

VIH-SIDA Y PAREJAS SERODISCORDANTES:
RELACIONES SEXUALES Y USO DEL PRESERVATIVO
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS MIEMBROS NEGATIVOS

Paula Rosana Bilder
Universidad Nacional de Quilmes (Argentina)
paubilder@hotmail.com

Resumen

Las parejas denominadas serodiscordantes, en las cuales uno de sus miembros convive con VIH-SIDA y el otro no, experimentan la posibilidad de transmisión del virus de manera permanente y afrontan una enfermedad que no tiene cura y está socialmente estigmatizada. Desde las ciencias sociales, los estudios realizados con respecto a esta problemática se han focalizado mayormente en las personas que conviven con el virus. Por ello, en el presente trabajo se indaga acerca de cómo vivencian los miembros seronegativos el conformar una pareja con una persona que convive con VIH-SIDA, en particular en cuanto a las relaciones sexuales y el uso del preservativo. Como marco de análisis general utilizamos el concepto antropológico de “ritual de pasaje”, ya que nos permite mostrar el proceso que llevan a cabo los sujetos en cuestión desde que se anuncian que su pareja convive con VIH-SIDA.

Palabras clave: parejas serodiscordantes, VIH-SIDA, relaciones sexuales, preservativo, miembros seronegativos

I. Introducción

En la historia del VIH-SIDA, apareció a mediados de la década de los 90 una categoría bio-médica que define como serodiscordantes a aquellas parejas en las cuales sus miembros presentan diferente estado serológico respecto al VIH-SIDA. Asimismo, el miembro no infectado es reconocido como “miembro seronegativo” o simplemente negativo (1). En estas denominaciones predomina claramente la diferencia serológica que estos individuos presentan respecto al virus en cuestión, es decir lo que, sin duda, no tienen en común.

Las parejas serodiscordantes constituyen un fenómeno particular dado que experimentan en su vida cotidiana el riesgo de transmisión de manera permanente y la evolución de una enfermedad que actualmente no tiene cura. Por lo tanto, cuando un miembro convive con VIH-SIDA, el conjunto de la pareja se confronta con la necesidad de definir o redefinir cómo va a vivir la infección tanto en la intimidad como por fuera de ella. De este modo, los miembros negativos también son afectados por el virus en cuestión (Lo + Positivo, 2001).

Numerosos estudios cualitativos han abordado la vida cotidiana de las personas que conviven con VIH-SIDA (Grimberg, 2002; Pierret, 2000); sin embargo, la mayoría han analizado los relatos de tales personas acerca de sí mismos y de su enfermedad, resultando escasas las investigaciones que aborden la problemática de otros afectados, como por ejemplo sus parejas.

En este marco, el objetivo general del presente trabajo consistió en indagar, describir y analizar cómo vivencian los miembros seronegativos el conformar una pareja con una persona que convive con VIH-SIDA, en particular en el plano de la sexualidad.

II. Metodología

De acuerdo con los objetivos planteados, nos propusimos un estudio cuyos puntos de partida metodológicos fueron los siguientes: a- recuperar conceptualmente tanto los contenidos colectivos y las construcciones discursivas propias de los conjuntos sociales estudiados, como la particularidad y los ejes de diferenciación de los sujetos; b- focalizar en la perspectiva de los actores, en particular en los sentidos otorgados a sus condiciones y prácticas de vida, así como en las modalidades de problematización y respuesta social a las mismas; c- ponderar la consideración de los escenarios y contextos globales para construir e interpretar los datos (Grimberg, 2000).

Trabajamos con datos primarios obtenidos a partir de entrevistas semiestructuradas. El universo de análisis estuvo compuesto por mujeres y hombres seronegativos/as respecto al VIH-SIDA que conformaban parejas serodiscordantes y heterosexuales.

Los/as entrevistados/as fueron contactados en el Servicio de Infectología de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Este contacto demandó una cadena de intermediaciones, ya que los entrevistados no eran pacientes de tal servicio, sino parejas de personas que se atendían en él.

El procedimiento de muestreo fue intencional y no al azar, ya que el estudio no perseguía representatividad estadística. Por ello la técnica que utilizamos fue la selección por criterios, definiendo conceptual y operacionalmente las unidades de análisis a partir de precisar primero los criterios desde los cuales se seleccionaron luego los informantes (Grimberg, 2000). Para determinar el tamaño

final de la muestra se consideraron el criterio de relevancia, el propósito teórico y el criterio de saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967).

III. Población

La muestra quedó conformada por 16 individuos, 11 mujeres y 5 varones. Las edades de los/as entrevistados/as variaron entre 23 años y 60 años. Gran parte de ellos/as completaron sus estudios secundarios y no tenían estudios universitarios. Todos/as trabajaban en el momento en que se realizó la entrevista. Con respecto a la composición de la unidad doméstica de los/as entrevistados/as, la mayoría tuvo varios/as hijos/as con ex parejas y también con su pareja actual antes de saber que la misma estaba infectada. Tres se enteraron que su pareja convivía con el virus durante un embarazo. Dos tuvieron hijos/as y uno adoptó un niño luego de saber que su pareja convivía con VIH-SIDA. Respecto a la cantidad de hijos, entre los propios y los de la pareja, principalmente tenían 2. La mayoría residía en la Ciudad de Buenos Aires, en barrios cercanos al hospital en el cual fueron contactados, unos/as pocos/as en barrios más alejados y tres en distintas localidades de la Provincia de Buenos Aires.

IV. VIH-SIDA y parejas serodiscordantes como “ritual de pasaje”

De las entrevistas mantenidas con los miembros seronegativos pudimos observar que el VIH-SIDA al aparecer en la vida de estas personas irrumpe y provoca un distanciamiento de la vida de todos los días, ya que debieron afrontar una enfermedad que hasta el momento del diagnóstico de su pareja padecían “otros” lejanos, y que implicaba la posibilidad de infectarse en cada relación sexual y la convivencia con una persona que padecía una enfermedad estigmatizada.

Diversos autores que analizaron la problemática del VIH-SIDA (Grimberg, 2002 y 2000; Pierret, 2000 y 1996; Pecheny, Manzelli y Jones, 2002; Kornblit, 1997; Biagini, 1998), entienden al diagnóstico no sólo como un acontecimiento puntual, sino como el punto de partida de una trayectoria que sobreviene en la vida de las personas, creando una ruptura entre un antes y un después, cuestionando lo que ella fue hasta ese momento.

Desde esta perspectiva nos propusimos abordar el impacto y la disrupción biográfica que produce el VIH-SIDA en la vida de los miembros negativos, como un umbral a afrontar mediante un rito de pasaje; analizando el distanciamiento de su vida cotidiana como una “muerte simbólica”. Partiendo de esta concepción, tomamos a aquellos autores que nos podían brindar herramientas para analizar el proceso que llevan a cabo estas personas desde el momento en que conocen el estatus serológico de su pareja hasta que construyen una nueva “normalidad” atravesada por el VIH-SIDA y sus implicancias.

Turner (1988) entiende a los ritos como instancias de creatividad social a través de la cual se expresan y canalizan conflictos que tienen por finalidad reducir la ansiedad existencial y poder afrontar lo desconocido y la alteridad. Según Da Matta “el ritual es un momento extraordinario que permite... colocar en foco un aspecto de la realidad y, por su intermedio, cambiar su significado cotidiano o incluso, otorgarle un nuevo significado” (1980:31). El atravesamiento de los rituales indica que el iniciado ha accedido a otro modo de existencia que es inaccesible a aquellos que no han afrontado el ritual, que no han conocido a la muerte, ya que no se puede modificar un estado sin abolir el anterior. La mayoría de las pruebas iniciáticas implican una muerte ritual seguida de una resurrección o de un nuevo nacimiento. Se vuelve a la vida asumiendo un nuevo modo de ser (Eliade, 1967).

Siguiendo a estos autores, asimilamos el proceso que llevan a cabo los miembros negativos con los rituales de pasaje, los cuales constan de tres momentos: separación, margen y agregamiento (Turner, 1988). Para ello analizamos y describimos cómo son atravesados cada uno de estos momentos por los miembros seronegativos, tomando como dimensión de análisis una de las cuestiones que para nosotros resultó ser, a partir del trabajo de campo, significativa para la mayoría de los/as entrevistados/as: las relaciones sexuales y el uso del preservativo.

V. Primer momento del ritual de pasaje: iniciación, anoticiamiento y shock

El VIH-SIDA al presentarse en la vida de los miembros seronegativos marca un punto de inflexión en su biografía. Es el denominado mundo de la vida cotidiana el que se ve alterado, el de la realidad en la que las personas se desenvuelven desde una actitud “natural” (no crítica) y tomando las cosas como dadas (Good, 1991). En la historia de los/as entrevistados/as, esto se produjo de manera abrupta y tuvo su punto de inicio en el momento en que se anoticiaron que su pareja convivía con VIH-SIDA. En los relatos se evidencia que tal noticia les resultó sorpresiva, impactante e inesperada porque no creían hasta ese momento que lo que les estaba ocurriendo podía sucederles a ellos mismos, de este modo tal situación fue vivenciada como un momento traumático, de gran confusión y desorientación.

Van Gennep (1986) señala que los ritos de paso existen, justamente, para atenuar los efectos nocivos que producen los cambios de estado en la vida individual y social. Siguiendo a este autor, interpretamos que los miembros seronegativos vivenciaron una “muerte ritual”, en tanto el estado en el que vivieron hasta este momento ya no les resultó “natural”, se encontraron con su vida

cotidiana transformada y el sentido de la misma trastocado.

V.1 - Sexualidad y uso del preservativo I

Partimos del supuesto de que la sexualidad se constituye en la sociedad y en la historia, ya que no está unívocamente determinada por la biología (Barreda, 1997; Rubin, 1989). De tal manera, la sexualidad es entendida como un proceso de construcción a la vez individual y social, que supone procesos de intercambio complejos, realizados desde relaciones de poder y mecanismos de regulación social que articulan valores y normas, así como funciones diversas según los entornos (Grimberg, 2002).

Según Sontang (2003), el surgimiento de una nueva epidemia catastrófica, cuando durante varias décadas se suponía que estas calamidades pertenecían al pasado, no bastó para revitalizar la promoción moralista de una epidemia a la categoría de peste, fue necesario que ésta tuviera como vía principal de transmisión a las relaciones sexuales. Esta autora señala que, socialmente, la infección por vía sexual es considerada una calamidad que la misma persona se ha buscado, por lo cual merece un juicio mucho más severo que aquellas que se han infectado por otras vías.

De esta manera, grupos previamente estigmatizados fueron doblemente estigmatizados y así la cantidad y el tipo de relaciones sexuales pasaron a ser el centro de los discursos sociales –y morales– vinculados al VIH-SIDA, y la sexualidad un ámbito de intervención y control social de las personas. Así, a partir de la década del 80, con el surgimiento de los primeros casos de VIH-SIDA, la sexualidad se convirtió en un campo de control e intervención por parte del Modelo Médico Hegemónico. Este modelo además de desempeñar funciones curativo/preventivas, cumple también una función de control, normatización y legitimación.

En el trabajo de campo fue posible apreciar que luego del diagnóstico los miembros negativos se enfrentaron con el hecho de que si no utilizaban preservativo tenían posibilidades de infectarse. De manera que el riesgo se volvió algo permanente, ya que en cada relación sexual podía tener lugar la transmisión si no tomaban medidas para evitarla. Al mismo tiempo, también se enfrentaron con prácticas discriminatorias ancladas en construcciones sociales estigmatizantes respecto a la sexualidad de las personas que conviven con VIH-SIDA. Es decir, con una sexualidad connotada como contaminante y peligrosa que, como dice Sontang (2003), imputa la responsabilidad de la infección a los mismos infectados.

Desde la percepción de los miembros seronegativos, anotarse que la pareja convivía con VIH-SIDA tuvo un carácter disruptivo en el plano sexual, aunque se presentaron cuestiones significativamente diferenciales respecto a qué miembro de la pareja se sintió más resentido. En este sentido, señalaron que si bien ellos se sintieron afectados de manera personal, fueron sus parejas quienes padecieron las mayores dificultades. Sin embargo, como esta mirada no se correspondía con la de los miembros seronegativos, aparecieron diferencias en la percepción que tenían ambos miembros respecto al peligro que representaba el miembro que convive con el virus. Esto fue observado por Hendrick (2000), quien a partir del trabajo con parejas serodiscordantes halló que los miembros que conviven con el virus se sienten “sucios” y “contaminados”.

Una de las problemáticas más recurrentemente mencionadas por los miembros negativos refirió al temor que manifestaban sus parejas a transmitirles el virus durante las relaciones sexuales. Pareciera que para las personas que conviven con VIH-SIDA esta posibilidad adquiere una connotación de amenaza permanente ya que, como afirma Sontang (2003), a partir del surgimiento del VIH-SIDA la sexualidad entró en el registro del universo de los miedos. Siguiendo a esta autora, consideramos que, por un lado, el temor de los miembros que conviven con el virus a transmitirlo tiene su origen en la posibilidad existente de que ello ocurra. Por otro lado, interpretamos que las imágenes e ideas ligadas a la “contaminación” que socialmente se asocian con la enfermedad también tienen gran peso e influencia en dicho temor.

De los relatos se desprende que a raíz del temor a transmitir el virus, los miembros que conviven con VIH no pudieron retomar la actitud previa a saber que convivían en su cuerpo con el VIH-SIDA. El temor fue manifestado de diversas formas: por un lado, mostrando menor deseo sexual y, ligado a esto, disminuyendo la frecuencia de las relaciones sexuales. Por el otro, comportándose excesivamente cuidadosos durante las relaciones sexuales. Esto redundó, según los miembros negativos, en interferencias a la intimidad sexual y obstáculos en la comunicación y el placer.

A diferencia de sus parejas, el miedo a infectarse durante las relaciones sexuales no apareció como algo frecuente por parte de los miembros negativos. Consideramos que esto puede vincularse con la visión que ellos tienen de sus parejas, a las cuales no perciben como peligrosas o como una fuente de contaminación.

Específicamente ningún entrevistado/a atravesó períodos de bloqueo y solo una minoría reaccionó con temor, manifestando haber sentido miedo de lo que implicaba una posible transmisión. De los relatos se desprende que la causa de esta actitud fue la desconfianza que sintieron respecto a la eficacia del preservativo. Esta reacción les generó como consecuencia tener que tramitar la noticia con ciertos obstáculos y dificultades. Por ello, si bien no se paralizaron, durante un período no pudieron mantener relaciones sexuales como lo hacían anteriormente.

La mayoría de los miembros negativos señaló que no utilizaban preservativos antes de conocer el diagnóstico de su pareja, por ello a través del trabajo de campo observamos que en ese momento se vieron de alguna manera obligados a pensar en el mismo y en la necesidad de incorporarlo.

La prevención, y en este caso específicamente el uso del preservativo, se presenta como la única alternativa para continuar manteniendo relaciones sexuales y evitar al mismo tiempo la transmisión del virus. Esto demanda la incorporación de un elemento que si bien permite protegerse también implica cambiar modalidades de encuentro y de relacionarse sexualmente.

En síntesis, respecto a este primer momento, mostramos que el hecho de enterarse que uno de los miembros de la pareja convive con VIH-SIDA resulta disruptivo para ambos. Sin embargo, según los miembros negativos, sus parejas fueron las que padecieron mayores dificultades para adaptarse a la nueva situación. La preocupación principal de los miembros negativos tuvo que ver con la incorporación del preservativo y con poder confiar en la eficacia del mismo.

VI. Segundo momento del ritual de pasaje: aprendiendo a c o-convivir con el VIH-SIDA

Este momento, denominado "liminar", se caracteriza por la confusión de todas las categorías habituales. El estado de los iniciados es ambiguo, ya que no están clasificados con el anterior y tampoco con el nuevo. Se dan al mismo tiempo procesos de disolución y descomposición y procesos de transformación y reformulación de viejos elementos según patrones nuevos. Por otra parte, este momento también es considerado un estadio de reflexión, donde las personas son forzadas y animadas a pensar sobre sí mismas y sobre la sociedad, sobre lo anterior como también sobre lo venidero, donde se rompe con la fuerza de la costumbre y se abre paso a la especulación (Turner, 1988).

Al iniciar este segundo momento, la vida cotidiana de los miembros seronegativos se encuentra trastocada debido a las transformaciones que vivenciaron previamente. Sin embargo, consideramos que luego de que los miembros negativos sobrepasan una etapa de gran confusión y padecimiento, inician una recomposición biográfica que marca el comienzo de este segundo período.

VI.1 Sexualidad y uso del preservativo II

Luego del primer momento de mayor impacto, los miembros negativos iniciaron una reconstrucción de la dinámica de sus relaciones sexuales. Aunque encontramos una variedad de respuestas, interpretamos que en la mayoría de los casos fueron "aceptando" la disminución del deseo sexual de sus parejas y el ritmo de los encuentros que estos propusieron y/o impusieron. Asimismo, consideramos que tal adaptación principalmente refiere a una actitud comprensiva por parte de los miembros negativos. Éstos señalaron que sus parejas padecían muchos problemas por su condición de infectadas, por lo cual prefirieron acomodarse a los tiempos y propuestas de las mismas y no sumarles más presiones. Pareciera así que los miembros negativos consideraron que sus propias necesidades representarían un peso adicional para su pareja y por ello decidieron soslayarlas. Interpretamos así que, a fin de evitar recargar a su pareja, el miembro negativo queda invisibilizado, es decir, sin autonomía y capacidad para negociar las condiciones de los encuentros sexuales

Otra de las dificultades que debieron afrontar algunos miembros negativos fue que la pareja, por temor a transmitirle el virus, se comportara de manera excesivamente protectora durante las relaciones sexuales. En general la respuesta de los/as entrevistados/as también remitió a la comprensión. Solo uno de ellos comentó que, en algunas ocasiones, cuando se sentía coartado, prefería interrumpir la relación sexual. Resaltamos que este es el único caso en que el miembro negativo además de explicitarle el desacuerdo a su pareja, dice haber actuado en consecuencia, mostrando una aceptación parcial de lo que, según el entrevistado, proponía la misma.

Varios miembros negativos intentaron que sus parejas consultaran con algún profesional en relación con las dificultades que estas padecieron en el plano sexual, pero ninguno tuvo éxito con la propuesta. Consideramos que esto muestra que en el plano sexual se imponen nuevas condiciones que los miembros negativos aceptan. Así, pareciera haber un desequilibrio de poder basado, y de alguna manera justificado, en los efectos que provoca la enfermedad en quienes conviven con ella en su cuerpo.

A través de las entrevistas hemos observado que la incorporación del preservativo fue dificultosa para todos los miembros negativos. Grimberg (2000) señala que las prácticas de protección suponen distintas clases de problemas según los conjuntos sociales y sus contextos de vida, los momentos del proceso de vivir con VIH-SIDA y los marcos interpretativos incluidos en las definiciones de protección sexual. En este sentido, la posición subjetiva desde la cual los/as entrevistados/as analizaron la información y tomaron las decisiones respecto al uso del preservativo, jugaron un rol fundamental a la hora de poner en práctica acciones para prevenir la infección. Es decir, más que las situaciones de posibilidad de transmisión del virus descritas por la biomedicina, lo que parece haber despertado alarma o favorecer la tranquilidad es el modo subjetivo en el cual vivieron la situación en un sentido más amplio (Weller, 1999).

El preservativo trajo aparejados nuevos desafíos a la pareja, ya que a partir de los relatos se evidencia que su incorporación les resultó problemática debido a que a uno o a ambos miembros de la pareja no les gustaba o bien no estaban acostumbrados a utilizarlo. Sin embargo, aunque tuvieron dificultades, la mayoría de los miembros seronegativos no dejó de utilizarlo en ningún momento, algunos pocos no lo emplearon en ciertas oportunidades y uno solo decidió obviarlo para siempre. Excepto este entrevistado, quien tomó la decisión de no utilizarlo más, el resto que en alguna oportunidad no usó el preservativo fue debido a dificultades o resistencias del miembro que convive con el virus. En estos casos interpretamos que la responsabilidad del cuidado quedó relegada a los miembros seronegativos, quienes tuvieron que evaluar si protegerse o no de una posible infección, o sea avalar el deseo de su pareja o bien exigirles que usen profiláctico. En este sentido, los miembros negativos que no quisieron correr el riesgo de infectarse tuvieron que efectivizar su propio resguardo y protegerse tanto de una posible transmisión durante las relaciones sexuales como también del interés, explícito o implícito, de sus parejas de no usar el preservativo.

Ante la necesidad de demandar y/o exigir el uso del profiláctico, varios miembros seronegativos afirmaron haber sentido culpa ante la posibilidad de que su pareja se sintiese discriminada o bien creyera que ellos tenían miedo de infectarse. También algunos dijeron haber cedido para "darle el gusto a la pareja", la cual prefería mantener relaciones sexuales sin preservativo. Interpretamos que estas actitudes o conductas refuerzan la idea de la aceptación, en tanto pareciera que los miembros seronegativos privilegiaron más las necesidades y deseos de su pareja o bien que las "cuidaron" más que a ellos mismos.

La mayoría de los miembros seronegativos no practicaba más sexo oral, lo que fue definido por varios/as entrevistados/as como algo *terrible*, algo que se *extraña*. Llamativamente si bien esto lo viven como una limitación importante, ninguno manifestó utilizar o haber intentado usar un campo de látex o profiláctico saborizado como protección y posibilitador del sexo oral sin riesgos. Asimismo, todos, tanto los que practicaban sexo oral como los que lo dejaron de hacerlo, basaron su decisión en diversas cuestiones entre las cuales incluyeron a la información. Entendemos que esto también muestra una aceptación de las nuevas circunstancias por parte de los miembros negativos, aunque en este caso sea para protegerse ellos mismos de una posible transmisión.

No usar el preservativo es consentido por los miembros negativos ante el deseo de un embarazo. En este sentido, una de las entrevistadas no lo utilizó durante un período a fin de buscar un embarazo. Y otros/as, si bien aún no lo hicieron, afirman que por esta causa dejarían de usarlo si fuese necesario. Se evidencia en estos relatos una aceptación de las nuevas condiciones en la cual sobre todo prima el propio deseo del miembro negativo respecto a ser madre o padre. Sin embargo, varias mujeres entrevistadas también señalaron que anhelan poder darle un hijo/a a sus parejas varones, privilegiando en este caso el rol de madre y el deseo de sus parejas.

Todos los miembros negativos que consintieron o dicen que consentirían en un futuro no usar preservativo para buscar un embarazo están informados respecto a los riesgos que se corren en tales circunstancias, han reflexionado sobre la cuestión y varios se han asesorado con profesionales especializados. Es decir, han analizado los pro y los contra, y consideran que vale la pena arriesgarse por la causa en cuestión. Se observa así, que la existencia de tensiones en torno a la reproducción y al deseo de tener hijos es una de las dimensiones que inciden en la posibilidad de utilizar sistemáticamente el preservativo (Grimberg, 2000).

Aunque con poca frecuencia, a varios miembros negativos se les rompió el preservativo durante las relaciones sexuales. En todos los casos comentaron haber reaccionado con calma, a diferencia de la pareja quien manifestó sentirse asustada. Señalaron asimismo que no se preocuparon porque, por un lado, eran conscientes de que si bien se cuidaban podía ocurrir un accidente y eventualmente podían infectarse. Por el otro, porque consideraban que convivir con VIH es *como tener cualquier otra enfermedad*, con la cual es posible llevar una vida "normal". Pareciera así que los miembros negativos están de alguna manera más prevenidos que sus parejas para afrontar una eventual infección.

Estas reacciones diferenciales muestran nuevamente que, según los miembros negativos, fueron sus parejas quienes mayormente padecieron las dificultades que se les suscitaron. Se evidencian así diferencias importantes entre ambos miembros, respecto a las cuales consideramos que de alguna manera la posibilidad de elegir lo que están viviendo, les facilita y permite a los miembros negativos vivir su condición sin tantos temores. Este sentimiento, en cambio, pareciera que embarga a las personas que conviven con VIH-SIDA en tanto el virus llegó a sus vidas de manera intempestiva, es decir sin haberse preparado o contextualizado la posibilidad dentro de una elección de vida y/o pareja, como pareciera que han hecho los miembros negativos.

Por otra parte, pareciera que el amor es una variable que interviene en el modo de sobrellevar la situación por parte de los miembros negativos. Delors (1999) señala que el amor legitima una gama de prácticas sexuales en las cuales la posibilidad de infección es muy real. Todos/as los/as entrevistados/as aseveran estar seguros/as de que su pareja es la persona con la que desean estar y explicitan o dejan entrever que es la persona a la cual aman. Siguiendo esta idea, interpretamos que los miembros negativos han aprendido a convivir "naturalmente" con el riesgo de infección en tanto es una decisión de vida vinculada a su

elección de pareja.

Resumiendo, para las parejas serodiscordantes la actividad sexual se presenta como una práctica conflictiva, dado que constituye la potencial vía de transmisión del virus a los miembros negativos. El impacto que tiene un diagnóstico positivo de VIH en la vida sexual de estas parejas abarca un amplio espectro que va desde la anulación de toda acción relacionada con la sexualidad hasta la negociación de nuevos modos de practicarla, siendo la característica central la aceptación del miembro negativo de las condiciones propuestas y/o impuestas por parte del miembro que convive con el virus.

VII. Tercer momento del ritual de pasaje: renacimiento y “normalización” de la vida cotidiana

En el tercer momento del ritual de pasaje, denominado de “agregación”, los neófitos ya se encuentran preparados para asumir su nuevo estado, por ello se reincorporan a su comunidad. Los ritos de pasaje implican una muerte ritual seguida, en su etapa final, de una resurrección en la cual asumen otro modo de ser. Es una vuelta a la vida, pero transformados. Este nuevo nacimiento indica que el iniciado ha accedido a otro modo de existencia, inaccesible a aquellos que no han afrontado el ritual, que no han conocido la muerte (Turner, 1988).

Así, interpretamos que en este tercer momento los miembros negativos se reintegraron transformados, simbólicamente, a su vida cotidiana. Ya no son los mismos que eran antes de conocer el diagnóstico de su pareja y de atravesar los períodos anteriores. Es decir, continuaron sosteniendo su relación de pareja, pero en otras condiciones y mediante modalidades de vinculación diferentes a las previas.

VII.1 Sexualidad y uso del preservativo III

Tal como refirieron los/as entrevistados/as, en esta etapa la mayoría se adaptó a nuevas modalidades de relacionarse sexualmente. Así, pareciera que han podido definir nuevas formas de vincularse con su pareja en el plano sexual, las cuales fueron vivenciadas por la mayoría de manera *natural*. En este sentido, desde nuestra interpretación, creemos que los miembros negativos necesitaron construir una nueva “normalidad” en torno a su cuerpo y a la posibilidad de infectarse que les facilitó, entre otras cuestiones, continuar manteniendo relaciones sexuales *igual que antes pero con cuidados*.

Asimismo, consideramos que las estrategias que prevalecieron en la construcción de esta nueva modalidad de relacionarse sexualmente, mayormente soslayaron la negociación, priorizando la aceptación por parte del miembro negativo de las necesidades o demandas del miembro que convive con VIH. En este sentido, si bien el consenso es una estrategia que, en mayor o menor medida, algunos/as entrevistados/as pusieron en práctica no apareció como la modalidad privilegiada.

Otra de las cuestiones que pareciera intervenir en la tranquilidad con que los miembros negativos vivenciaron sus relaciones sexuales en este tercer momento, se vincula con la percepción que tenían del estado de salud de su pareja y los tratamientos médicos. Aggleton y Mazín (2002) plantean que el convencimiento respecto a la eficacia de los tratamientos produce actitudes de indiferencia ante la posibilidad de infectarse. Así, en coincidencia con lo planteado por estos autores, a través del trabajo de campo fue posible evidenciar que la existencia de los tratamientos, la distribución gratuita de medicamentos y la buena adherencia al tratamiento por parte de las parejas de las personas entrevistadas marca una impronta imposible de eludir a la hora de interpretar la experiencia de los miembros negativos en el plano en cuestión. De esta manera creemos que al evaluar el riesgo de infección que corrían, los miembros negativos tomaron en consideración el buen estado de salud que presentaban sus parejas gracias al tratamiento médico. En este sentido, si bien se evidencia que la eficacia de los tratamientos no condujo a que la mayoría de los miembros negativos relaje los cuidados, interpretamos que les permitió cambiar la percepción que tenían sobre la enfermedad y mantener relaciones sexuales con mayor tranquilidad y confianza.

Observamos también que en esta fase los miembros seronegativos vivenciaron un reencuentro con el otro en tanto pareja, ya que varios, tanto varones como mujeres, referían haber asumido un lugar de *cuidador* de sus parejas desde el momento que a éstas les notificaron la infección hasta que se recuperaron tanto del shock que padecieron como de su estado salud. El rol en cuestión fue descrito por los miembros negativos como el de un *padre* o una *madre*, según el caso. Asimismo señalaron que, posteriormente, volver a posicionarse como pareja les demandó tiempo y un trabajo a nivel personal y vincular. La asunción de este rol también fue observada por Hendrick (2000), quien señala que este puede amenazar el balance ya delicado de toda pareja al traer cambios en la estructura de la relación.

Por otra parte, varios miembros negativos rescataron algunas cuestiones vinculadas a la aparición del VIH-SIDA en su vida cotidiana, como por ejemplo que les facilitó ser más libres en la esfera de la sexualidad. Así, valoran que al estar más informados y haberse involucrado en una problemática ligada a las prácticas sexuales, pudieron comenzar a dialogar y expresarse sobre algunos temas con más confianza y menos pudor, ya sea con su pareja o con algún otro familiar, como por ejemplo con los/as hijos/as.

VIII. CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo hemos presentado los resultados de una investigación que estuvo orientada a explorar las transformaciones que vivencian los miembros negativos de las parejas serodiscordantes desde que se anotan que su pareja convive con VIH-SIDA. Hemos adoptado, como marco teórico proveniente de la antropología, la categoría de ritual de pasaje, por ser ésta la que nos permitió analizar el modo en que los/as entrevistados/as vivenciaron la conformación de una pareja serodiscordante.

Fue posible observar que posteriormente al diagnóstico, los miembros negativos se enfrentaron con un “mandato” preventivo: debían usar obligatoriamente preservativos para evitar infectarse. De esta manera la representación del riesgo de infección se les volvió algo permanente y el VIH-SIDA una amenaza constante, un riesgo permanente. En algunos casos el temor, principalmente del miembro que convive con el virus, generó un debilitamiento del vínculo. Como consecuencia, a partir de conocer el estatus serológico de su pareja, los miembros negativos transitaron distintos momentos que van, en un extremo, desde situaciones de shock, preocupación y angustia hasta, en el otro extremo, situaciones donde ya han incorporado y se han familiarizado con el VIH-SIDA. Esto se traduce en la incorporación del preservativo, no practicar relaciones sexuales orales, mantener relaciones sexuales con su pareja solo cuando ésta lo desea y/o bajar la frecuencia de los encuentros.

Interpretamos así, que los miembros negativos necesitaron construir una nueva “normalidad” en torno a su cuerpo y las posibilidades de infectarse. Es posible suponer que en esta nueva “normalidad” los/as entrevistados/as vivenciaron cierta invisibilización y pérdida de autonomía, ya que el miembro que convive con VIH-SIDA es quien dispone los tiempos y las necesidades de la pareja, quedando las del miembro negativo relegadas o bien directamente invisibilizadas.

Nota

(1) En este trabajo utilizamos la denominación persona que convive con VIH-SIDA para referirnos a aquellos individuos infectados. Y miembro negativo para referirnos a las parejas no infectadas de las personas que conviven con VIH-SIDA, debido a que estas son las denominaciones vigentes en la actualidad.

Bibliografía

- Aggleton, Peter y Mazín Rafael. “Ya se dispone de antirretrovíricos con el VIH y el SIDA: ¿Es necesaria ahora la prevención?” *Revista Panamericana de Salud Pública*. 7 (3), 2000. pág. 197-204.
- Barreda, Victoria. “La representación de la sexualidad como factor de riesgo en el modelo médico epidemiológico del SIDA”. *Antropología y práctica médica. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano*. Buenos Aires, 1997.
- Biagini, Graciela. “Identidades y complejo VIH/SIDA”. *Salud y población. Cuestiones sociales pendientes*. Espacio Editorial, Bs. As., 1998. pág. 219-233
- Da Matta, Roberto. *Carnavais, Malandros e Herois*. Zahar. Río de Janeiro, 1980.
- Delors, François. *Seropositifs: trajectoires identitaires et recontres du risqué: L’Harmattan Logiques Sociales*. París, 1999.
- Eliade, Mircea. *Lo sagrado y lo profano*. Guadarrama. Madrid, 1967.
- Glaser B. y Strauss A. *The discover of grounded: strategies for qualitative research*. Aldine. Chicago, 1967.
- Grimberg, Mabel. “Género y VIH/SIDA. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH”. *Cuadernos Médico Sociales*. Rosario, Argentina. 2000, 78:41-54.
- Grimberg, Mabel. “Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género”. *Revista Horizontes Antropológicos*, Universidad Federal de Río Grande Do Sul. Junio, 2002, 17: 47-75
- Good, Byron. "A body in pain. The making of a world of chronic pain". *Pain as Human Experience. An anthropological perspective*. University of California Press. Berkley, 1991. págs. 29-48
- Goofman, E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu. Buenos Aires, 2003.
- Lo + Positivo. Nº 19, España, 2001.
- Hendrick, James. “The psychological impact of HIV on families, friends and partners”. *Queen Elizabeth Sciences Centre*, Halifax, Nova Scotia, 1999.
- Kornblit, Analía. *El SIDA está entre nosotros*. Corregidor, Bs. As., 1997.
- Pecheny, Mario; Manzelli Hernan y Jones Daniel. *Vida cotidiana con VIH-SIDA y/o Hepatitis “C”. Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Seminario V, Serie Seminarios Salud y Política Pública. CEDES, 2002.
- Pierret, Janine. “Maladie, sciences et société: l’expérience des personnes atteintes para le VIH”. *Natures, Sciences, Sociétés*.

1996, 4: 218-227

Pierret, Janine. "Vivir con el VIH en un contexto de enfermedad crónica: aspectos metodológicos y conceptuales". *Cuadernos Médicos Sociales*. Rosario, Argentina, 2000, 77:35-44.

Rubin, Gayle. "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad". *Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Revolución. Madrid, 1989, pág. 113-190.

Sontang, Susan. *El SIDA y sus metáforas*. Taurus. Buenos Aires, 2003.

Turner, Víctor. *El fenómeno ritual*. Taurus. Madrid, 1988.

Van Gennep, Arnold. *Los ritos de paso*, Taurus. Madrid, 1986.

Weller, Silvana. "SIDA y subjetividad. Un estudio epidemiológico sobre jóvenes". *El SIDA en la Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social*. Arkhetypo, Bs. As., 1999, pág. 98-204.

PAULA ROSANA BILDER

Licenciada en Antropología, Orientación Sociocultural, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Magíster en Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO. Becaria Doctoral CONICET. Docente Universitaria en la carrera de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano, en la materia Ciencias Humanas. Ex residente de Educación para la Salud, Hospital Tornú, Dirección de Capacitación, Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Miembro del Equipo de Salud Sexual y Reproductiva de la ONG Mujeres al Oeste, Morón. Investiga, ha publicado y participa en eventos académicos y comunitarios sobre cuestiones de salud, estudios sociales de la ciencia, género, VIH-SIDA y salud sexual y reproductiva, entre otros.