobre la práctica de relaciones anales en las adolescentes para mantener la virginidad.

99 www.unaids.org. Informe 2003, informe 2004. En la categorización de las conductas de mayor riesgo para ser infectado por VIH, las relaciones anales constituyen la conducta de mayor riesgo.

sejeras, pudimos saber que existen muchos hombres bisexuales casados, con hijos, quienes mantienen relaciones estables o eventuales con un amante de su género. Cuando un hombre bisexual no está en una relación estable con una mujer, muchas veces tiene múltiples contactos con hombres gays, otros heterosexuales o bisexuales. Esta conducta de alto riesgo ante la infección con VIH/SIDA disminuye cuando reestablece una relación con una mujer.

Las mujeres mayormente no conocen este lado sexual de sus compañeros y según los y las consejeras, los hombres esconden este aspecto de su vida sexual a todo precio para que su esposa o compañera no se entere. En las mujeres también existe negación de esta realidad.

Un antes y un después del VIH/SIDA

Para terminar estas reflexiones, hay que indicar algunas diferencias en las formas de vivir la infección con VIH entre los hombres y las mujeres en el Ecuador. En las mujeres entrevistadas, y según los comentarios y anécdotas de los y las consejeras, ellas pasan por diferentes etapas sucesivas: un shock al enterarse de su condición, luego un periodo de querer morir, durante el cual asumen una actitud de victimas, ya no ven un futuro; luego, si tienen la suerte de recibir consejería y/o de conocer otras mujeres en la misma situación, empiezan a volver a la vida, re-organizándose, tomando en cuenta un horizonte de tiempo y posibilidades más limitados, reflexionan más sobre su vida y las razones de la infección y, dentro de sus posibilidades, tratan de seguir adelante.

Varias mujeres, especialmente las casadas, pasan además por un periodo de resentimiento profundo hacia su compañero, algunas toman la decisión de separarse, otras vuelven a la pareja. En algunos casos, el VIH/SIDA ha hecho posible hablar de la sexualidad, de los deseos y del futuro con su pareja. Algunas mujeres expresan que esa situación les ha cambiado la vida de pareja, lograron mejor comprensión del compañero, un acercamiento emocional y cierto empoderamiento.

Muchas mujeres indican que sienten menos deseos sexuales que antes de contraer el VIH. Ellas explican que debe ser porque el VIH/SIDA *les llegó a través del sexo y es la reacción del cuerpo*. Todas están muy conscientes de que pueden infectar a otras personas si vuelven a tener relaciones sexuales sin protección, lo cual complica su posibilidad de establecer una nueva relación de pareja, por el temor a informar de su condición y ocasionar el rechazo de su nuevo compañero.

Un problema muy grande en la mayoría de las mujeres infectadas es no tener trabajo y no contar con ingresos económicos. Esa situación ha hecho que, varias de ellas vuelvan con sus padres. Solo ganan dinero lavando ropa para la familia o los vecinos, algunas llegan a vivir en la pobreza absoluta. La mayoría de ellas tienen hijos y también hijos infectados lo cual implica gastos médicos, movilización al hospital, días de espera para ser atendidas y para recibir los AntiRetroVirales. A esta situación se suma las actitudes discriminatorias de los médicos tratantes y el personal de salud en general hacia las mujeres: *"Y me dijeron en el hospital: ¿Con quién te has metido, para qué te infecte? Es que eres una mujer promiscua, eres una puta." (F., 23 años Quito, G. 55 años Guayaquil)*

En Guayaquil, los y las entrevistadas indicaron que muchas empresas piden la prueba VIH/SIDA para el certificado médico con el consecuente terror a la hora de buscar trabajo. El tema de la discriminación está siempre presente y en las mujeres infectadas produce una actitud de mucha cautela, miedo y auto-marginación.

Hasta el año pasado, pocas fundaciones, ONGs, municipios, universidades u otras instituciones se han preocupado de la suerte de estas mujeres.

Actualmente se están constituyendo grupos de mujeres positivas y redes de mujeres viviendo con VIH/SIDA, bajo el auspicio de la red mundial *International Coalition of Women Living with HIV and Aids* (ICW)[100]. Esta organización tiene como objetivo lograr la visibilidad del tema, mejorar la autoestima en las mujeres infectadas, provocar mayor aceptación y atención de la sociedad hacia las personas viviendo con VIH/SIDA. Muchas de las mujeres entrevistadas pertenecen a un grupo de auto-apoyo y están deseosas de colaborar en acciones de prevención hacia adolescentes y jóvenes.

En **los hombres**, igualmente existe un antes y un después. Ellos también pasan por un conjunto de etapas, desde la desesperación, con intento de suicidio, hasta la resignación y aceptación de su condición. Otros infectados sienten un profundo deseo de venganza, que a veces se traduce en intentos conscientes de infectar a otras personas. Esto fue mencionado por cuatro de los cinco consejeros entrevistados como uno de los mayores retos para la consejería y la prevención.

Los heterosexuales que infectaron a su pareja viven con sentimientos muy fuertes de culpa frente a la esposa y los hijos. Algunos reflexionaron sobre su vida y decidieron invertir más tiempo en su relación de pareja, con la familia y los hijos. Otros hombres indicaron que el VIH/SIDA les quitó el deseo sexual o que ahora utilizan siempre preservativos en sus relaciones. El tema de los efectos de los Anti Retro Virales (ARVs) en la salud es más mencionado por los hombres: consumir bebidas alcohólicas les hace daño, fumar igual; si trasnochan les toma más tiempo recuperarse, sienten más cansancio, a veces mareos, o tienen diarrea si comen algún alimento diferente.

Por su condición de género, por pertenecer al género dominante, la posibilidades de los hombres infectados para continuar con sus vidas es mejor en todos los aspectos. Mayormente, mantienen el trabajo o se consiguen un trabajo, aunque igualmente los entrevistados indicaron su miedo a tener que presentar el certificado médico. Varios de ellos establecen nuevas relaciones de pareja y generalmente no informan su condición por miedo a ser abandonados. Dentro de su relación estable, algunos tienen relaciones sexuales con preservativos, pero la mayoría lo hace sin protección.

Según los consejeros, después del *shock inicial*, muchos hombres retoman su vida de relaciones eventuales y no siempre utilizan condones. Durante las sesiones de consejería, los hombres indican que están bajo mucha presión de los amigos, de la televisión, de la sociedad para seguir con su conducta anterior. En definitiva, sienten la presión de la *masculinidad hegemónica* como lo describe Connell:

> El interés de los hombres en el patriarcado se condensa en la masculinidad hegemónica y se defiende por toda una maquinaria cultural que exalta dicha masculinidad hegemónica. Se institucionaliza en el estado; en las vidas de los hombres heterosexuales se refuerza gracias a la violencia, la intimidación y el ridículo. La globalización extiende el modelo europeo/estadounidense a todo el mundo. Se utilizan las masculinidades ejemplares de las estrellas del deporte, el rock, el cine violento con sus héroes.
>
> Las mujeres se involucran y sostienen el patriarcado como puede verse en su apego a

100 ICW: *International Coalition of Women Living with HIV and Aids.* Esta organización tiene su sede en Londres, pero reúne a miles de mujeres infectadas de todo el mundo. Producen materiales educativos para apoyar a las mujeres infectadas y realiza lobby a nivel internacional para que el tema de género y la atención específica a las mujeres infectadas esté en la agenda de los tomadores de decisión. Ver también en el Internet para más información.

las religiones patriarcales, en los relatos de las novelas rosas, en la forma en la cual refuerzan el patrón diferencia/dominación en las vidas infantiles...[101]

Los hombres homosexuales y algunos bisexuales pertenecen a redes y círculos gays donde existe más información respecto del VIH/SIDA. Pero de las entrevistas, se puede concluir que ellos, al igual que los hombres y mujeres heterosexuales, tienen muchos problemas para hablar sobre el tema o sobre el hecho de que están infectados dentro de sus relaciones de pareja. Al igual que en las parejas heterosexuales, el uso del preservativo necesita ser negociado y no es una practica generalizada. El miedo al rechazo, el abandono o la soledad les hace poner en riesgo su salud y la salud de sus parejas.

Conclusión

En conclusión, podemos decir que la diferencia de género se vive en todo momento en la vida de hombres y mujeres, y que los patrones culturales de género tienen estrecha relación con la vulnerabilidad ante la infección por VIH/SIDA.

Los hombres heterosexuales tienen mayor acceso a información y a experiencias sexuales desde temprana edad. Esto, además de sus convicciones sobre sus derechos "por naturaleza", sus ventajas por mayor jerarquía de género y su poder en la pareja, el rol asumido del conductor de la vida de las mujeres con quienes se relacionan y en general su complicidad con el modelo hegemónico[102], hace que mantengan esquemas machistas en su relación con las mujeres y en sus relaciones con bisexuales y homosexuales. Los mitos y creencias culturales al respecto, la presión social que sienten para cumplir con los códigos de la masculinidad hegemónica, les lleva a prácticas sexuales que ponen en riesgo su salud y la de sus parejas.

Una vez infectados, los hombres ya no actúan de manera tan homogénea. Algunos cambian su patrón de vida y su relación con las mujeres. Esto va relacionado con sentimientos de culpa pero también se da por la reflexión alrededor del VIH/SIDA y su responsabilidad ante la infección con sus parejas.

Otros hombres cambian levemente su conducta y sus prácticas sexuales, especialmente en lo que se refiere al uso del preservativo. Ellos son más cautelosos, mayormente por proteger su propia salud ante el peligro de la re-infección[103], pero en gran medida siguen los mismos esquemas y conductas. Un tercer grupo sigue su vida como antes, con actitudes de negación de su infección o incluso con actitudes de venganza hacia las mujeres y sus posibles parejas sexuales.

En las **mujeres**, hemos observado una *vulnerabilidad estructural de género*, expresada en poca preparación para la vida, desconocimiento de sus derechos, manejo escaso de herramientas de negociación en su vida, subordinación asumida ante el compañero, baja auto-estima e ingenuidad cultivada y reforzada por la educación en la familia, la escuela y la sociedad en general.

---

101 Connell R.W. *Masculinidades,* (*Masculinities,* 1995), Universidad Nacional Autónoma de México, 2003

102 Ver también Connell al respecto de la masculinidad cómplice: *La cantidad de hombres que practican rigurosamente el patrón hegemónico en su totalidad puede ser muy pequeña.*
Pero la mayoría de los hombres ganan con esta hegemonía, ya que se benefician de los dividendos del patriarcado; en general el hombre obtiene ventajas de la subordinación general de las mujeres. Las masculinidades que se construyen en formas que aprovechan el dividendo del patriarcado, sin las tensiones o riesgos que conlleva estar en la vanguardia del patriarcado, son cómplices. p.120 en el mencionado libro de Connell.

103 Dado que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana es altamente mutante, una persona infectada puede reinfectarse con otra cepa del virus y esto acelera la pérdida de defensas del cuerpo y la entrada en la etapa de SIDA con mayor rapidez. Por más información , ver también en www.unaids.org

En esta investigación no se ha profundizado sobre el impacto de la religión en la construcción de esquemas mentales, mitos y creencias de las mujeres, pero la referencia a la culpa, la resignación, el tema de la victima, la mujer comprensiva por naturaleza, la naturalización del rol de la mujer y del hombre, la vivencia dual de la sexualidad, no solo en los hombres, sino también en ellas, son elementos que merecen ser investigados en la luz de la prevención del VIH/SIDA.

La reacción ante la infección por VIH/SIDA en las mujeres es más drástica que en los hombres y los impactos para ellas también son peores. Por su vulnerabilidad estructural, la infección les empuja a la frontera de lo posible de aguantar. Ellas reaccionan también de diferentes maneras: algunas están sumergidas en la depresión, la soledad o el abandono. Solo el hecho de tener hijos les salva del suicidio, como expresaron en las entrevistas. Otras mujeres han podido asumir su condición pero deben luchar igualmente por sobrevivir. La sociedad no les facilita nada: muchas no terminaron la educación secundaria y son jefas de hogar sin una fuente de ingreso estable.

Las mujeres que han podido encontrar una nueva razón de ser en su condición de VIH positivas, son las que mejor están llevando su vida: ayudan a otras personas y logran reestablecer una relación de pareja, a veces con su propio compañero o en algunos casos con una persona también seropositiva.

La infección por VIH/SIDA les ha hecho reflexionar sobre su vida, las decisiones que (no) han tomado, y sobre lo que quieren hacer. Su relación con su cuerpo y la sexualidad ha cambiado, mayormente se ha pasado a una negación aún más grande de la sexualidad como posible fuente de placer, aunque al respecto existen sospechas de que los tratamientos con ARVs afectan más a las mujeres en este sentido que a los hombres[104]. En todas las entrevistas, solo se mencionó un caso de una mujer seropositiva que estableció una nueva relación de pareja sin informar al compañero de su situación y otro caso de una mujer joven con actitud de revancha hacia los hombres. El resto de las mujeres entrevistadas expresaron su responsabilidad para no seguir infectando.

En general, una vez infectados por VIH/SIDA, hombres y mujeres mantienen los esquemas y patrones de género, aunque aparecen pequeñas grietas en las ideas tradicionales y en ciertos aspectos de sus conductas. Especialmente las mujeres reflexionan más sobre su situación y cuestionan en voz alta el machismo, la prepotencia de los hombres, la educación deficiente y la falta de acceso a oportunidades de vida para ellas. Estos temas son discutidos más a menudo con sus hijos e hijas, conversan más abiertamente sobre la sexualidad y sus relaciones de pareja.

La existencia de grupos de apoyo ofrece a las mujeres una posibilidad de intercambio de experiencias y de solidaridad de género que nunca antes tuvieron. Además de enfrentar los problemas relacionados con su condición de seropositivas, en estos grupos se enfrentan con aspectos de su propia vivencia de la sexualidad y la de sus compañeros que anteriormente no conocieron ni aceptaron. Participar conjuntamente con trabajadoras sexuales seropositivas, travestís, homosexuales, lesbianas, etc. en talleres de empoderamiento y de liderazgo, constituye para ellas abrir su mente a un mundo diferente. Son ejercicios de tolerancia que no siempre resultan fáciles, pero en la medida que las mujeres seropositivas vayan asumiendo roles más activos en la prevención del VIH/SIDA, pueden aportar a romper muchos esquemas y patrones de género.

104 ICW, *Maletín de Sobrevivencia para la mujer positiva*, Londres, 2003.

Los hombres heterosexuales seropositivos no participan en la misma medida en los grupos de auto-apoyo. Los grupos existentes son mayormente de gays y bisexuales. Estos grupos son fundamentales para la prevención y los cambios de conducta. Queda un trabajo por hacer en este sentido en el país, con la organización de cursos de liderazgo, construcción de una agenda y una metodología de trabajo en donde se analice la construcción de la masculinidad y su relación con la vulnerabilidad ante la infección por VIH/SIDA.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

ALGUNAS CONCLUSIONES

La vulnerabilidad estructural de las mujeres

Podemos concluir que la hipótesis planteada para la investigación queda demostrada: la vulnerabilidad de las mujeres ante la infección por VIH/SIDA tiene directa relación con los esquemas, mitos y creencias de género existentes en el país, los cuales se expresan en el Ecuador en la llamada "cultura machista".

Una constante en los relatos de las mujeres entrevistadas es la gran vulnerabilidad en muchos aspectos de su vida. Es un factor que se construye desde la niñez.

Muchas de las mujeres entrevistadas crecieron en familias no tradicionales: con tías, hermanas o abuelos, o con padres que no estaban presentes ni preparados para orientar sobre aspectos como la sexualidad, la vida en pareja o la maternidad. Otras mujeres fueron víctimas de arbitrariedades, como en el caso de F. quien sufrió el abuso sexual de su tío y luego vivió el silencio y la impunidad.

También queda claro que para las mujeres de escasos ingresos económicos la vulnerabilidad es aún mayor.

La soledad, el "sentirse abandonada" y el aislamiento hicieron que en su adolescencia varias mujeres busquen escapar de esta situación precaria y entren en una relación con un hombre mayor. El embarazo precoz, la dependencia emocional y económica, la falta de otros modelos o patrones de vida, pusieron a muchas de ellas en un callejón sin salida.

La educación en la escuela y el colegio no aportaron con herramientas para la vida o para empoderar a las mujeres. Podemos decir que las mujeres fueron educadas "en y para la ignorancia". Incluso mujeres que terminaron la secundaria o que tuvieron mejor acceso a información y mejor educación, no recibieron información sobre sexualidad, VIH/SIDA, ni herramientas de empoderamiento, o una visión de equidad de género.

Irónicamente, la infección con el VIH/SIDA ha hecho reflexionar a las mujeres sobre su vida, las decisiones que han tomado, su relación con los hombres y la forma de educar a sus hijos e hijas.

Algunas dicen incluso que gracias al SIDA están viviendo su vida con más plenitud, con más madurez, que se sienten más empoderadas. Muchas de las mujeres entrevistadas quieren ayudar a otras, se están relacionando en grupos de apoyo que son verdaderas escuelas de aprendizaje.

Los hombres

Una conclusión, que no estaba prevista al iniciar la investigación, es que también los hombres -tanto heterosexuales, bisexuales, homosexuales y travestís- están en una situación de gran vulnerabilidad ante la infección por VIH/SIDA. El modelo hegemónico de masculinidad lleva a que los hombres sientan mucha presión social, cultural e ideológi-

ca para cumplir con sus mandamientos. Ellos deben ser hombres fuertes, aventureros, no demostrar sus sentimientos, deben demostrar su virilidad, su hombría en conquistar mujeres y tener relaciones sexuales con múltiples parejas.

Culturalmente existe un rechazo homofóbico a conductas homosexuales, pero paradójicamente en ciertos sectores, incluso en sectores como el ejercito, máxima representación del machismo puro, puede ser aceptado que hombres tengan relaciones sexuales con otros hombres. Al respecto existe un discurso relacionado con el rol activo o pasivo en el acto sexual, y en otros casos, es justificado como una "pérdida de control", causada por el consumo de alcohol o droga. Incluso experimentar con prácticas bisexuales está de moda en ciertos grupos de jóvenes y demostraría "una mente abierta".

El uso del preservativo es un tema complejo de abordar para hombres y mujeres, ya que va asociado a un sentimiento de "acto pecaminoso", en donde la Iglesia Católica tiene un rol clave. No así el tema de infidelidad, múltiples parejas o conquistas sexuales, donde aparentemente funcionan otros esquemas mentales y culturales.

Los esquemas machistas, incrustados tanto en hombres como en mujeres, obligan a los hombres a no demostrar afectos y sentimientos. Subsisten las ideas dicotómicas en cuanto a la sexualidad dentro del matrimonio y fuera de él. Dentro del matrimonio muchos hombres aún no pueden aceptar que las mujeres son seres sexuales, con deseos propios, con un cuerpo que puede gozar, que puede dar y recibir placer. Los y las consejeras indican que los hombres buscan el placer sexual y la intimidad fuera de la pareja, muchas veces con trabajadoras sexuales, por motivos muy ligados al miedo de aparecer débil frente a su mujer si expresan sentimientos, deseos o fantasías sexuales. Y siempre está en juego la relación de poder, tanto con la esposa como con la trabajadora sexual.

Todavía queda el reto de comprender mejor cómo se va construyendo la masculinidad desde lo privado, especialmente en la familia, y desde lo público en la educación, la religión, los medios de comunicación, la cultura, la política... Este conocimiento es fundamental para entender los comportamientos de la epidemia del VIH/SIDA en el país.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN

El papel de la educación

En su libro *Masculinidades*, Connell señala su preocupación por el hecho que no se considera con suficiente énfasis a la educación como el ámbito privilegiado para lograr los cambios necesarios en la construcción de una nueva masculinidad y feminidad, que apoyen la construcción de una utopía de justicia social:

"Es sorprendente que se haya discutido tan poco sobre el papel de la educación en la transformación de la masculinidad.

La importancia de la educación para la política de la masculinidad se deriva de la ontoformatividad de las prácticas de género, del hecho que nuestros decretos respecto a lo que es masculinidad y feminidad hacen que cierta realidad social se ponga en acción.

A un nivel más profundo, la educación es la formación de capacidades para la

105 Connell, *Masculinidades*, Universidad Autónoma de México, México, 2003

práctica.

Una agenda que incluya a la justicia social en la educación debe ocuparse de todo el rango de capacidades para la práctica de la justicia, de la forma que estas capacidades se desarrollan y distribuyen, y de la forma en que se ponen en acción"[105] .

Luego de todo el recorrido por las entrevistas y la problemática, la propuesta de Connell es fundamental: la educación debe jugar un rol preponderante en la prevención. Pero quedemos claros: no estamos hablando de un trabajo de educación sobre VIH/SIDA, sino sobre un trabajo fundamental de género que ponga en discusión los esquemas, estereotipos, mitos, prohibiciones y obligaciones de la masculinidad y la feminidad en el Ecuador; que tenga como objetivo reconstruir las masculinidades y feminidades, sin excluir otras identidades sexuales.

Sin un trabajo donde se realice uno de-construcción y de re-construcción de las relaciones de género no lograremos enfrentar la epidemia del VIH/SIDA.

Hace unos años se estrenó una película sobre la vida del doctor Alfred Kinsey[106], quien estudió la sexualidad en los Estados Unidos en los años 40´s y 50´s. El doctor Kinsey publicó la primera investigación sobre la vivencia de la sexualidad en los hombres en los Estados Unidos y luego realizó otra investigación sobre la vivencia de la sexualidad en las mujeres. Aparte de revolucionarias que fueron sus investigaciones, por los métodos de observación y entrevistas -sin juzgamientos morales, registrando lo que era una realidad absolutamente desconocida- este profesor universitario, decidió dar un curso prematrimonial a los estudiantes en su universidad, la Indiana University en Bloomington. En estos cursos, con la asistencia masiva de jóvenes en búsqueda de respuesta a sus múltiples inquietudes, miedos e inseguridades, el profesor Kinsey les enseño conceptos básicos sobre la sexualidad: las etapas en el acto sexual, el orgasmo en los hombres, el orgasmo en las mujeres, zonas erógenas, problemas sexuales muy comunes, monogamia vs. múltiples parejas, higiene, enfermedades, etc. Es una práctica académica que lastimosamente no se ha mantenido ni difundido, pero podría ser una pista para trabajar el tema de la sexualidad en la educación, adecuando por supuesto los contenidos y mensajes a los diferentes grupos de edad.

Viendo el *analfabetismo erótico* con que tanto hombres como mujeres han iniciado su vida sexual y de pareja; escuchando los relatos de la falta de satisfacción y felicidad en las relaciones estables de pareja, debido a una vida sexual pobre, por juegos de poder, por incapacidad de expresar sentimientos, deseos, miedos, sospechas, por la sombra del abuso y la violencia, no es de extrañar que aflore una búsqueda frenética de otras experiencias, de un poco de compañía para la soledad o de una sublimación de esta relación inequitativa en esquemas de *sumisión paradójica* – como fue analizado por Pierre Bourdieu.

Enseñamos a niños y jóvenes como funciona la electricidad, como funciona un motor, como crece una planta. Pagamos por lo menos diez clases de manejo de auto a nuestros hijos e hijas antes de darles permiso de salir a la carretera. Pero no enseñamos algunos elementos mínimos de una sexualidad satisfactoria dentro de una relación de pareja.

A padres y madres de familia, así como a la gran mayoría de los profesores de escuela y colegios, les faltan las herramientas para impartir educación sexual con un enfoque de equidad de género. No se ha investigado a qué actividades y aprendizajes están dispuestos los educadores, los padres, los profesionales involucrados, cuáles son los vacíos existentes.

106 Kinsey, película de 2004, producida por el Director Bill Condon

De las entrevistas para esta investigación se desprende, además, que muchas mujeres y hombres adultos viven su sexualidad de manera muy rudimentaria y están insatisfechos. En América Latina, y en Ecuador, para muchas mujeres, la sexualidad no es fuente de placer. Como Marcela Lagarde podemos decir que muchas la viven como una 'servidumbre sexual'[107] que no trae felicidad para las mujeres pero tampoco para los hombres. El derecho al placer sexual es un derecho humano todavía no muy explorado.

Se podría pensar en promover un conjunto de programas en los medios de comunición masiva para cambiar estereotipos de género, discutir abiertamente ciertos temas tabúes, como machismo, homosexualidad y bisexualidad, prácticas sexuales, homofobia, etc. Un enfoque de derechos[108] es muy importante para fortalecer la autoestima de niñas, adolescentes y mujeres en general, y para generar la discusión entre hombres y mujeres sobre estos temas. Para las mujeres, "la toma de decisiones sobre el cuerpo, la sexualidad y reproducción implica poder y autonomía y construye ciudadanía"[109] .

Otra recomendación es involucrar a las organizaciones que se dedican al tema de equidad de género en el trabajo de prevención ante la infección con VIH/SIDA. Se puede construir sobre sus avances y conocimientos para elaborar propuestas específicas de prevención, con enfoque de género, dirigidas a hombres y mujeres. Actualmente no existen metodologías ni materiales educativos específicos en el Ecuador. Se debe enfocar estos materiales en el tema de la masculinidad y la feminidad con propuestas para la reconstrucción de los mismos dentro de una óptica de justicia social.

El rol de los consejeros

El trabajo de los consejeros es fundamental en la respuesta, tanto en la prevención, como en el acompañamiento a las personas viviendo con VIH/SIDA. Si las personas infectadas no reciben algún apoyo social o psicológico, existe un alto riesgo de que sigan su vida con las mismas conductas de riesgo que les han expuesto a la infección con. De esta manera, la epidemia se va expandir a un ritmo incontrolable como se puede ver ya en varios países del Caribe. Es necesario considerar cómo involucrar a los consejeros en la construcción de currículo, materiales y metodologías para la prevención del VIH/SIDA. En la formación de los y las consejeras es necesario partir desde un análisis de esquemas y patrones culturales de género, para que ellos y ellas puedan jugar un rol más activo en el análisis de los motivos para tener conductas de riesgo, tanto antes como después de la infección con VIH.

Igualmente, todo el personal de salud que está en contacto con personas viviendo con VIH/SIDA, debería tener oportunidad de una capacitación en consejería con los elementos mencionados anteriormente.

Debemos ser creativos para el mercadeo social del preservativo, lograr que se erotice su uso y que se desmitifique su aura de "pecaminoso". Se debería introducir su uso con

107 Referencia a M. Lagarde en Herrera G. y Rodríguez L. *Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. En Masculinidades en Ecuador,* X. Andrade y G. Herrera, editores, FLACSO, UNFPA, Quito, 2001.

108 Un enfoque de derechos en relación a la sexualidad ha sido promocionado desde las grandes convenciones mundiales sobre población y género, como la Conferencia de El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer en Beijing en 1995. Los derechos sexuales y reproductivos incluyen derechos humanos básicos como el derecho a la no discriminación, el derecho a la no-violencia, el derecho a la información y educación, el derecho a la planificación de la familia, etc.

109 Rodríguez L. *Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos,* (UNFPA, documento)

los y las adolescentes, dentro de programas integrales de prevención que incluyen la enseñanza de tácticas de negociación de su uso, especialmente a las adolescentes.

Por otro lado, se necesita promover investigación sobre el machismo, los estereotipos, las conductas sexuales, la influencia de la Iglesia y la religión en las conductas sexuales y en la construcción de imaginarios. Falta investigar conceptos y vivencias como "la fidelidad", "la pareja", la atracción del "riesgo", etc. Se requiere investigar el rol de los medios de comunicación masiva en la construcción de íconos y modelos de masculinidad y feminidad. Es necesaria más investigación sobre la diversidad étnica del país y cómo se vive la sexualidad, para entender las diversas conductas de riesgo para dar una respuesta de prevención culturalmente adecuada, ya que existen indicios que el VIH/SIDA también está afectando los pueblos indígenas del país.

Como conclusión, podemos decir que el trabajo de prevención de VIH/SIDA debe ser ampliado a toda la población y en especial a la población adolescente y joven. Esto implica movilizar y coordinar entre amplios sectores: familias, educación, salud, gobiernos locales, Iglesia, empresa privada y medios de comunicación. La prevención parte de un análisis honesto de la realidad de género en el país, de su impacto en las conductas sexuales de los diferentes segmentos de la población y ofrece herramientas, propuestas para re-construir o re-organizar la construcción de la masculinidad y la feminidad para la población heterosexual al tiempo de reconocer la existencia de otras formas de vivir la sexualidad, como son la homosexualidad, la bisexualidad, el trabajo sexual, el travestismo, etc.

Finalmente, aunque el VIH/SIDA es una amenaza real y temible para el Ecuador, se abren posibilidades inesperadas de cuestionar los patrones culturales de género, el machismo, la homofobia o la doble moral. De esta manera, la respuesta puede convertirse en la punta de lanza para promover cambios fundamentales en el orden de género existente.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, María Cecilia, *Develando el género: elementos conceptuales básicos para entender la equidad*, San José, Costa Rica, 1999

- Andrade X, Herrera G., editores, *Masculinidades en Ecuador*, FLACSO, UNFPA, Quito 2001

- Badinter E., XY. *La identidad masculina*. Traducción Ana Roda, Barcelona.

- Barberis D., Perez P. (compiladores) SIDA: *la sociedad bajo la lupa*, Argentina, 2003

- Blaxter Loraine, Christina Hughes y Malcolm Tight, *Como se hace una investigación*, Barcelona, Editorial Gedisa, 2000, pgs. 83-120 y 193-228

- Briceños G, Chacon E., *El Género también es asunto de hombres*, Unión Mundial para la naturaleza, San José, Costa Rica, 2001

- Bourdieu Pierre, *La dominación masculina*, Barcelona, 2000 (edición original en Francés en 1998)

- Caceres C. et.al, *SIDA y sexo* entre hombres en America Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción, México 2002

- Castellanos B., Falconier M., *La educación de la Sexualidad en países de América Latina y el Caribe*, UNFPA Ecuador, México, 2001

- CEPAM, CDI, etc., *Sexualidad y VIH/SIDA en mujeres de Sectores Populares*, Quito, Diciembre 1998

- CEPAR, *Situación de los/las adolescentes y jóvenes en el Ecuador 2003*, Quito, 2003

- CEPAR, *ENDEMAIN 2004, Informe Preliminar*, Quito, 2005

- Conell R., *Masculinidades*, Universidad Autónoma de México, México, 2003 (primera edición en inglés, 1995)
- Cornwall A., Welbourn A., Realizing Rights. *Transforming approaches to Sexual and Reproductive Well-being*, Zed-Books, London, 2002

- Cuche Denys, *La noción de cultura en las ciencias sociales*, Buenos Aires, 2002

- Gutman M, *Ser hombre de verdad en la ciudad de México: ni macho ni mandilón*, El Colegio de México, México, 2000

- Instituto Real Tropical de Holanda, *Sexual Health Exchange*, 2004/3-4, Revista Amsterdam , 2004

- Lacasso, *Informe comparado sobre la situación de VIH/SIDA y los derechos humanos en la Comunidad Andina de Naciones*, diciembre 2003

- Lagarde M., *Claves feministas para liderazgos entrañables*, Managua, 2000

- Lagarde M., *Enemistad y sororidad: Hacia una nueva cultura feminista*, Isis Internacional , Chile 1992

- Lamas Marta, *Cuerpo e identidad*, en Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino.

- Marcovici K., *The UNGASS, Gender and Women's vulnerability to HIV/AIDS in Latina America and the Carribean*, PAHO, Washington DC, 2002

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Programa Nacional de VIH/SIDA- ITS. *Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA 2001-2003*.

- Navarro Marysa, Stimpson C. (compiladoras) *Sexualidad, género y roles sexuales*, Buenos Aires, 1999

- PAHO, *Fact sheet: Women, Gender, HIV and the UNGASS in:* www.paho.org.genderandhealth

- Paternostro S., *In the land of God and Man. A Latin woman's journey*, Penguin books, New York, 1998

- Programa nacional de Sida, MSP- Ecuador, *Datos estadísticos hasta diciembre 2004* (No publicados)

- Rodríguez L., *Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos*, Quito, s.f.

- Shilts Randy, *And the band played on. Politics, people and the aids epidemic*, New York, 1987

- Sontag S., *El sida y sus metáforas*, Santillana Ediciones, Argentina, 2003 (primera edición: 1988)

- Tenorio R., Jarrín, S., Bonilla P., *La cultura sexual de los adolescentes, UNFPA-OPS*, etc., Ediciones Abya-Yala, Quito, 1995

- www.unaids.org, Annual report 2003.

- www.unaids.org. Annual Report 2004

- www.unaids.org. Annual Report 2005

- Valdés T., Olavarría J. (eds), *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, Santiago, Flacso-Chile, 1998

- World Bank, *HIV/AIDS in Central America: An overview of the epidemic and priorities for prevention*, September 2003.

"Yo siempre me pregunto porque tengo esta enfermedad, si yo no sabía lo que era tener un enamorado, lo que era tener un hombre, él fue mi primer enamorado, mi primera relación y cuando yo me enteré me quise morir. ¿Por qué? dije, yo veía a mis compañeras que salían a bailar y todo eso. Y a mi sin embargo, que no hacia esas cosas, que no andaba *hecha la loca* como dicen... Me pasó lo que me pasó"

Testimonio: *L. mujer, 23 años*