



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

**GÉNERO Y VIOLENCIA:  
UN BINOMIO COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA QUE LAS MUJERES ADQUIERAN  
VIH / SIDA**

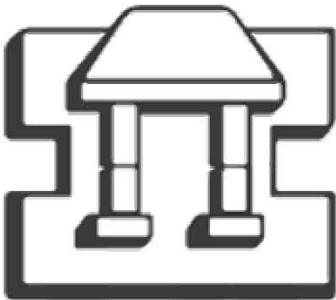
**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:  
MIRIAM NANCY SILVA FERNÁNDEZ

Director: Dr. Edgardo Ruiz Carrillo

Dictaminadores: Mtro. Luis Benjamín Estrevel R.

Dra. Diana Isela Córdoba B.



Tlalnepantla, Estado de México

2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
Capítulo 1. GÉNERO.	10
1.1 Definición	11
1.1.1 Asignación de sexo	13
1.1.2 Identidad genérica	14
1.1.3 Rol de género	14
1.2 Estereotipos	15
1.2.1 Formación de la feminidad y la masculinidad	20
1.3 Inequidades entre géneros	21
1.4 Construcción social de sexualidad	24
1.4.1 La mujer en México	25
Capítulo 2. VIOLENCIA HACIA LA MUJER DENTRO DEL NÚCLEO FAMILIAR.	
2.1 Perspectiva de género	31
2.2 Definición	33
2.2.1 La mujer maltratada	35
2.2.2 El hombre violento	38
2.3 Factores y facilitadores que coadyuvan a la agresión hacia la mujer	39
2.3.1 Factores	39
2.3.2 Facilitadores	41
2.4 Tipos de violencia	45
2.5 Ciclo de la violencia	48
2.5.1 Consecuencia de la violencia intrafamiliar	51
2.6 Las dificultades para identificar el problema	52
2.7 Modelo ecológico para la violencia	55
2.8 Aspectos que conllevan a una mujer a permanecer en una relación violenta	57
Capítulo 3. VIH/SIDA GENERALIDADES.	66
3.1 Epidemiología	67
3.2 Patogenia	69
3.2.1 Estados de VIH	70
3.2.2 Transmisión de VIH	70
3.2.3 Prácticas de riesgo	72
3.2.4 Etapas de la infección	74
3.3 Pruebas de Detección	74
3.4 Tratamiento	75
3.5 Aspectos psicológicos	75

Capítulo 4. MUJER Y VIH / SIDA	78
4.1 Sexualidad femenina	79
4.2 VIH/SIDA desde la perspectiva de género	84
4.3 Mujer, vulnerabilidad y VIH/SIDA	86
4.4 La situación del VIH en las mujeres	91
4.5 VIH/SIDA y violencia en la pareja	95
Capítulo 5. METODOLOGÍA	101
5.1 Objetivo	101
5.2 Diseño de investigación	102
5.3 Ambiente	104
5.4 Método de recolección de datos	104
5.5 Selección de participantes	105
5.6 Procedimiento	106
5.7 Análisis de datos	109
ANÁLISIS DE RESULTADOS	110
CONCLUSIONES	133
PROPUESTA	140
BIBLIOGRAFÍA	142
ANEXO	149

## RESUMEN

El modelo de consejería abarca el tema de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como factores coadyuvantes a la adquisición de la infección (como la violencia de género) lo cual necesita un modelo de prevención individual. Partiendo del modelo de consejería y el estudio de casos, se encontró que mujeres que asisten a realizarse la prueba de anticuerpos para conocer su estado serológico, manifiestan signos de violencia que no reconocen como tal, ya que solamente, la identifican cuando hay presencia de golpes; además, de no percibirse en riesgo de adquirir alguna ITS.

El objetivo de este trabajo es analizar, a través del discurso de ocho mujeres que viven violencia en sus relaciones de pareja, la interacción que existe entre ésta y el género, como factores coadyuvantes, para adquirir VIH/SIDA.

Los casos analizados tienen un rango de edad que va de los 21 a los 47 años; tienen una relación de pareja (casadas, unión libre y noviazgo), son de clase media, económicamente activas. Asisten a consejería pre-prueba de detección de anticuerpos por VIH, por cuestiones como infidelidad de su pareja y/o cuestiones de salud; a lo largo de la sesión, en su discurso, estas mujeres reportan presiones, amenazas, comparaciones, infidelidades, la no protección aunque su pareja sea VIH positiva, etc. entre otras, que no son consideradas como violencia debido a la ausencia de golpes. Este es el principal vínculo entre la violencia de género y la gran posibilidad de adquirir VIH/SIDA, entre otras ITS.

Al hacer un análisis de estos casos, muestra la vulnerabilidad de la mujer frente al VIH/SIDA debido a factores culturales: estereotipos femeninos, violencia sexual ejercida contra ellas y la falta de autoconciencia de ello. La reflexión de estos temas abre una puerta a la prevención del VIH/SIDA y sus consecuencias sociales.

# INTRODUCCIÓN

Entre más se profundiza en el conocimiento de los comportamiento sexuales de hombres y mujeres, más se cae en la cuenta del peso de los factores sociales que permean las conductas individuales. Los roles de género siempre marcan diferencias en la conducta sexual de mujeres y hombres; por lo que, las normas, prescripciones y representaciones culturales tienden a establecer estereotipos y patrones de moral sexual diferentes. La perspectiva de género es uno de estos, donde los modelos de masculinidad dominante o hegemónico colocan a los hombres como los principales receptores y vectores de la transmisión del VIH/SIDA. De tal manera, impulsan a los hombres a asumir conductas de riesgo y sitúan a las mujeres en una condición de vulnerabilidad frente al VIH.

Es por esto que la dificultad que se tiene para evitar o disminuir el riesgo es cada vez más evidente: las mujeres son biológica, epidemiológica y socialmente más vulnerables. Y el riesgo aumenta considerablemente si son víctimas de violencia, sobre todo porque son obligadas a tener relaciones sexuales sin protección y sin su consentimiento; aunque esto visto como algo “*natural*” dentro de la pareja.

De esta manera, el impacto de la relación entre VIH/SIDA y violencia de pareja es una cuestión de profundas implicaciones biopsicosociales, que hacen necesaria la intervención en este rubro.

El objetivo de esta tesis es analizar, a través del discurso de ocho mujeres que viven violencia en sus relaciones de pareja, la interacción que existe entre ésta y el género como factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA.

Para tener una visión más amplia acerca del tema y conocer la forma en que se va construyendo la concepción de género, en el Capítulo 1 se presenta un panorama general comenzando por su definición, las partes que lo componen, los estereotipos de la feminidad y la masculinidad, las inequidades que existen entre ambos géneros y la construcción de sexualidad para entender el rol de la mujer en la sociedad y comprender cómo se van construyendo las relaciones entre hombres y mujeres que pueden terminar en una relación violenta.

En el Capítulo 2, “Violencia hacia la mujer dentro del núcleo familiar”, se exponen los factores que coadyuvan a la agresión. Se describe la perspectiva de género que resguarda el fenómeno; el ciclo de la violencia, así como las consecuencias que presenta la mujer cuando es víctima. Haciendo de la violencia un problema cultural que, aún presenta dificultades para ser identificados, provocando que las mujeres permanezcan en una relación violenta aumentando el riesgo de que la mujer violentada pueda infectarse de VIH/SIDA.

En el capítulo 3 se abarcan las generalidades de la infección por VIH/SIDA abriendo la posibilidad de abordar su relación con la mujer.

El Capítulo 4 “Mujer y VIH/SIDA”, se presenta la situación actual de las mujeres frente a la epidemia, reflejada en estadísticas nacionales e internacionales; la sexualidad femenina para entender cómo las prácticas sexuales están relacionadas a la perspectiva de género, además de la vulnerabilidad de las mujeres ante la infección.

El capítulo 5 muestra la metodología que fue seguida durante la investigación, así como los resultados obtenidos ilustrándolos con datos narrativos de las participantes.

El apartado de Conclusiones presenta la manera en que los conceptos de géneros se ligan de manera íntima con una relación de pareja violenta, haciendo que la mujer por estereotipos y roles se mantenga en constante riesgo de poder ser infectada de VIH/SIDA.

En el Anexo, se pueden encontrar las entrevistas completas de cada una de las mujeres que participaron en la investigación.



# CAPÍTULO 1

## G É N E R O

*Mentir, llorar y coser, son los dones de Dios a la mujer.  
Santo Tomás de Aquino.*

El género es una interpretación sociocultural del ser mujer y del ser hombre. Que una persona crezca como mujer o como hombre, conlleva a que la sociedad determine cómo debe sentir, pensar, qué puede expresar y qué no. La dicotomía de masculino-femenino va marcando estereotipos, condicionando roles y limitando las potencialidades de cada persona. Uno de los problemas básicos que enfrenta la dimensión de género es que el mundo ha sido interpretado como si existiera una sola visión, cuando en realidad no es así. Generalmente, en la teoría feminista se ha manejado que la concepción de la realidad es de origen masculino. Fueron las primeras feministas, alrededor de los años 70, las que hicieron una fuerte crítica hacia el modelo masculino; de hecho, son ellas las que iniciaron el discurso de género tomando como referencia a las mujeres. En esta primera generación, hablar de género implicaba hablar sobre aspectos relacionados con la mujer, es decir, el embarazo, la salud, la maternidad, etc. En la segunda generación (después de los años 80), hablar de género implicaba hacerlo de hombres y mujeres socialmente construidos.

## 1.1 DEFINICIÓN.

A partir de la condición anatómica se ha conformado una justificación del comportamiento asumiéndolo como propio de la naturaleza. Se hace una asociación entre lo biológico y lo social que confunde, al considerar que “es *natural*” que las mujeres sean de un modo y los hombres de otro. Burín (1997) menciona que “... más allá del origen biológico, han sido las determinaciones de diferencias de comportamientos entre hombres y mujeres, los cuales han perpetuado una división de características, valores y lugares propios para cada sexo.” (p. 46).

A partir de esto, se formula que los comportamientos de mujeres y hombres, más que tener una base biológica e invariable, se deben a una construcción que alude a aspectos históricos, culturales y psicológicos, que son asignados de manera diferenciada, donde se adquieren y desarrollan ciertos comportamientos, características y atributos que hacen posible la feminidad y la masculinidad.

Es así que, la perspectiva de género se refiere “...al sistema de normas a partir del cual, la sociedad regula, interviene y transforma las relaciones sexuales, sociales, de poder, económicas y de prestigio, en productos culturales con base en los cuales se ordena la real desigualdad para los sexos y cuya característica esencial es el dominio masculino.” (Lamas, 1995, p. 13).

Se puede decir que género es:

*“... la red de creencias y rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y actividades que diferencian a hombres y mujeres, como producto de un proceso histórico de construcción social. Esto último implica la transmisión y aprendizaje de normas que informan a la persona acerca de lo obligado, lo prohibido y lo permitido.”* (Maquieria y Sánchez, 1990, p. 21).

Así la incorporación de la perspectiva de género se centra en la investigación de lo que es el proceso de formación de los individuos como hombre y mujer y de todos los elementos que intervienen en esto; se refiere a aspectos de identidad, roles, estereotipos y, en general, a una construcción sociocultural, basando su estudio en factores histórico-culturales y en la forma en la cual se van estableciendo, analizando, aceptando, rechazando o modificando. También ha sido de especial importancia y utilidad para poder comprender y analizar los comportamientos y los problemas que, tradicionalmente, se han considerado como “*típicos*” o “*inherentes*” a las mujeres y a los hombres, derivándose los roles de género.

Esta diferencia de roles de género coloca, generalmente, a las mujeres en una condición de desigualdad en cuanto a oportunidades y derechos fundamentales tales como la educación, el ejercicio y goce de la sexualidad, etc. Esto se traduce en una subordinación de las mujeres por parte de la sociedad, ya que se reproducen generación tras generación; de modo que la mujer va creciendo con roles que se interiorizan profundamente.

Al articular lo biológico con lo social no se trata de negar las diferencias biológicas, sino de reconocer que lo que marca la diferencia fundamental es el género.

Debido a que la mujer es la encargada del proceso reproductivo, se ha generalizado que todas las actividades relacionadas con el cuidado de los hijos y labores del hogar son responsabilidad de ellas; por lo cual, a partir de ciertas diferencias biológicas (maternidad), se ha tratado de justificar una serie de desigualdades sociales. Lamas (1991) comenta que la diferencia biológica, cualquiera que sea, es interpretada socialmente como una diferencia sustantiva que marcará el destino de las personas, con una moral diferenciada para unos y para otros.

Así las cosas, desde el momento en que se nace, el cuerpo recibe una significación sexual que lo define como referencia normativa inmediata para la construcción de cada sujeto, de su masculinidad o de su feminidad, como

norma en el desenvolvimiento de su historia personal, que es siempre una historia social (Vale, 2001).

Este hecho ha permitido establecer los tres aspectos fundamentales que el concepto comprende: la asignación de sexo, la identidad genérica y el rol de género (ver Cuadro 1) y que se abordarán a continuación.

**CUADRO 1**  
**ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL GÉNERO**

Asignación de sexo	Rotulación basada en la identificación de los órganos sexuales externos.
Identidad genérica	Se tiene la noción de diferenciación sexual, es decir, “soy niño” o “soy niña”.
Rol de género	“Papeles” que un sujeto va a desempeñar dentro de la sociedad a la que pertenezca y las expectativas que ésta mantiene respecto a la persona.

### ***1.1.1 Asignación de sexo.***

Consiste en la rotulación que, tanto médicos como familiares, otorgan al recién nacido como primer criterio de identificación, basada en la identificación de los órganos sexuales externos.

A partir del momento en que el cuerpo es designado, comenzará a recibir el discurso de la cultura específica con todos los mensajes de la masculinidad y la feminidad, según sea el caso. La madre, el padre, familiares y, posteriormente, toda la sociedad serán los transmisores de dichos mensajes y responsables de confirmarlos día a día (Bleichmar, 1985 y Lamas, 1991).

### ***1.1.2 Identidad genérica.***

Una vez que el sexo ha sido asignado al recién nacido, éste deberá constituir junto con el desarrollo de su Yo, una percepción de su identidad genérica; un sentido de sí mismo que se va construyendo con el tiempo. Esto significa que él o ella sabrán que son hombre o mujer por algo más que trasciende a la diferencia anatómica de sus órganos sexuales (Lamas, 1991 y Lara, 1999). Por ejemplo la vestimenta, los juegos, la expresión de emociones y/o mensajes verbales, entre otras.

Alrededor de los 6 o 7 años se inicia la diferenciación genérica; antes de los cuatro, se tiene la noción de diferenciación sexual, es decir, “soy niña” o “soy niño”. Lo anterior se sustenta por la significación social manifestándose a través de actitudes y símbolos: el color, los adornos, los juguetes, la manera de expresarse, etc. Todo esto conforma al género masculino y femenino; las manifestaciones del género se pueden ubicar en identidad de género (cómo se vive cada uno) y el rol de género (las formas en que manifestamos la identidad).

Esta asignación de género definirá el tipo de educación que recibirá la persona para responder a su rol social, construido directamente de acuerdo con las expectativas que la sociedad tiene respecto a su comportamiento, con lo que se espera de cada persona y con lo que está permitido para cada quien; siendo la familia el primer núcleo socializador en donde todas las construcciones se van aprendiendo y poniendo en práctica (Lamas, 1991).

### ***1.1.3 Rol de género.***

El tercer aspecto que conforma el género es el Rol: concepto sociológico que se refiere a los “papeles” que un sujeto va a desempeñar dentro de la sociedad a la que pertenezca y las expectativas que ésta mantiene respecto a la persona. Los roles se asumen, además de lo anterior, dependiendo de la posición particular del sujeto dentro de un contexto dado; durante el curso de la vida, las personas desempeñamos diferentes papeles, que nos colocan en diferentes situaciones en las que actuamos dependiendo de ésta. La base fundamental de todos los roles está determinada por las expectativas que

socialmente se tienen de los mismos; son las normas sociales las que definen cuáles, cómo, cuándo y dónde debemos desempeñar esos roles los cuales son reforzados por la presión social (Lamas, 1991 y Robertson, 1997).

Desde la perspectiva de género las diferencias anatómicas existentes entre los sexos. Han generado condiciones de inequidad destinadas a la desvaloración, discriminación, marginación e injusticia social. De ahí que uno de los elementos básicos del análisis de la perspectiva de género sea la relación entre estos, manifestada en una situación generalizada de inequidad sufrida por las mujeres (Careaga Pérez, 1996). Provocada por una ruptura que tiene que ver con el valor y el poder detrás de esa construcción social.

Todos estos elementos aprendidos repercuten de manera trascendente en el autoconcepto relacionado, directamente con la identidad, con quién soy y cuánto valgo. Por si esto no fuera suficiente, la autovaloración no es voluntaria sino que se predefine socialmente a través de la educación proporcionada en el marco familiar ayuda a la reproducción de las relaciones entre hombres y mujeres; además de que los papeles que juegan el padre (ausente o no) y la madre, impactan definitivamente las imágenes que se transmiten a las nuevas generaciones.

## **1.2 ESTEREOTIPOS.**

Existe una transmisión y un aprendizaje de normas que informan a la persona acerca de lo obligado, de lo prohibido y lo permitido. Tales normas y prescripciones establecidas por la sociedad, se transmiten de generación en generación, mediante un proceso de socialización por el que atraviesan hombres y mujeres. De esta manera se conforman los roles masculinos y femeninos.

Sin embargo, la existencia de un orden simbólico previo al cual ingresa el sujeto por varios medios (familia, escuela, religión, etc.), valiéndose del lenguaje se enfrenta a un hecho: al asumir las personas las concepciones socio-culturales de lo que es considerado femenino o masculino, se produce

una diferencia genérica jerarquizada de oportunidad y opresión, así como una estructura afectiva de identidad y cohesión.

De esta manera se construyen los estereotipos que son conceptos centrales de los sistemas de género; una definición consistiría según Maquieria y Sánchez (1990, p. 26) en:

*“...la aplicación de un modo fijo de ciertas características (físicas, psicológicas, positivas y/o negativas) como representativas de una persona o de un grupo.”*

Al ver al género como un conjunto de ideas se puede percibir el modo en que una sociedad clasifica sus roles y construye sus estereotipos. Es así que a cada sexo se le atribuyen determinados roles, que en la mayor parte de los casos, son congruentes con las ideas preconcebidas que existen acerca de hombres y mujeres; los estereotipos son efectivos porque establecen límites, son económicos y permiten mayores grados de manipulación y situaciones de dominio sobre la persona a la que se estereotipa (Cuadro 2).

**CUADRO 2**  
**ESTEREOTIPOS**

<b>Femeninos</b>	<b>Masculinos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cariñosas</li><li>• Responsables</li><li>• Obedientes.</li><li>• Vírgenes</li><li>• Inocentes sexualmente</li><li>• Pasivas</li><li>• Fieles</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protectores</li><li>• Omnipotentes</li><li>• Poseer muchas mujeres</li><li>• Poderosos</li><li>• Agresivos</li><li>• Confiados</li><li>• Activos sexualmente</li></ul>

La familia es uno de los muchos entornos institucionales, pero es el que tiene mayor peso, es en donde estas estructuras se vuelven experiencia vivida, que además estará mediatizada por la edad, posición social y cultural de las personas.

También nos indican las formas cómo se percibe el sexo. Los estereotipos tienen un efecto normativo; se puede llegar a actuar de acuerdo a los estereotipos por la fuerza de la presión social, entendida como las actitudes y conductas que, constantemente, la sociedad está exigiendo que se llevan a cabo; por ejemplo: escuchamos y nos enseñan, que las mujeres son hacendosas, responsables, limpias, cariñosas, buenas y una infinidad de calificativos.

Como se observa, la masculinidad y la feminidad conllevan exigencias y privilegios específicos que se plasman en valores éticos y estéticos diferenciales. Sin embargo, en la mayor parte de la sociedad occidental, la mujer ha estado subordinada al hombre: al padre, al esposo o al hermano (Lagarde, 1990). Recordemos que el género y la sexualidad están íntimamente relacionados: no se definen el uno por el otro, pero en la praxis, el ejercicio genérico implica una relación de poder.

Es así que en esta relación de poder, la normativa genérica de los hombres los presenta como “naturalmente” machistas, omnipotentes, con gran capacidad para tomar decisiones, impenetrables, arriesgados; debe ser un héroe, es decir, realizar grandes hazañas y conquistas, vencer a todos, expresarse con la acción sin emocionarse ni estar afectado por nada, con un cuerpo resistente a todo, y con una mujer esperándole.

Dicha normativa promueve que entre más saber, poder y pertenencias posean, más hombres serán; y si un hombre no puede o no quiere ceñirse a estos rasgos, será considerado débil, fracasado y maricón (Bonino, 1995 en Corsi, 1995).

“El ser varón, lejos de ser un resultado testosterónico o la manifestación de una esencia, es el producto de una construcción histórico-social que se hace carne y alma, al llevar al que nace con sexo masculino a ajustarse a roles y a identificarse con valores, intereses y atributos que la normativa genérica adjudica a la masculinidad: poder, agresividad, logicidad, autoconfianza,



sexualismo, repudio de lo femenino y superioridad sobre la mujer. Cuanto más, más varón.” (Bonino, 1995, p. 187).

Producto de esta normativa es la dominación masculina que implica la necesidad de controlar las capacidades reproductivas, productivas y sexuales de las mujeres, siendo probablemente las formas discursivas de control de éstas las más resistentes a los cambios sociales y culturales. La masculinidad hegemónica descansa en la superioridad del hombre frente a la mujer; aunque ésta puede regular su sexualidad, es el hombre el encargado de regular el momento del encuentro sexual y despertar y regular el deseo de su pareja.

Esta función regularizadora del encuentro sexual condiciona a la mujer a poseer características particulares que la harán acreedora del interés masculino. Herrera y Campero (2004) mencionan que el ideal femenino tradicional, en la mayor parte de las sociedades, espera ciertos comportamientos y actitudes en las mujeres que a su vez garanticen el control de la reproducción:

- Virginidad antes del matrimonio –muchas veces confundida con inocencia y ésta con ignorancia de las cuestiones sexuales,
- Pasividad,
- No reconocimiento o expresión del deseo sexual,
- Obligación de complacer a la pareja más allá de su propio deseo o voluntad,
- Fidelidad sexual, y
- Orientación a la procreación como principal motivo para ejercer la sexualidad.

En la masculinidad dominante, se supone al varón como experto sexual frente a la inocencia femenina. Mientras que el modelo de mujer sería el conjunto de ideas que las representa en las mentes de los que lo han generado: instituciones jurídicas, religiosas, políticas, sociales, etc. siendo estigmatizadora

de aquellas mujeres que no forman parte de ese marco referencial: prostitutas, lesbianas.

Al respecto González Pineda (1982) dice que en nuestra cultura hay dos tipos de mujer: la “mujer buena” y la “mujer mala”. La primera es, antes que todo y por encima de todo, una mujer casta no físicamente, sino llena de inocencia sobre todo en lo sexual, que tiene que ser tierna, saber amar de manera incondicional, comprender al ser amado, protegerlo, cuidarlo, consolarlo y darle todo lo que él necesite. Mientras que la “mujer mala”, es alguien con experiencia sexual, que no se compromete, que no está pendiente del ser amado.

Pero ¿qué pasa cuando la “mujer buena” se convierte en “mala”? Al comienzo de la relación -primero como pretendiente, luego como novio y después como esposo- se tiene en mente este concepto de la “mujer buena”, donde hay un juego de seducción que tiene por objetivo la conquista de ella, y se da un antecedente de lo sexual. Es aquí donde, al parecer, termina el interés por la “mujer buena” ya que se ha convertido en una “mujer mala” (ya hubo experiencia sexual) y comienza el ciclo de nuevo, sabiendo de manera inconsciente o no que esa mujer es potencialmente “mala”. De aquí podemos extraer otra pregunta: ¿y cuando la mujer se convierte en esposa?

Para Jiménez (1999) se sigue dando una imagen tradicional de la mujer que permite reforzar cuál debe ser su rol, pero a la vez emitiendo imágenes contradictorias pues se les exige ser la síntesis de personalidades totalmente diferentes: por un lado, la imagen de la mujer tradicional y, por el otro, la de símbolo sexual y mujer objeto. Los mensajes que emite aparecen desapercibidos y disfrazados. La mujer “mala” se reivindica cuando se convierte en madre, ya sea al principio de la maternidad o cuando se vuelve abuela.

Hoy en día, muchas mujeres están cambiando porque ya pueden disponer de sus propios cuerpos, vivir con autonomía económica y elaborar su propia

interpretación de la historia de las mujeres y de la suya propia. Estos cambios aún no han permitido del todo dejar de vivir sus vidas para los otros.

La idealización que se hace de la esposa puede resultar en fracaso debido a que el hombre se siente engañado porque la mujer se niega a ser la madre ideal introyectada por él, imagen de la madre-esposa la cual fue adquirida culturalmente.

La cultura está llena de valores contradictorios (el hombre busca una esposa virgen que tenga experiencia sexual), esto tiene como resultado que cada día se establezcan hogares inestables, donde la mujer se casa por muchas razones: embarazo no planeado, salir de la casa de los padres para ser libres o pensando que así será feliz, pero la gran mayoría de las veces, es todo lo contrario. En el proceso de formar un matrimonio perfecto se dan cuenta, tanto hombres como mujeres, que no cuentan con la madurez necesaria para llevarlo a cabo, comenzando a vivir de apariencias y frustraciones, "... de una manera psicótica de relacionarse y de actuar emocional y sexualmente" (González Pineda, 1982, p. 68). De esta forma muchas parejas mantienen su relación, viéndola de una manera "natural" y fomentando la violencia intrafamiliar en todas sus modalidades: física, psicológica, económica, sexual, etc.

### ***1.2.1 Formación de la feminidad y la masculinidad.***

Cada cultura en sus distintos estratos, tiene perfectamente estipulado lo que espera de la feminidad de una niña y la masculinidad de un niño; les transmitirá y confirmará constantemente a través de mensajes, todo aquello que forma parte de las expectativas que dicha cultura tiene con relación a los hombres y a las mujeres a lo largo de su vida.

La identidad de las mujeres queda definida como ser-de-otros: lo común, lo esencial es que el eje de la vida social, de la feminidad y de la identidad femenina es la sexualidad para otros. Una sexualidad reproductora de los otros, escindida de y antagonizada con la sexualidad erótica. Lagarde (1990) plantea que la principal autovaloración de las mujeres está asociada, en gran medida, al hecho de dar; de guiarse por la necesidad constante de dedicarse a

los deseos, necesidades de los demás, pero no de emplear sus cualidades a favor de sí mismas. Para ellas, este sentido está basado en las relaciones personales-afectivas que requieren el desarrollo de cualidades de expresión emocional y empatía con las demás personas.

Por otro lado, en la vida de los hombres, esto es todo lo contrario: ellos se organizan en contra de tal principio; servir a los demás es una cosa de bajo nivel. Entonces ¿por qué ser proveedores? ¿no es esto una paradoja? El sentido de sí mismos está basado en el logro, en el hecho de hacer y tener éxito; a los hombres, particularmente, se les ha enseñado a no expresar sus sentimientos con el fin de demostrar su virilidad (Papp, 1991).

En resumen: en nuestra sociedad, el género y la sexualidad están determinados culturalmente, son formas de distinguir y jerarquizar a las personas que no vienen dictados por la anatomía y la fisiología de sus cuerpos, sino por representaciones, valores y discursos socialmente construidos. Aunque distinguibles, el género y la sexualidad están estrechamente vinculados entre sí, y no sólo representan formas de clasificación, socialización diferenciada o división sexual del trabajo, sino que son fundamentalmente relaciones de poder.

¿Por qué las relaciones entre hombres y mujeres son tan inequitativas? Entre uno de los más importantes encontramos las derivaciones del modelo patriarcal de familia.

### **1.3 INEQUIDADES ENTRE GÉNEROS.**

La manera en que la sociedad influye sobre la vida de cada ser humano imponiendo modelos y formas de pensamiento, conductas, actitudes, etc. ha implicado una diferencia fundamental entre géneros, ya que la manera de percibir y concebir al mundo a partir de las diferencias anatómicas, psicológicas, morales y culturales conduce a formas de interpretación diferentes de la realidad.

Careaga Pérez (1996) menciona que el patriarcado es base de una relación de subordinación del otro, teniendo el poder como sustento de las relaciones de inequidad. La mujer todavía tiene que contender con tabúes, mitos y tradiciones que le impiden, en ocasiones, entenderse y superarse; pero, también hay que tener en cuenta, que todavía hay mujeres que continúan con su papel ancestral de subordinación; que se observa desde la antigüedad, institucionalizándose desde la época judeo-cristiana hasta nuestros días. Ejemplo de esto podemos observarlo a continuación:

- En el Antiguo Testamento, la mujer era considerada propiedad del hombre junto con la casa, las animales de granja, etc. e, incluso el adulterio es un pecado contra la propiedad. Por eso, ella también está obligada a obedecer a su marido como a su dueño y señor.
- En algunas culturas se practica la ablación del clítoris y/o el cosido de los labios vaginales que, el novio abrirá con un cuchillo el día de su boda, afirmando así la toma bajo su posesión.
- En algunos países y culturas, se permite el repudio y la poligamia.
- La cultura islámica invisibiliza a las mujeres, obligándolas a llevar un velo.
- Las violaciones, el “turismo sexual” y la venta y compra de mujeres son detectables en todas partes.

Así las cosas, la práctica y la cultura generalizada de la subordinación, de la posesión y de la sumisión femenina atravesaron la historia y afectó a la humanidad.

En un estudio realizado por Mead (1981) se corroboró que, la asignación de diferentes cualidades o características entre los géneros, como la dependencia, la crueldad, el afecto, el sentimentalismo, la docilidad y la pasividad, son

porque se observan y aprenden de modelos que viven en una sociedad determinada. Este estudio concluye afirmando que si realmente se encuentran actividades femeninas y masculinas diferenciadas, son producto de patrones y modelos culturales, de las normas de la propia sociedad.

Ese papel es impuesto a todas las mujeres aún si no llegan a tener hijos ni marido; a todas las hacen vivir en torno a las normas que define su *ser para los otros*, es decir, la reproducción y extensión que de ellas se ha hecho en la cotidianidad como servidumbre permanente, obediencia y sumisión. Si bien la sociedad sólo reconoce como madres y como esposas a las mujeres casadas y con hijos, también espera que en su relación con otro sujeto, actúen como madres y como cónyuges; en este sentido la categoría que abarca la condición de la mujer en la sociedad es la de madre-esposa, pues siempre cumplen las funciones reales y simbólicas de esa categoría sociocultural que define los contenidos básicos de todos los cautiverios y, también constituyen un cautiverio específico (Lagarde, 1990).

A diferencia de lo que se plantea como madre-esposa, Hierro (1999) considera que, en la actualidad, ya no se puede aceptar que las mujeres sean por naturaleza lo que culturalmente se designa como femeninas: pasivas, vulnerables, sumisas, sacrificadas, hogareñas, comprensivas, amables, etc. Se tiene que reconocer que éstas características se asumen mediante un proceso individual y social; dicha formación e información diferenciada es transmitida por los procesos de socialización, por los conocimientos, pautas de comportamiento, normas y costumbres a través del contacto cotidiano entre individuos e instituciones como la iglesia, la familia, los medios de comunicación y la educación formal. Estos tienen una relación muy estrecha con la situación histórico-social, donde constantemente se están reforzando acciones sociales que influyen en la vida cotidiana de la estructura social. Tienen como finalidad mantener el orden establecido, no por sí solos, sino como reforzadores y reproductores de los valores e ideologías de la clase dominante, ya que responden a la situación social en la que están inmersos (Salazar, 2000).

La sumisión femenina y la desvalorización de la mujer son, en parte, resultado del “ejercicio desigual del derecho de igualdad” que, aunque en 1954 se constitucionalizó en México, en la práctica no se vive. La iglesia católica ha jugado, también, un papel muy importante en ésta circunstancia, porque históricamente ha fomentado ese sentimiento, exaltándolo como virtud femenina (Goffman, 1988).

#### **1.4 CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE SEXUALIDAD.**

En las últimas décadas, ciencias como la antropología y la psicología han enfatizado el estudio y la investigación respecto a las diferencias entre varones y mujeres, tratando de clarificar hasta dónde ciertas características y conductas son aprendidas mediante la cultura o, si se encuentran inscritas genéticamente en la naturaleza humana.

“Muchos han sido los estudios con respecto a este tema y las conclusiones a las que se han llegado es que, el que la diferencia biológica sea anatómica o bioquímica, se interprete culturalmente como una diferencia sustantiva que marque el destino de las personas con una moral diferenciada a cada uno, es el problema que subyace a la discusión sobre las diferencias entre hombres y mujeres.” (Lamas, 1995).

La predisposición biológica, como diferencia sustantiva fruto de una moral diferenciada, no es suficiente por sí misma para provocar un comportamiento. Ambos sexos comparten rasgos y conductas humanas; de ahí se desprende que la posición de una mujer o un hombre no están determinadas biológicamente sino culturalmente mediante el género.

La realidad se construye socialmente a través del consenso social. De acuerdo a Gerber (1999) existen múltiples percepciones de la realidad, de las cuales son parciales y ninguna es más verdadera que otra; en consecuencia, estas ideas comienzan a permear a la sociedad generando creencias y valores. La construcción social de género es una interpretación social de lo biológico. Así pues, lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las

experiencias, ritos y costumbres atribuidas a cierto género mediante nombre, vestidos, gestos, rasgos de personalidad, etc.

Los padres no son los únicos agentes socializadores, también existe la escuela, los maestros, la familia extensa, las amistades, la religión y los medios masivos de comunicación, que de diferentes maneras enseñan el papel que jugarán los niños dependiendo de su sexo dentro de su sociedad; a los adolescentes les proporcionan figuras a seguir y a los adultos les muestran un plan de vida con motivaciones y metas para perseguir, adecuadas a los roles tradicionales, relacionadas con los requisitos de cada cultura permeada por la globalización.

Un personaje que tiene que ver, directamente, en la producción de una valoración hacia la mujer fue Eva, quien es reconocida como primer ser humano mujer y, por lo tanto, madre de toda la especie humana.

El libro del Génesis relata cómo Adán es dormido y Dios le extrae una costilla, de la que nace Eva. El que ella fuera creada después y a partir de Adán, ha justificado durante veinte siglos el hecho de que la mujer deba obedecer al hombre y sentirse inferior a él, pues había sido hecha a imagen y semejanza suya y él, en cambio, había sido creado a imagen de Dios.

Cabe señalar que, la difusión de esta historia, la convierte en un punto clave de las relaciones hombre-mujer en la cultura occidental. De esta manera, podemos afirmar que existe una concepción de la mujer como un ser derivado de otro.

La mujer es el ser que fue creado para servir y acompañar en alegrías y pesares; su creación no fue hecha libremente, fue hecha en función del hombre: la mujer ha vivido siendo lo que otros quieren que ella sea.

#### ***1.4.1 La mujer en México.***

Es así que la sociedad mexicana se basa en "...el modelo patriarcal dominante de la familia, el cual se apoya en varios presupuestos que durante mucho



tiempo hemos dado por sentados. Un concepto esencial para la organización patriarcal es el de la complementariedad de los roles, por lo que tareas instrumentales como las de ganar dinero a través del trabajo corresponden a los hombres y, las tareas emocionales como fomentar, crear y mantener las relaciones así como criar a los hijos corresponden a la mujer. En este modelo de familia, la organización del poder está basada en la jerarquía masculina.” (Walters, Carter, Papp, Silverstein, 1991, p. 168).

Evidentemente, la tradición judeocristiana piensa sobre la mujer; aunque con sus matices, el (mal)trato hacia la mujer se mantiene en México. Las singularidades con las que se ha modificado dicha visión en nuestro país, se ven reflejadas muy claramente en la imagen de la virgen de Guadalupe.

En México parece indudable la adoración que existe hacia la figura materna; la estructura social mexicana se soporta en esa base: la madre es un ídolo. Así, la virgen de Guadalupe ocupa un lugar preponderante en el imaginario mexicano, es decir, que la efigie de la madre, además de representar a la mujer encargada de educar y cuidar a los hijos, también debe representar la virginidad. ¿Cómo se puede ser virgen y madre a la vez? Parece que la respuesta es conservándose en el hogar, aceptando el papel de madre sin protestar, ocultando cualquier tipo de deseo sexual, sirviendo a su marido, etc. En otras palabras, una mujer debe pasar de ser hija, a ser esposa y madre para convertirse, poco a poco, sólo en madre. Ese fue, es y será su papel; no hay cuestionamiento que valga (Jiménez, 1999).

El hombre mexicano adoptó sin problemas ésta visión, éste modo de vida. En México no existe nada más sagrado que la madre pero, cualquier otra mujer es, en potencia, blanco de agresión por atreverse a ser otra cosa.

De otra manera, la mujer que no se someta al deseo del hombre, la que sale de su casa, la que ejerce su sexualidad a voluntad, la que prefiere sacrificar a sus hijos antes que subyugarse es un demonio para la religión, una prostituta para la sociedad.

¿Qué es lo que se sabe acerca de lo que es y que ha sido el ser mujer? Simone de Beauvoir (1981) definió al ser femenino por su subordinación al hombre; Lipovetsky (1999) dice que hay tres tipos de mujer como se muestra en el Cuadro 3:

**CUADRO 3**  
**TIPOS DE MUJER SEGÚN LIPOVESTKY**

PRIMERA MUJER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mujer fue considerada un mal necesario, un ser inferior, sistemáticamente despreciado por los hombres.</li> </ul>
SEGUNDA MUJER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es esposa, madre y educadora de los niños a la que ponen en pedestales filósofos, ideólogos y poetas.</li> <li>• No es reconocida como sujeto igualitario y autónomo.</li> <li>• Sus roles son reconocidos socialmente, celebrándose el poder de formar a los niños, de educar lo masculino y civilizar comportamientos y costumbres.</li> </ul>
TERCERA MUJER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechaza el modelo de vida masculino, al bloqueo y expresión de sus sentimientos.</li> <li>• No envidia al hombre, representa una suerte de reconciliación de las mujeres con el rol tradicional.</li> <li>• El reconocimiento de una positividad en la diferencia de géneros.</li> </ul>

Cada una de estas mujeres están supeditadas a la diferencia de poder que se impone y se mantiene por medio de innumerables mecanismos, muchos de los cuales se han vuelto invisibles por ser parte integral de nuestra cotidianidad. Burín y Velásquez (1999) menciona que la explotación económica, la maternidad patriarcal, la familia nuclear y la heterosexualidad obligatoria, son instituciones que controlan a la mujer y que están apoyadas por la ley, la religión, los medios masivos de comunicación y el peso de la opinión pública; donde el dinero escapa de lo invisible, por ser concreto y contable; proporciona una forma eficiente de análisis al ser un agente de poder.

El dinero no es el único agente de poder, la sexualidad es aún más poderoso porque puede ser vehículo para poseer lo económico. Respecto a esto Bustos (1991) considera que las diferencias inequitativas de género entre hombre y mujer también se dan en la sexualidad. Esta se refiere no sólo a las actividades dependientes del aparato genital, sino a una serie de excitaciones y actividades presentes desde el inicio del desarrollo psicológico.

En este sentido, la sexualidad no constituye un dispositivo ya estructurado previamente, sino que se va estableciendo a lo largo de la historia individual, y se constituye en el seno de estructuras intersubjetivas. Sin embargo, hay opiniones, valores y elementos afectivos atribuidos a la sexualidad, y esta esfera refleja factores ideológicos y culturales que manifiestan, también represión como forma fundamental de las relaciones de poder a través del saber y la sexualidad.

El planteamiento que realizó Foucault (1983) acerca de la historia de la sexualidad radica en que los seres humanos no siempre hemos vivido, comprendido y asumido la sexualidad como lo hacemos en la actualidad. En el análisis que el autor realiza, menciona que dentro de la cultura occidental, la sexualidad está trazada sobre tres ejes fundamentales: los discursos del saber, que definen el tipo y estilo de sexualidad que debe imponerse; los sistemas de poder, que regulan sus prácticas con base en una serie de prescripciones, normatizaciones y modelamientos; y los discursos locales, formas cotidianas según los cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad.

Foucault (1983) analiza la “puesta en discurso” del sexo a partir del siglo XVII y registra un corte histórico decisivo entre el régimen socio político anterior al siglo XVIII, donde el sexo existía como atributo, como una actividad y una dimensión de la vida humana y un régimen moderno, que arranca desde entonces hasta hoy, en donde el sexo se establece como una identidad. En el siglo XVIII las pestes y las hambrunas empezaron a hacer desaparecer a la población, el poder jurídico reaccionó defensivamente para preservar la vida y la armonía social, imponiendo límites y prohibiciones. Cuando la amenaza de

muerte por la peste disminuyó, las leyes previamente impuestas para este fin, se transformaron en instancias de poder productivo que genera identidades para ser controladas, garantizando el crecimiento de los regímenes regulatorios.

La sexualidad no se reduce entonces a un hecho biológico que se rija solamente por los instintos y las necesidades fisiológicas, sino que es una trama de significados históricos, sociales, culturales y políticos que intentan modelar las prácticas y las experiencias de esta naturaleza.

La sexualidad junto con las normas y los valores relacionados con los géneros sitúan a la mujer en una posición subordinada con respecto al hombre, mantienen y refuerzan la violencia contra ellas. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos; pero es el contexto cultural específico, el que desempeña un papel importante a la hora de definir los mecanismos por los que la desigualdad de géneros y otros factores influyen en la violencia.

## CAPÍTULO 2

### VIOLENCIA HACIA LA MUJER DENTRO DEL NÚCLEO FAMILIAR

*La posición neutral ayuda siempre al opresor,  
nunca a la víctima. El silencio estimula  
al verdugo, nunca al que sufre.  
Elie Wiesel.*

La idea de género está asociada a lo masculino y a lo femenino, esta diferenciación no es sólo biológica ya que culturalmente la sociedad ha asignado a cada sexo su papel que debe cumplir dentro de la sociedad, lo que significa que la posición de la mujer no está determinada biológicamente sino culturalmente; situación que nos lleva a pensar en un dominio masculino sobre la debilidad y abnegación de la mujer.

La violencia hacia las mujeres en nuestro país es un problema social que se presenta en todos los sectores de la sociedad, en algunos casos adquiere ciertas características y sus efectos suelen ser más negativos que en otros. Por ejemplo, en los sectores más bajos en donde los factores socioculturales tradicionales respecto a la relación hombre-mujer están más introyectados, el problema de la violencia hacia las mujeres es más agudo pues se aceptan como inferiores al hombre, se encuentran subordinadas por él; en él ven la figura de autoridad, el que toma las decisiones pues, es el proveedor de los bienes materiales.

Pero este no es sólo el caso de las mujeres pobres. En los sectores medios la búsqueda de autonomía por parte de las mujeres tiene grandes repercusiones dentro de la familia, ya que el esposo reclama el cuidado de los hijos, de la casa y de él mismo; provocando la violencia en la familia.

## **2.1 PERSPECTIVA DE GÉNERO**

Hablar de esta perspectiva es hacerlo de construcciones sociales que se han realizado hacia hombres y mujeres a través del tiempo, tomando como referencia las diferencias biológicas y cristalizándose en roles, actitudes, actividades, comportamientos e ideas claramente diferenciadas entre ambos sexos.

Estas diferencias enfatizan un enfoque patriarcal, en donde las construcciones han favorecido la concepción y práctica de dominio por parte de los varones. Vírseda (2000) y Whaley (2001) coinciden al decir que las diferencias no siempre implican una diferencia jerárquica, sin embargo, los sistemas de género tienen una estructura comparable en donde ambos sexos perpetúan las jerarquías que parecen inamovibles.

La perspectiva de género, es una herramienta de análisis a través de la cual observamos cómo las características asignadas culturalmente a los hombres han significado desigualdad para las mujeres. Así el origen de la violencia de género se basa en la percepción que los hombres tienen de “sus mujeres” y cómo creen que las poseen, vulneran a todas, imaginándolas propias ya sea por lazos sanguíneos, legales y/o sociales. (Carrillo, 1999).

Esta repercusión juega un papel importante en las relaciones del poder; ya que mientras los hombres aprenden a identificar las formas en que pueden desarrollar y enfatizar el poder o cómo comportarse para mantenerlo, a las mujeres se les educa para aceptarlo. Whaley (2001) dice que éste sistema patriarcal conlleva a una estructura familiar inequitativa que avala actitudes y comportamientos violentos; esto puede ser explicado a partir de la construcción de ideas y creencias para cada uno de los géneros, las cuales pueden funcionar como argumentos que justifican las prácticas violentas.

La estructura familiar parte de la idea que la sociedad ha señalado al matrimonio como meta o destino existencial de las mujeres y en función del mismo evaluaba sus éxitos y fracasos. De tal forma, la mujer se ve obligada a aceptar los papeles de compañera, esposa y madre porque estos son los más grandes objetivos a los que se pueden aspirar. El hombre, en cambio, es motivado desde su niñez a protagonizar proyectos de realización personal en las diversas esferas profesionales, económicas y sociales.

*“A pesar de que la mujer se ha incorporado a la vida económica, persiste la idea absoluta de que solamente en el matrimonio la mujer alcanza su satisfacción más plena, su posición social y su estatus.”* (Palacios, 2001).

Este tipo de creencias va creando roles, responsabilidades y derechos a cada miembro de la pareja; de tal manera, que un hombre que ha sido socializado en un contexto patriarcal tiene la absoluta convicción de que sus deseos no deben ser cuestionados, de lo contrario, justificará el uso de la fuerza (Corsi, 1995). Mientras tanto, la persona que recibe el maltrato siente vergüenza al sentir que hizo algo que nadie debe saber; esta persona asume una emoción que *“debería”* sentir otro, pero no se da cuenta de ello. “Las mujeres creen, genuinamente, que están en falta y ello les impide, muchas veces, hablar francamente con otros sobre lo que están viviendo (García-Moreno, 2000, p. 36).

La señalada participación asimétrica de la pareja en sociedad y en la vida diaria, sostiene el generalizado prejuicio de que la mujer es a quien compete *“naturalmente”* la responsabilidad conyugal; desde esta óptica es a la mujer a quien le corresponde efectuar los mayores sacrificios personales, en aras de la estabilidad y seguridad de la familia.

Esta participación asimétrica también constituye un terreno particularmente propio para el surgimiento de la agresión como un mal hábito de convivencia entre el hombre y la mujer. En el seno de toda familia rige un código implícito propio, que fija los deberes y derechos de conjunto y de cada uno de los

miembros. Este código, impuesto por la sociedad e implantado por la voluntad masculina, provoca que la mujer pierda muchas de las facultades de autodeterminación y aún su propia dignidad como ser humano. Por lo tanto, el hombre como principal generador, realiza la violencia psicológica afectando las actividades de la mujer, motivando a que ella disminuya su autoestima.

La utilización de diferentes formas de agresión, supone el uso de la fuerza para controlar la relación, habitualmente se ejerce desde los más fuertes a los más débiles. Es por eso que la violencia es entendida como un emergente de la relaciones de poder dentro de la familia.

## **2.2 DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA.**

La desigualdad y discriminación violenta forman parte de un círculo de retroalimentación mutua que se refleja en la vida social de la mujer, es decir, la violencia se refiere a toda forma de abuso que tenga lugar en las relaciones entre los miembros de la pareja, en donde la dinámica de poder es una de sus características más comunes; donde la utilización de distintas formas de violencia supone el uso de la fuerza para controlar la relación y, habitualmente, se ejerce desde los más fuertes hacia los más débiles y es entendida como un emergente de las relaciones de poder dentro de la familia; debido a que existe una estructura y una valoración jerárquica (Horney, 1990; Corsi, 1994; Müllender, 2000; Berumen, 2003; Fernández de Juan, 2004; Kendall y Pérez Vázquez, 2004).

La violencia es un fenómeno social y un problema público, es un proceso complejo y dinámico que se inicia a partir de que diferentes personas experimentan un suceso como algo inaceptable. La violencia hacia la mujer es un problema generalizado en todos los estratos sociales, niveles educativos y lugares del mundo, el cual se ajusta a los parámetros socioculturales vigentes, es decir, las relaciones familiares son expresiones del modo en que la sociedad está organizada. De tal manera que la sociedad en la que vivimos no sólo tolera, sino también avala el comportamiento violento (Suárez, 1999 y Villacorta, 1999).



En resumen:

*“Es una manifestación de poder o de dominio con la intención de controlar a alguien. La forma más evidente de ejercer violencia es a través de la agresión, entendiendo a esta como el propósito de dañar física y/o psicológicamente a alguien.”* (Apodaca Rangel, pp 18).

Más que ser un problema psicológico e individual, pertenece más al ámbito social y como tal debe ser planteado. No se trata únicamente de averiguar las razones subjetivas por las cuales una mujer mantiene una relación violenta, sino analizar las condiciones sociales que permiten la reproducción de los patrones de conducta que desembocan en relaciones de este tipo

La violencia de pareja ocurre fundamentalmente cuando los hombres actúan negativamente en contra de las mujeres. La mayoría de las víctimas de la violencia en el seno familiar y en la sociedad son las más débiles en función del sexo (tradicionalmente a la mujer se le considera “el sexo débil”) y de la edad; también se puede hablar de las relaciones de dependencia económica, de jerarquías en el interior de la familia. La violencia se produce, generalmente, cuando se pone en tela de juicio el poder del hombre, quien se convierte en victimario y deja de reconocer y respetar los derechos fundamentales de la víctima (Ganzenmüller y Escudero Moratalla, 1999).

Otra posible causa de la violencia de pareja es el alcoholismo, ya que funciona como detonador de una conducta violenta. En estado alcohólico, el hombre cree tener el poder sobre la mujer. Si bien es real que algunos hombres pierden el control cuando beben, también es real que tienen algún conocimiento y poder de decisión de esto: cuando empiezan a beber pueden elegir entre hacerlo o no. El alcoholismo más que una causa, puede verse como una excusa para un comportamiento violento.

Hay que tener en cuenta que la mujer que vive una relación violenta durante la adultez, vivió la experiencia desde la infancia ya sea porque fue testigo de la violencia del padre hacia la madre, o porque la experimentó directamente. Es decir el que la mujer haya sido expuesta a la violencia en su familia de origen puede traducirse en una predisposición para estar en una relación violenta, y no sólo porque se pueda involucrar con un hombre violento, también porque ha aprendido a “agacharse”, a suplicar y/o culparse ante una situación violenta ya sea porque, de niña fue golpeada o vio a su madre ser golpeada y tener esa reacción. De esta manera, las mujeres permanecen con disposición en una relación violenta (Andersen, Ramírez & Shwartz, 1991).

Al tener un amplio conocimiento del perfil de la mujer maltratada se abre una alternativa de sensibilización ante el mito que representa en nuestra sociedad, para así generar prevención y reflexión en torno de la situación ya presente en lo particular, como problemática social con grandes consecuencias a diferentes niveles. Considero importante conocer el perfil de la mujer maltratada como una manera de poder sensibilizarnos a este tema que aún sigue siendo un mito para nuestra sociedad.

### ***2.2.1 La mujer maltratada.***

Los roles femeninos tradicionales son acentuados en la familia: pasividad, subordinación, auto-postergación, tolerancia y responsabilidad de realizar todas las actividades domésticas.

Es así que la mujer maltratada tiene algunos antecedentes en su historia personal: se puede considerar que fue una niña golpeada o abusada emocionalmente ya sea por la madre, el padre o ambos; ha sido testigo del sufrimiento de una madre golpeada y de ella aprende el rol pasivo como la respuesta al sometimiento a la violencia y a todas sus secuelas. Este es el primer modelo de ser mujer, moldeado por una familia en la que la violencia es la forma de interacción habitual entre sus miembros.

Para Corsi (1994) la mujer maltratada es aquella que, en una situación de violencia de pareja, puede experimentar abuso emocional (celos, posesión);

psicológico (amenazas de hacer algo contra ella); físico (golpes) y/o sexual (obligarla a tener relaciones sexuales no protegidas).

Por medio de un estudio multidisciplinario realizado por Ganzenmüller y Escudero Moratalla (1999, p. 96-97) sobre violencia doméstica y la mujer maltratada, se identificaron los siguientes rasgos típicos:

*“Cree todos los mitos acerca de la violencia doméstica; baja autoestima. Este dato favorece que las mujeres victimizadas, tengan ulteriores relaciones con hombres maltratadores; se siente culpable por haber sido agredida; se cree fracasada como mujer, como esposa y como madre; siente temor, pánico de no controlar su vida; existe una ambivalencia, sentimientos encontrados como por ejemplo: “me da mucha rabia el haber sido agredida”, pero la mujer siente que también fue por su culpa el que le pegaran, “que se lo merecía”; piensa que es completamente incapaz e impotente para resolver su situación, debido a que siempre ha sido controlada y dominada; es tradicionalista en cuanto al hogar, la unidad familiar y los roles sexuales femeninos. Ha sido socializada para pensar que los golpes son cosa normal en el matrimonio; cree que nadie la puede ayudar a resolver su problema, excepto ella misma; exhibe o demuestra una gran resistencia y una actitud de aceptación pasiva, sin embargo, tiene la fortaleza para manipular y manejar su ambiente; se vuelve aislada socialmente; se define a sí misma en términos de las necesidades de los demás; es capaz de hacer todo aquello que los demás desean, en especial su pareja. Ante estas expectativas de entrega y sacrificio total, la mujer se encuentra en un callejón sin salida. Ha interiorizado las normas sociales según las cuales de*

*ella depende el funcionamiento de la pareja y de la vida familiar.”*

La mujer, al tener una baja autoestima, tienden a adaptarse a las agresiones ya sean físicas, psicológicas y/o sexuales; aceptan que no tienen salida y por ello continúan con la persona que las arremete. Este tipo de mujeres prefieren callar por el temor a las represalias que este problema les pudiera ocasionar, no denuncian, no buscan solucionar el problema, sienten que no tienen salida y, por lo tanto, prefieren resignarse y seguir recibiendo agresiones con la autoexcusa de que “... es mi marido” y/o “...hasta que la muerte nos separe”.

La mujer maltratada es la única que conoce qué es lo que está pasando. Su “vida” está caracterizada por sentimientos de impotencia, porque se ve sobrepasada y no ve la solución; vergüenza, se juzga muy dura a sí misma por lo que se aísla y la lleva a disimular la situación que está viviendo; miedo, porque sabe que la venganza es posible ya sea con ella o algún familiar; culpa, porque cree haber fallado y se hace cargo y responsable de toda la situación; frustración, ocasionada por el enojo prohibido y reprimido que la carcome por dentro (De Torres y Espada, 1996 y García-Moreno, 2000).

Muchas mujeres reconocen que las agresiones físicas son graves y que generan grandes daños, pero no reconocen que los insultos, gritos, ofensas pueden resultar más graves ya que son causa de grandes daños psicológicos y emocionales, provocando en ellas abnegación y baja autoestima. Al aceptar todo lo que los agresores dicen y opinan sobre ellas, poco a poco se comienza a destruir el hogar, se va dejando de lado la creatividad y la capacidad de la mujer para relacionarse con los demás.

Bajo la idea de “es mi marido”, la violencia hacia las mujeres ocurre en un contexto cultural patriarcal donde el control y el sometimiento, incluso a través de medios físicos, han sido tradicionalmente tolerado y hasta legitimado, y aunque el patriarcado es una variable social muy importante que enmarca al agresor, ésta no es una variable suficientemente explicativa o comprensiva,

dado que no todos los hombres que han crecido en nuestra cultura son violentos con sus parejas, entonces ¿por qué los hombres son violentos?

### **2.2.2 El hombre violento.**

Las formas violentas de interacción son el resultado de un modelo familiar y social que las acepta como estrategias adecuadas para resolver los conflictos. Por un lado, la identidad masculina está construida por un aprendizaje temprano de ciertas creencias, valores y actitudes. Para el caso de la violencia, podríamos destacar el ocultamiento de las emociones, la preocupación central por el éxito profesional y el ejercicio del poder como forma de control a todos los niveles. Por otro lado, aún cuando de manera conciente se pretenda evadir o acabar con estas reacciones, las mujeres han construido una identidad que se engarza perfectamente con la de los hombres al tolerar, permitir o incluso propiciar sus conductas.

El hombre violento es una persona de valores tradicionales que ha internalizado profundamente un ideal de hombre como modelo incuestionable a seguir. La forma de demostrar este privilegio es a través de su papel como cabeza de familia y, considera a su pareja como su subordinada, Ferreira (1999, p.79) dice que:

*“El hombre violento no se distingue de la normalidad masculina general, puede ser simpático, seductor, atractivo, caballeroso, con actitudes de ciudadano modelo. Eso le permite camuflarse y pasar inadvertido en el mundo exterior a su familia.”*

Algunos rasgos de la personalidad del hombre son acentuados, tales como: dependencia emocional, agresividad, control sobre sus parejas, impulsividad, baja autoestima, los celos, emocionalmente inestables, falta de seguridad en sí mismos, etc. Casi todos los agresores sienten que no son responsables de lo que hacen o intentan justificar su agresión culpando a otros, culpan a las mujeres, culpan al alcohol, al estrés, al desempleo, etc. (García, 1999).

En nuestra sociedad la subordinación de la mujer está relacionada con el machismo, que es un elemento que provoca la violencia de pareja. Esta situación tiene que ver con el dominio, la superioridad, la fuerza, el uso del poder por parte del hombre hacia la mujer, y al ver a ésta como un ser inferior la maltrata causando grandes daños físicos y psicológicos; visión que tiene que ver con cuestiones culturales, así como la cuestión económica, que es una parte importante para la subordinación de la mujer hacia el hombre, provocando en ella una gran dependencia.

Haciendo un comparativo, el Cuadro 1 muestra algunas características dentro del perfil psicológico (Trujado, s/n):

**CUADRO 1**  
**PERFIL PSICOLÓGICO DE LA PAREJA VIOLENTA**

<b>MUJERES MALTRATADAS</b>	<b>HOMBRES VIOLENTOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Acertividad deficiente</li> <li>• Escasa capacidad de iniciativa</li> <li>• Conductas de sumisión</li> <li>• Ansiedad extrema</li> <li>• Efecto de culpa</li> <li>• Sobresaltos permanentes</li> <li>• Depresión</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Dependencia emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy vulnerables ante la frustración</li> <li>• Habilidad disminuida para solucionar problemas</li> <li>• Ocultamiento de sentimientos</li> <li>• Problemas en el control de la ira</li> <li>• Antisocial</li> <li>• Agresividad generalizada</li> <li>• Baja autoestima</li> </ul>

Las características anteriores coadyuvan de tal manera que llegan a resultar en una situación de violencia.

## **2.3 FACTORES Y FACILITADORES QUE COADYUVAN A LA AGRESIÓN HACIA LA MUJER.**

### **2.3.1 Factores.**

La forma en que la sociedad influye sobre la vida de cada ser humano imponiendo modelos y formas de pensamiento, ha implicado una diferencia fundamental entre géneros, ya que la manera de percibir y concebir al mundo a partir de las diferencias anatómicas, psicológicas, morales y culturales

conducen a formas de interpretación diferentes de la realidad. Es por lo anterior que hay varios factores que coadyuvan en la agresión.

Los factores más frecuentes que contribuyen a la violencia contra la mujer pueden ser: individuales, familiares y sociales (Berumen, 2003). Ver Cuadro 2

**CUADRO 2**  
**FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA VIOLENCIA**

Factor individual	Se expresa cuando una persona, durante la niñez, presencia o sufre actos de violencia en el hogar o en el contexto en que se desarrolle.
Factor familiar	Hay normas autoritarias dentro del hogar, donde hay dominación masculina y aceptación social de la violencia física.
Factor social	Abarca todo un contexto donde la desigualdad de género es permitida y culturalmente cotidiana, donde el rol de la mujer y el hombre son definidos por el poder y la sumisión.

Donde cada uno de estos juega un papel muy importante al poderse desarrollar en un futuro, cuando se comiencen a reproducir de manera permanente.

En este orden de ideas, una agresión se produce básicamente por dos elementos muy importantes:

1.- El impulso del agresor: consiste en una energía negativa y conformada por ciertas creencias, valores y prejuicios adquiridos mediante la socialización, es decir, el agresor toma estos elementos para justificarse racionalmente ante sí mismo su propia acción de violencia, así como de inculcar sentimientos de culpa a la víctima. Es común que el agresor intente devaluar o degradar a la mujer apelando a diversos aspectos como el de género, el estatus, la situación socioeconómica, el grado de educación, la apariencia física, la calidad moral, etc.

2.- Los factores propiciatorios: son los detonadores como el consumo de alcohol y/o drogas, la posesión de armas, la disponibilidad de agredir, entre otros.

Lo anterior está muy ligado a la familia, a la educación y a la religión en la que crecemos y nos educamos, los cuales facilitan que la violencia siga reproduciéndose generación tras generación.

### **2.3.2 Facilitadores.**

- *La familia.*

Para Cimbali (1999, p. 57) la familia es:

*“...una unidad sociológica, galvanizadora de la sociedad y de la religión, afirma lo que Horacio decía, que domum pusillam republicam, es decir, una casa es una pequeña República, es un grupo organizado por lazos personales íntimos y domésticos. Es el medio para desarrollar personalidades socialmente útiles y transmitir el trascendente cúmulo de conocimientos humanos, tales como el idioma, la escritura, la conducta social. La familia es el lazo elemental más sólido de la sociedad, laboratorio fecundo de existencias humanas y campo inmediato donde se desarrollan los gérmenes de los vicios y de las virtudes, escala de moralidad y de costumbres.”*

De esta definición, es importante destacar que la familia es percibida como una institución que ha existido desde tiempos remotos y ha sido depositaria de la cultura e idioma, así como de las normas de comportamiento de cada sociedad. La familia es una institución en donde se llevan a cabo las relaciones entre sus miembros y, a su vez, de éstos con la sociedad. Así, a lo largo de la historia han existido diversos tipos de familias.



Es la familia en donde se enseñan los valores, tradiciones, la moral, los buenos modales, etc. y es en ésta misma en donde los niños aprenden a socializar. El problema de la violencia intrafamiliar es producto de la decadencia moral, educativa, social, etc., que viven todavía muchas familias en diversas comunidades y sociedades, no nada más en nuestro país, sino del mundo entero.

Uno de estos tipos, que es muy significativo y aún en nuestros tiempos, permanece es la familia patriarcal. En esta recae el poder en el miembro más anciano del grupo. Entre los efectos centrales del patriarcado, sobresale la costumbre de utilizar a la mujer como un objeto, con todas sus implicaciones de violencia física y psicológica. Las raíces históricas de la supremacía masculina son de carácter sociopolítico y cultural y la cobertura de sus efectos abarca los campos más diversos: educativos, económicos, geográficos, etc. La ideología patriarcal fomenta el ejercicio del poder para reafirmar la supremacía masculina y, convertir a la mujer en objeto de placer.

La familia es el lugar en donde se comienza a interiorizar el uso de la violencia hacia otras personas. En una familia donde la violencia es frecuente, los hijos van a reproducir estos mismos patrones de conducta que están viviendo dentro de su hogar, adoptando así las mismas conductas que sus padres. Esta situación va a provocar que los niños que han sido víctimas de algún tipo de abuso se vuelvan agresores, y las niñas en mujeres abnegadas, sumisas y dependientes de la figura del hombre. La familia juega un papel de suma importancia ya que es la primera institución con la que cualquier ser humano tiene contacto y, es en ella en donde se inicia frecuentemente la transmisión de valores y creencias que irán conformando actitudes y pautas de comportamiento.

- *La educación.*

La educación constituye parte fundamental del proceso de reproducción social. Ahora, más que en cualquier otra época, nadie pone en duda que la educación representa el medio primordial a través del cual la sociedad pretende garantizar el tránsito de una generación a otra, de aquello que se considera patrimonio

cultural. Se trata de un proceso en el desarrollo del individuo y la sociedad, el cual supone apropiarse de los usos y las costumbres, de los conocimientos y valores, sin dejar de lado las actitudes y habilidades propias de la época en la que uno vive (Jiménez, 1999).

De acuerdo a lo anterior, es necesario mencionar que la educación es un aspecto de gran importancia que influye en el desarrollo de las mujeres y de los hombres, así como de la sociedad en la que vivimos. La educación se realiza en dos planos: el primero se refiere a la transmisión de normas, actitudes y valores acordes con la estructura social; el otro se basa en el conjunto de conocimientos y habilidades para el desarrollo de la inteligencia (Hierro, 1999).

La transmisión de normas se lleva a cabo a través de la familia, que es la que se encarga de las primeras actividades de socialización de los niños y las niñas, donde se asumen los roles genéricos. La interrelación propiciada por la familia es el primer paso en el proceso de socialización que, en la etapa adulta, se proyectará en su forma de relacionarse con la sociedad y en la manera como actúe dentro de ella, que será la misma que aprendió dentro de su familia. Es cierto que después podrá modificar sus patrones de conducta en relación con el nuevo aprendizaje que haga en su relación con el medio; no obstante, sus primeras experiencias, muy probablemente, serán y estarán reguladas por aquellas pautas iniciales.

La escuela como reguladora del desarrollo de la inteligencia refuerza en gran medida lo aprendido en casa. La escuela hace todo un manejo de actitudes en cuanto al tipo de actividades que se les asignan a las niñas, así como los juegos. En la secundaria, se les exige a las niñas “darse a respetar”, “sentarse correctamente”, etc; de esta manera, se va conformando un deber ser femenino.

- *La religión.*

La religión católica es una de las instituciones que ha ejercido gran influencia en el papel que ha desempeñado la mujer, destacándose su discurso teológico

estructurado por tres elementos principales: el matrimonio, la familia y la sexualidad.

Uno de estos tres elementos, el matrimonio, según Pérez (2000) es donde se ejerce más presión con un discurso extensamente elaborado para no perder el control, debido a que es el núcleo básico que mantiene las costumbres, el orden y las tradiciones. Mediante la familia, se regula el comportamiento cotidiano de las relaciones familiares procurando que no se altere el orden social y no se trasgredan las normas. Cabe mencionar que, en la actualidad, algunos matrimonios siguen estando ligados a la iglesia, por lo que esta institución sigue manteniendo la fuerza y el control sobre las familias mexicanas.

Parte fundamental de la religión católica es el acto de confesión. Éste ha sido utilizado como mecanismo de persuasión para imponer valores y juicios, originando sentimientos de culpa, debido a que la confesión no sólo hace un análisis crítico del comportamiento, sino que también lleva a la persona a dudar de sus acciones y decisiones imponiendo su yugo, sobre todo en la sexualidad de quien forma parte de la comunidad religiosa.

En relación a las prácticas sexuales, la iglesia sólo acepta un objetivo: la reproducción y perpetuación de la especie. El amor físico sólo encuentra su expresión legítima en el amor conyugal, alcanzado a través del matrimonio, y sólo mediante éste se puede poner en práctica, reforzando los modelos de conducta esperados de hombres y mujeres dentro del matrimonio.

Al hacer un análisis sobre cómo la religión ha sido un instrumento ideológico que se ha utilizado para reforzar los valores en relación con "*el deber ser femenino*", encontramos que se impuso a la Virgen María como modelo de identificación con el que se transmitieron valores como: ser callada, modesta, humilde y, fundamentalmente, ser madre, dejando de lado el goce del cuerpo. Así, la Virgen María se convierte en el modelo de las mujeres.

Con respecto a lo anterior, Hierro (1999) señala que la situación de desigualdad que viven las mujeres en una sociedad patriarcal, influida por la jerarquía católica, contribuyen a un freno para su liberación. La participación de la mujer se ubica dentro de la familia, la cual se utiliza para la reproducción y como sistema de dominación, donde se señala la adquisición de atributos que la sociedad patriarcal juzga femeninos.

## 2.4 TIPOS DE VIOLENCIA.

El hombre concibe a la mujer como algo que él puede usar en función de su placer y capricho personales, sin tomar en cuenta la voluntad femenina y sin consideración alguna para la integridad personal de la pareja, por ejemplo, cuando la relación sexual es obligada, la relación íntima deja de ser expresión de un sentimiento recíproco para convertirse en un instrumento conyugal de satisfacción al servicio del hombre agresor (González 2002).

El fenómeno de la violencia tiene serias repercusiones diferenciadas de acuerdo a su dimensión, el Programa General para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar [UAVIF] (2001), presentan tres formas diferentes:

**CUADRO 3**  
**TIPOS DE VIOLENCIA SEGÚN EL UAVIF**

<b>FÍSICA</b>	<b>SEXUAL</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>
Es todo tipo de agresión intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar e inmovilizar y/o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control.	Consiste en forzar físicamente a la mujer al coito y cualquier otra forma de ejercicio sexual. En el seno familiar, este tipo de agresión es ejercida por la pareja que pretende imponer su "supremacía" sobre la mujer a través de la reafirmación del poder personal.	Es un patrón de conducta consiste en humillaciones, menosprecio frente a otras personas, celos, golpear objetos, destruir cosas, amenazas con armas, amenazas de muerte y, provocan deterioro, disminución y/o afectación de la personalidad de la víctima

A partir de ésta se definen otros tipos de violencia que permiten tener una idea clara acerca de la magnitud de este fenómeno.

- ***Violencia económica.***

Este tipo de violencia se deriva del control y manejo del dinero, las propiedades y, en general, de todos los recursos de la familia haciendo dependiente a la mujer, y se manifiesta de las siguientes maneras:

- Hacer que la mujer tenga que dar todo tipo de explicaciones cada vez que necesite dinero, ya sea para uso de la familia o del suyo propio;
- Recibir menos dinero del que el hombre sabe que necesita a pesar de contar con liquidez;
- Inventar que no hay dinero para gastos que la mujer considere importantes;
- Disponer del dinero de la mujer;
- Privar de vestimenta, comida, transporte, etc.

Esta presión económica que ejerce el hombre, se ve agravada por la creencia de la mujer al aceptar que es débil e inferior, a pesar que perciba ingresos económicos o de poseer bienes patrimoniales en igual o superior cuantía.

- ***Maltrato invisible.***

Las mujeres sufren también de un tipo de violencia que no lo ven como tal y, que es el maltrato invisible. Torres (2001) nos da una interesante tipología de lo que es esto, en donde se puede observar:

- Asedio (todo lo que hace una persona para controlar a la otra persona).
- Abuso verbal (insultos, gritos, apodos, burlas sobre el aspecto físico, silencio condenatorio).
- Amenazas (avisos de provocar un daño a la persona, a los hijos, a la familia, etc.).

- Intimidación o chantaje (infundir miedo a través de ademanes agresivos que se pueden incrementar, amenaza de abandonarla).
- Uso del “privilegio masculino” (degradación de la mujer, ignorar sus opiniones, la compraran con otra).
- Aislamiento (mecanismo de presión social que crea un clima de inseguridad, ya que se aleja a la mujer de su vida social).
- Privación (dificultad de resolver las demandas básicas).

Los puntos anteriores acarrear y producen en la mujer una desvalorización de sus capacidades tanto físicas, intelectuales y psicológicas. Sin embargo, este padecimiento suele ser ocultado en el entorno social, en donde el hombre violento se puede mostrar como una persona equilibrada. La violencia es una conducta que hace que la autoestima, autoimagen y autovaloración de las mujeres descienda gravemente, imposibilitando o impidiendo el desarrollo integral de ellas como un sujeto independiente. Se han desarrollado diferentes estudios sobre la violencia de pareja en donde la culpabilidad y la baja autoestima son rasgos característicos de mujeres maltratadas: tienen un grado muy alto de desvalorización, menoscabo de su persona, no hay reconocimiento de sus logros, fueron educadas bajo roles de pasividad y subordinación (Ferreira, 1992 y Riquer, Saucedo y Bedolla, 1996).

La violencia surge del abuso de poder de una persona hacia otra; en el ámbito familiar es común que el maltrato se dé de hombres a mujeres y a los hijos. Este maltrato genera historias que, comúnmente, son silenciadas y calladas tanto por quienes ejercen la violencia como por las víctimas.

El poder controla y domina las formas de expresión de las personas. Los silencios se convierten en pactos familiares y sociales; de esta manera, las víctimas generan una complicidad que reproducen las formas de dominación y se generan alianzas y estrategias para sobrevivir. Así “... todos reproducen las relaciones de abuso de poder que impone la masculinidad y se convierten en tornillos y engranes del dispositivo de poder masculino.” (Montoya, 1998, p. 36).

El silencio que rodea la violencia de pareja representa una forma de poder, por lo que son las instituciones patriarcales las que “hablan por el hombre” reproduciendo los discursos de la masculinidad. Montoya (1998) menciona que “... la identidad masculina hegemónica sigue apuntando al ejercicio del poder y el control sobre otros. Dominar, mandar, representar, protagonizar, poseer, se constituye en las formas motivacionales más importantes de la masculinidad hegemónica.” (p. 43); de tal manera, se puede decir que existe un fuerte vínculo entre los mandatos sociales de la masculinidad y las experiencias personales de violencia de los hombres, es decir, los hombres ejercen violencia porque llevan a cabo los roles de género masculinos y las formas de control hacia su pareja (insultos, golpes, humillaciones, exposición a ITS, etc.).

## **2.5 CICLO DE LA VIOLENCIA**

*“Existen dos seres dependientes que se encuentran, hacen química, y aparentemente se complementan. La mujer, por un lado, busca seguridad, amor, confianza y credibilidad, porque generalmente carece de ellos; en el fondo es una mujer insegura, que no se ama y que no confía ni cree en ella, aún cuando aparente algo distinto. Busca a alguien que tenga estas cualidades en cantidades superlativas, es decir, un hombre muy seguro de sí mismo, confiado y que tenga una autoestima muy alta.*

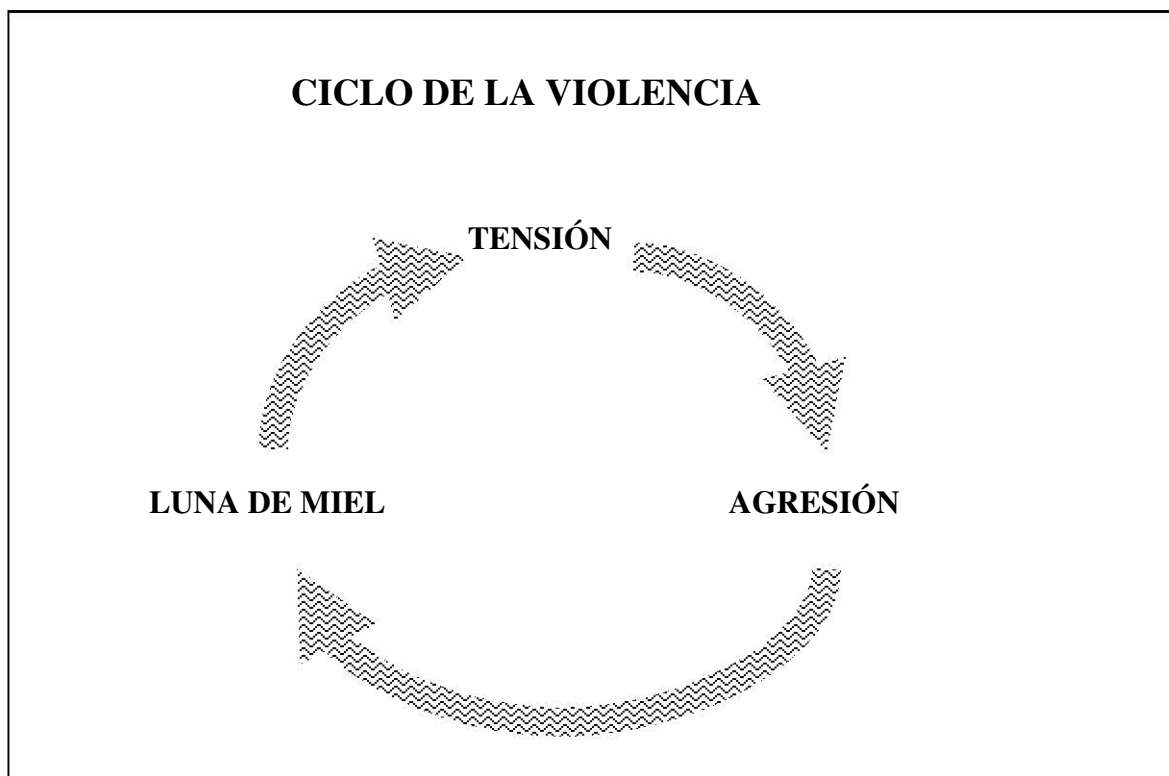
*Por otro lado, está un ser igual o peor que ella: sin autoestima, inseguro, sin la mínima confianza en sí mismo. Pero aspira a una mujer que, en un principio, siente no merecer; porque, curiosamente, se trata de una mujer guapa e inteligente y la siente inalcanzable, empieza a aparentar todas aquellas virtudes que no se tienen: se torna valiente, seguro de sí mismo, presume de riqueza y de seguridad,... y así, comienza un largo capítulo de horror.” (Gonzalez, 2004)*

Algunas veces hemos escuchado frases que suelen expresar las mujeres cuando sufren algún tipo de violencia: “Doy gracias porque nunca me ha pegado”, “es alguien que necesita que lo ayuden”, “si no soy yo, quién lo va a apoyar”, etc. Carrillo (1999) menciona que la razón por la que las mujeres no se atreven a denunciar a su(s) agresor(es), es debido a la orientación del proceso de socialización dirigido hacia la conformación de una actitud pasiva, que puede orillar a la baja autoestima, a la falta de seguridad en sí mismas y hacia

una gran necesidad de afecto y valoración, que no les permite ver su situación como un problema, sino como algo natural, propio de las familias pero que con el tiempo puede cambiar e inclusive llegar a desaparecer.

Pueden pasar años en que esté presente la violencia verbal y psicológica, antes de dar el primer golpe. Al principio puede tener intervalos de tiempo muy largos, sin embargo, la frecuencia va aumentando hasta llegar a ser más y más consecutivo.

Al respecto Corsi (1994) observó la existencia de un patrón que prevalece en la mayoría de las relaciones abusivas y que se manifiesta en forma cíclica, por lo que le denominó "Círculo del maltrato". Este círculo, cuya intensidad, frecuencia y duración varía según el caso; está compuesto por tres fases:



**Fase I. Tensión.** Se caracteriza por una escala gradual de tensión que tiene como origen los problemas cotidianos y se manifiesta con agresiones pasivas. En un principio la mujer intenta calmar, complacer o no hacer nada que pueda molestar; de esta manera ella cree que puede controlar la agresión.



**Fase II. Agresión.** El agresor pasa a la acción, se comienza la relación con maltrato psicoemocional, es decir, insultos, prohibiciones, etc. y llegar a los abusos físicos y sexuales. Algunas veces la mujer precipita la explosión de violencia, para poder controlar dónde y cuándo ocurre, lo cual le permite tomar medidas y precauciones para ocultar sus heridas o minimizar su dolor.

**Fase III. Luna de Miel.** El agresor siente culpa por lo sucedido, pide perdón y demuestra su arrepentimiento con regalos y con buenas acciones para reparar el daño, promete que no volverá a pasar y que va a cambiar. En esta fase el agresor manifiesta “su lado bueno” y abre la posibilidad de cambio, pero siempre y cuando ella lo ayude. De esta manera, la mujer queda atrapada en la relación.

También es posible que con el tiempo las promesas de cambio del hombre se rompan y vuelva la fase de tensión; es por ello que se considera como un círculo vicioso que constantemente se va reproduciendo en la relación familiar. En ocasiones cuando la pareja está en la etapa de la luna de miel, las promesas desaparecen o disminuyen para llegar al siguiente estadio.

Cuando la mujer vive dentro de un círculo de violencia, le toma tiempo comprender que se encuentra en una situación destructiva. Así mismo, cuando la víctima busca ayuda ya debió haber dado varias vueltas el ciclo de violencia y, cada vez que cierra uno, su autoestima y la confianza de sí misma disminuye. Inclusive dentro de nuestra cultura, podemos observar que en muchas ocasiones la mujer es culpabilizada por el maltrato que sufre, es decir, *“ella se lo merece”* o *“se lo buscó”*.

Durante cada fase, hay conductas muy particulares que cada uno de los miembros tiene. Esto lo podemos ver en el Cuadro 6:

**CUADRO 6**  
**CONDUCTAS DE AMBOS GÉNEROS DURANTE EL CICLO DE LA VIOLENCIA**

FASE	HOMBRES	MUJERES
I Tensión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios repentinos de ánimo</li> <li>• Reacción negativa ante la frustración</li> <li>• Temor e indefensión</li> <li>• Pensamientos obsesivos (infidelidad, abandono)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se muestra complaciente y sumisa</li> <li>• “Aceptación pasiva”</li> <li>• Distanciamiento</li> <li>• Enojo oculto</li> </ul>
II Agresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La intensidad de la ira no es proporcional a lo que la provocó</li> <li>• Disociación</li> <li>• Negación del hecho</li> <li>• Descreimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disociación</li> <li>• Negación del hecho</li> <li>• Descreimiento</li> <li>• Depresión</li> <li>• Sentimientos de desamparo</li> </ul>
III Luna de Miel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negación</li> <li>• Promesas de cambio</li> <li>• Arrepentimiento</li> <li>• Amenazas de suicidio</li> <li>• Sobornos</li> <li>• Justifica el hecho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se responsabiliza del hecho</li> <li>• Cree en el arrepentimiento</li> <li>• Elige pensar en el lado bueno de él</li> </ul>

En cada una de las fases se observan conductas que están relacionadas entre sí, de manera que van “embonando” de modo perfecto para que se dé y repita la situación de violencia.

Otro aspecto importante son las consecuencias, que se reflejan de diversas maneras.

### ***2.5.1 Consecuencias de la violencia intrafamiliar.***

Los efectos de la violencia hacia la mujer se ven manifestados en su salud física, reproductiva y psicológica los cuales son descritos a continuación en el

Cuadro 7 (Andersen, Ramírez & Shwartz, 1991; Dohmen, 1998; Trujado, 1997; García-Moreno, 2000; Müllender, 2000 y Berumen, 2003;):

**CUADRO 7**  
**EFFECTOS DE LA VIOLENCIA EN LA MUJER**

EN LA SALUD FÍSICA	EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	EN LA SALUD MENTAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Golpes serios</li> <li>• Heridas provocadas por empujones o mordeduras</li> <li>• Perdida de audición</li> <li>• Heridas de bala y/o de cuchillo</li> <li>• Homicidio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No negociación del uso del condón</li> <li>• Infección de ITS</li> <li>• Embarazo no deseado</li> <li>• Relaciones sexuales forzadas</li> <li>• Anorgasmia</li> <li>• Falta de deseo sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Trastorno por estrés postraumático</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Miedo</li> <li>• Incapacidad para actuar</li> <li>• Tendencias suicidas</li> </ul>

## 2.6 LAS DIFICULTADES PARA IDENTIFICAR EL PROBLEMA

La dificultad para comprender y reconocer la violencia tiene que ver con el proceso de invisibilización y el de naturalización.

Se considera que la visibilidad de un fenómeno depende de una serie de factores que determinan la percepción social y debe cumplir con dos condiciones fundamentales: que se tengan inscripciones materiales para que se vea y que el observador tenga las herramientas para reconocerlo (Corsi, 2003).

Con respecto a las acciones violentas y sus consecuencias, solamente se consideran los daños materiales. En el caso específico de la violencia de pareja, las mujeres sólo consideran como *daño* aquel que tuviera una inscripción corporal, y durante mucho tiempo han permanecido invisibles todas aquellas formas del daño que no eran perceptibles.

Esto se complementa con la naturalización de la violencia, que se apoya en construcciones culturales que estructuran la manera de percibir la realidad:

- las concepciones acerca de la infancia y del poder adulto,
- los estereotipos de género,
- la concepción acerca de “lo bueno” (nosotros) y “lo malo” (los otros).

Partiendo de esta forma de ver la realidad, la violencia contra la mujer está basada, en primer lugar, en elementos vinculados estrechamente al tipo de sociedad patriarcal en la que las relaciones entre hombres y mujeres se fundamentan en un reparto rígido de las tareas y funciones desempeñadas; y esta rígida separación de roles, regenera y fomenta actitudes y estereotipos claramente diferenciados. También se basa en una serie de conceptos erróneos, revalorados con actitudes y estereotipos que se encuentran ampliamente extendidos en la sociedad y que favorecen la aceptación de las situaciones violentas. Ejemplo de estas situaciones son:

- La violencia es muy rara.
- La violencia no ocurre en las relaciones normales.
- La violencia debe ser resuelta sin intervenciones externas.
- Las mujeres son las únicas responsables de su situación.
- La familia es una forma habitual que debe vivir el ser humano y hay que sufrir y aguantarse.

De tal forma que la naturalización de la violencia suele traducirse en expresiones populares que dictan la pauta cultural legitimadora. Todos hemos escuchado y dicho refranes como: *“los trapos sucios se lavan en casa”*, *“más vale malo por conocido que bueno por conocer”*, *“el matrimonio no es un lecho de rosas”*, *“por algo será”*, *“las mujeres son responsables de la unidad familiar”*, *“mejor no meterse”*, *“los hombres son niños grandes”*, etc. Estas frases pueden causar una risa burlona, pero expresan modos de pensar y actitudes sostenidas por la gente, y se repiten de generación en generación; aunque es más preocupante el hecho de que la mujer también los cree y los asume, juzgándose a sí misma a través de ellos (Corsi, 2003 y Ferreira, 1992).

Las mujeres suelen quedar atrapadas en medio de un “consenso” social que les impide ser conscientes de sus derechos y del modo como están siendo vulnerados.

Esta percepción errónea produce un círculo vicioso que retroalimenta la violencia intrafamiliar.

Hay una pequeña frase muy interesante en donde se dicen muchas cosas a la que Powers (1996) hace referencia y se puede traspolar hacia la violencia familiar. Es un código de silencio que existe en el ejército de E. U. relacionado con la homosexualidad: “No preguntes. No lo digas.” (p. 76). En esta pequeña frase está dicho todo: Cada familia cuenta con códigos propios que son creados de acuerdo con la cultura, el nivel socio económico, etc. en el que vive y se desarrolla. Con base en ellos se construyen mecanismos de sanción y castigo para quienes no acatan los mandamientos de silencio.

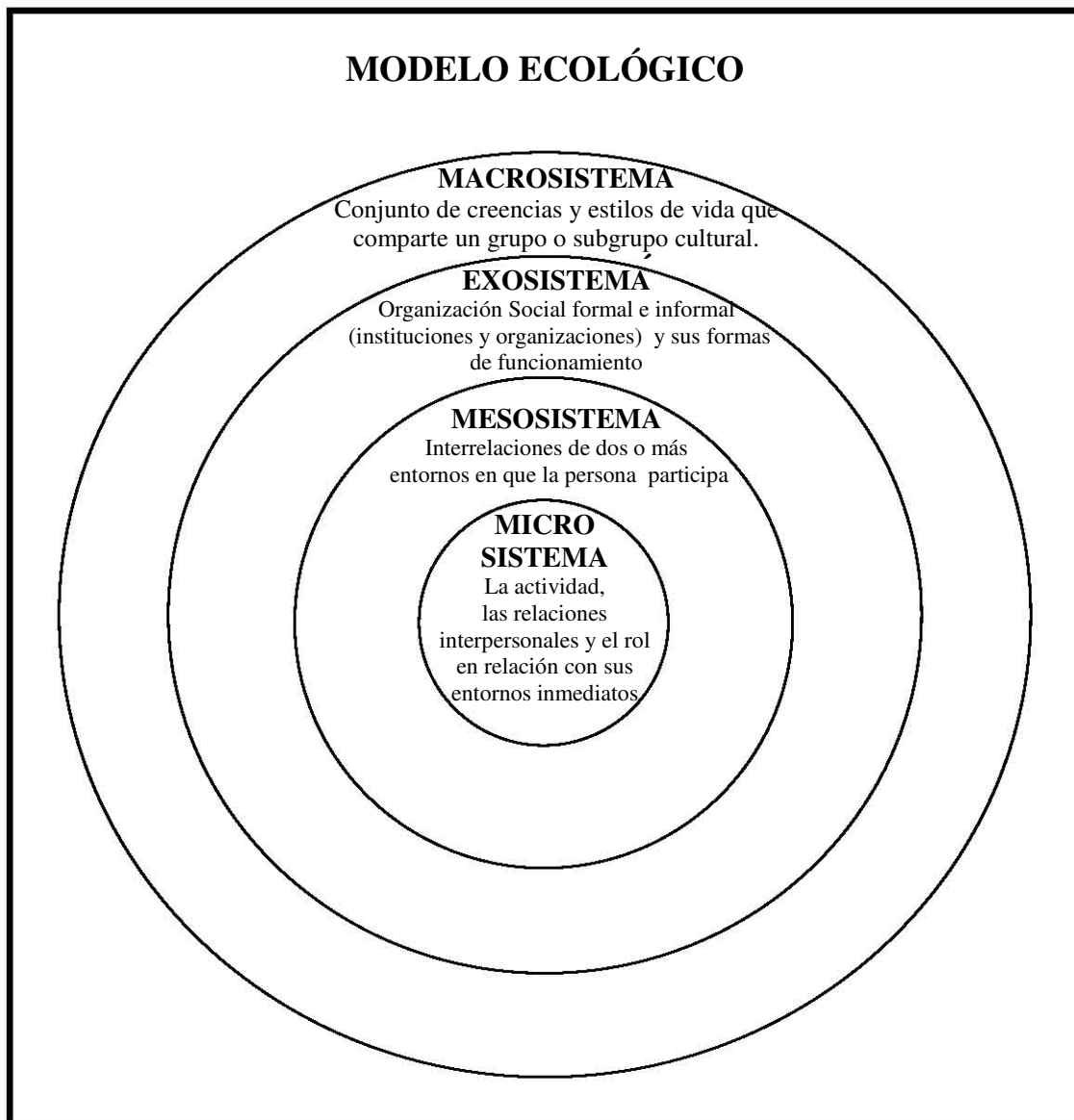
Las familias desarrollan otras maneras de comunicación, que se observan a nivel verbal y no verbal, por ejemplo, el lenguaje corporal. ¿Qué mujer no sabe cuando su pareja se deprime, se enoja, algo quiere, está preocupado, etc.? Las mujeres conocen estas conductas porque fueron entrenadas, desde muy pequeñas, para reconocerlas por medio de una educación de género; pero también, lo hacen porque así predicen el evento y pueden cuidarse. De esta manera, las mujeres conocen a los hombres no sólo por mandato social, sino también por su propia seguridad.

Ante esta situación, la mujer debe estar en una actitud de vigilancia incorporando a su conducta elementos de control y alerta sobre sí misma y sobre quienes le rodean en su modo de vida. Una forma de comprender esta vigilancia y ubicar su funcionamiento es el modelo ecológico de Bronfenbrenner, siendo Monzón Lara (2003, en: Corsi, 2003), quien posiciona a la mujer y las consecuencias de la violencia en los diferentes sistemas que conforman la sociedad.

## 2.7 MODELO ECOLÓGICO PARA VIOLENCIA

Urie Bronfenbrenner es un psicólogo del desarrollo, su planteamiento consiste en la ecología del desarrollo humano. No obstante, el reconocimiento que él hace de que ningún comportamiento humano puede ser comprendido o apreciado aislado del contexto en el que ocurre y, en consecuencia se aplica el modelo a la conducta violenta y también a las conductas de las víctimas.

Este modelo es adaptado y propuesto hacia la violencia por Monzón Lara (2003, en: Corsi, 2003) y se enfoca a la realidad social y a la cultura, lo percibe como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se vinculan entre sí de manera dinámica y los cuales son: micro, meso, exo y macrosistema.



El macrosistema se identifica con las creencias culturales asociadas al problema de la violencia familiar, es decir, es un entorno amplio como “sociedad patriarcal” dentro del cual, el poder está asignado en el hombre sobre la mujer y es el eje que estructura los valores sostenidos históricamente por nuestra sociedad. Este sistema de creencias va dando forma a los conceptos de roles, derechos y responsabilidades de los miembros de la familia. Así por ejemplo, un hombre socializado en el contexto patriarcal tiene plena seguridad de que le corresponde el derecho de sus deseos y que no sean contrariados en el ámbito familiar, que es el espacio donde se desarrolla la violencia.

El exosistema incluye la legitimación institucional de la violencia, modelos violentos e indica la escasez de apoyo institucional para las víctimas; los detonadores de riesgo en este nivel son el estrés económico, el desempleo, el aislamiento social, el alcoholismo, etc.

En el mesosistema los procesos se producen a través de los límites de los distintos contextos inmediatos; las conexiones que se pueden establecer entre los entornos son variados, puede haber participación directa, participación de personas con las que se tiene relación, comunicación entre entornos y conocimiento entre éstos. El mesosistema es un sistema de microsistemas.

El microsistema incluye la historia personal, el aprendizaje o socialización de pautas de comportamiento de la familia.

Por lo anterior, las personas que se encuentran en determinados entornos ambientales, con frecuencia se ven encaminadas no a causa de las propiedades internas de los entornos mismos, sino por la situación de los entornos en el contexto más amplio del exo, el meso y el microsistema.

A partir de este modelo ecológico de la violencia, propuesto por Monzón Lara (2003, en: Corsi, 2003) podemos suponer que ninguna mujer acepta la violencia sin más. Todas ellas realizan comportamientos, activos o pasivos, con la finalidad de tener algún control que les favorezca sobre las situaciones

violentas. Decir que las mujeres permanecen en relaciones violentas nos remite a considerar aspectos individuales, pero afectados por una serie de factores externos.

Es así que una de las preguntas más comunes es ¿por qué las mujeres deciden permanecer en una relación violenta? La respuesta no es sencilla y varía de acuerdo a la perspectiva que se maneje.

## **2.8 FACTORES O ASPECTOS QUE CONLLEVAN A UNA MUJER A PERMANECER EN UNA RELACIÓN VIOLENTA.**

Los siguientes aspectos no tienen un orden de importancia, ya que cada uno de ellos conlleva e interactúa con el otro como se presenta en el Esquema 2:

- ***Disminución de autoestima.***

Una pobre estima es una característica de las mujeres que resisten una relación violenta. La creencia de que no se vale nada impide ver los actos violentos como tales, creyendo ser merecedora de los malos tratos porque son vistos como justos y, por lo tanto, no está en detrimento de la integridad personal. Esto permite la tolerancia a los continuos maltratos.

Janckel y Voss (2002) refieren que la autoestima ha sido lastimada desde la niñez, al no cubrir con las expectativas de la madre; en este proceso las mujeres aprenden que tienen que gustar a los demás y, si no lo logran será su culpa. Más tarde no podrán controlar su autoestima desde su interior, sino desde la afirmación externa, siendo un blanco para aquellos hombres que ejercen diferentes formas de violencia, pues éstos proporcionarán a las mujeres lo que necesitan, al mismo tiempo que estas se esforzarán para gustarles y ser lo que ellos quieren. Con el tiempo sabrán ellas que merecen el maltrato porque no son lo que sus parejas esperaban.

Una mujer con baja autoestima, que se siente incapaz, devaluada, que no reconoce sus capacidades y que, por lo contrario, exagera sus limitaciones y/o defectos, está más expuesta a la anulación de su propia personalidad y, por ende, a la dependencia. La seguridad y autoconfianza se deben reforzar desde



## ESQUEMA 2. FACTORES PARA PERMANECER EN UNA RELACIÓN VIOLENTA



la familia, de lo contrario, se irán arrastrando sentimientos de inferioridad a lo largo de la vida, los cuales permitirán justificar comportamientos violentos.

La extrema necesidad de aprobación del otro, pasa a ser trascendental para obtener la seguridad y confianza que se necesita; estas mujeres no perciben el maltrato, en vez de eso, piensan en qué tienen que hacer más para lograr gustar y satisfacer a la pareja, culpándose constantemente por no lograrlo.

- ***Historia de violencia.***

Müllender (2000) refiere diversos estudios en donde se encontró que las mujeres que han recibido violencia o han sido testigos de abusos físicos durante la infancia, pueden ser más tolerantes a los abusos en la adultez. Así mismo, el hecho de haber testificado esta violencia las hace más pasivas, lo cual puede ponerlas en un alto riesgo para tolerarla más tarde.

- ***Educación a la incondicionalidad.***

Las mujeres han sido socializadas con actitudes de incondicionalidad hacia las necesidades de los otros, este aspecto también es parte de su formación como madres. Esta característica puede ser extrapolada en la relación de pareja, ya que les impide analizar si están satisfechas o no con la conducta de su pareja; por el contrario, se centran en pensar si son suficientemente “*buenas*”. Este trato, de manera paulatina, va ir operando como una educación y él va ir convirtiéndose en el compañero que ellas desean.

“En las relaciones de abuso, la anestesia del malestar en las mujeres aparece como un elemento clave, especialmente cuando desempeñan su papel de cuidadoras y dadoras.” (Whaley, 2001, p. 56). La mujer piensa que su pareja cambiará su comportamiento violento, en la medida en que vaya experimentando la paz y la dicha que le proporcione alguien capaz de ser incondicional.

- **¿Amor o dependencia?**

Otra razón para continuar con la relación violenta es el amor: “las mujeres aman a su pareja”, creen que él es el de los buenos momentos, el que se arrepiente y no maltrata.

Es común que las mujeres que están en una relación violenta, tengan la conceptualización de amor romántico, el cual se ha inculcado a través de distintos contextos sociales: desde la educación familiar hasta los mensajes enviados en medios masivos de comunicación, donde la idea central consiste en la “*entrega total*”, en la vivencia de experiencias muy intensas de felicidad y sufrimiento, donde al principio existen una serie de obstáculos e impedimentos para lograr una relación, pero después de varios sacrificios, todo se aclara y la felicidad llega. (Whaley, 2001).

Vírseda (2000) refiere que en el amor romántico, se piensa que sólo existe una persona para cada uno, de tal manera, que cuando una mujer encuentra a su pareja “*ideal*” es difícil que perciba características amenazantes para ella. Existe una especie de cortina que hace parecer todo perfecto, convirtiendo lo negativo en positivo.

Dependiendo de cómo se maneje la situación, después de que pasan los períodos de luna de miel, este tipo de amor puede convertirse en adicción, donde se cree que no se puede vivir sin el otro. Es importante mencionar que una mujer que ha establecido una relación dependiente con un hombre violento, su riesgo a padecerla es mucho mayor porque su dependencia emocional es una barrera importante para escapar.

El sentimiento de amor, dentro de una relación violenta, puede confundirse con la sensación de necesitar a alguien o con la de ser necesitada.

- ***Minimización del acto violento.***

Es común que las mujeres no definan como violencia los episodios de abuso como algo tan grave, y que como tal intenten afrontar el problema. La minimización del acto puede deberse a que su situación no encaja en la generalización, además de que puede estar reforzada por mensajes culturales que crean que es normal en la vida de pareja.

También es posible que no se den cuenta del peligro que corren hasta que la violencia se incrementa. Las mujeres minimizan la violencia al observar que ésta es poco frecuente y no es severa (Müllender, 2000).

- ***Roles tradicionales***

- *Distribución del poder*

Al hombre se le otorga la posición de poder, de hegemonía; él tiene la capacidad física e intelectual para cuidar y proteger a la mujer, mientras que a ella se le socializa a una posición de comprensión y aceptación de la superioridad masculina.

Las mujeres han aprendido que el poder es propiedad exclusiva del hombre, por lo que, generalmente inconsciente ceden el poder a otras personas, también la pasividad ha sido aprendida y reforzada. Lo anterior puede implicar en la mujer que pierda su individualidad y singularidad, pasando de sujeto a objeto (Whaley, 2001).

Desde este punto de vista, los hombres están más preparados que las mujeres para sostener su propia posición en el conflicto ya que, tanto la mujer como el hombre, han sido entrenados para tomar en cuenta el punto de vista de él. Esto no quiere decir que la capacidad para ejercer el criterio de la mujer no exista, sino más bien se encuentra habituada a ejercerlo.

Este mensaje, también es perpetrado por la sociedad y, por supuesto, por los hombres que las maltratan, van dirigidos a culpabilizar a la mujer, quien se siente lo bastante culpable que permite seguir soportando los malos tratos.

- *El rol de la mujer*

La socialización de roles sexuales, en general, tiende a apoyar la noción que el éxito o fracaso de las relaciones íntimas es la responsabilidad de la mujer, lo que conlleva a las mujeres a hacer grandes esfuerzos para quedarse en la relación después de eventos violentos, para demostrar a su pareja su compromiso.

La mujer inicia la relación con la meta de que sea armónica, al encontrar obstáculos y vivir más eventos de violencia, es posible que se sienta conflictuada entre irse o quedarse. Sin embargo, también pueden sentir que tienen la oportunidad de hacer funcionar la relación, y en honor a su responsabilidad de mantener la relación, continúa en ella (Döring, 1999).

Esta socialización de la mujer refuerza su imposibilidad para actuar, pues desde el nacimiento se les inculcó dar amor, ser buenas esposas, buenas madres y, al romper este estereotipo por abandonar el hogar, por denunciar, por disolver la familia, etc. les crea una gran culpa.

- ***Por temor***

- *A vivir sin pareja*

La falta de recursos personales para vivir de manera independiente y el miedo a vivir solas, inhiben las acciones para solicitar apoyo y hace que las mujeres permanezcan en relaciones con violencia (Vírveda, 2000). Puede deberse a que, culturalmente, la felicidad y la autorrealización de la mujer sólo pueden darse a través y en función de los demás, principalmente en el matrimonio y en la maternidad; esto aleja la posibilidad de una ruptura de la relación por parte de ella.

Es prácticamente imposible verse a sí misma sin pareja y, como consecuencia, es inimaginable llevar una vida autónoma e independiente. Esto, que es cultural, se convierte en un aspecto individual en la mujer, manifestando a través del miedo a estar sola con sus hijos y a la necesidad de mantener unida a la familia.

Esta imposibilidad de vivirse solas e independientes tiene que ver también con una constante descalificación y desvalorización a lo largo de la historia, la cual las ha conducido a delegar la responsabilidad a su pareja, por lo tanto, creen que sentirán indefensión y tristeza a falta de un protector, sintiéndose ineficaces en su propia vida y en la de su familia; sienten, además, que si hacen algo diferente a lo que se les ha impuesto, no se comportarán como buenas madres, esposas o amas de casa (Müllender, 2000).

- *Falta de recursos económicos*

Müllender (2000) y Döring (1999) mencionan que el miedo a la pobreza, el aislamiento, perder sus posesiones y la falta de dinero son los aspectos más importantes que impiden a las mujeres separarse de sus parejas.

- ***Mitos respecto a la violencia.***

Es común que las mujeres creen que su situación de violencia es privada y, por lo tanto, prefieren seguir así por su propio bien; sintiendo vergüenza por solicitar apoyo o denunciar los hechos.

Martín y Borréis (1999) encontraron que la conducta violenta del hombre es aceptada como normal y natural y, las mujeres suelen justificarla con el argumento de “*son violentos porque son hombres*”. Esta idea tiene que ver con la socialización del poder, en donde el hombre es igual a decisión y dominio; mientras que la mujer debe cumplir con su esposo.

- ***Falta de información.***

Por último, Müllender (2000) refiere que otros aspectos que influyen para que las mujeres decidan continuar con la relación es el desconocimiento de:

- La existencia de lugares especializados en donde se proporciona apoyo
- Los derechos con respecto a los bienes del matrimonio
- El trato y espacios que se le brinda cuando acude a solicitar apoyo, temiendo no tener privacidad y ser discriminadas.

Además, muchas veces las mujeres regresan porque:

- Desean dar una segunda oportunidad debido a que su pareja les inspiró pena y esperanza inmerecida,
- Su pareja las presionó emocionalmente para que volvieran,
- Es el padre de sus hijos,

¿Cómo afecta todo esto a las mujeres en cuanto a una infección por VIH/SIDA o cualquier otra infección de transmisión sexual? La epidemia mundial atravesó el umbral en el 2003 cuando, por primera vez, según las nuevas estadísticas, casi la mitad de las personas que viven con el virus son mujeres.

Primero se verán las generalidades de la infección, para saber de lo que se está hablando.

## **CAPÍTULO 3**

### **VIH / SIDA GENERALIDADES**

En 1981, en la ciudad de Los Ángeles, California, la comunidad médica se empieza a cuestionar acerca de la aparición de algunos casos de un tipo de neumonía rara y de un tipo de cáncer conocido como Sarcoma de Kaposi en un grupo de población –adultos jóvenes- que hasta entonces no había sido afectado por estos padecimientos.

Estos hechos conmocionaron a los científicos de diferentes partes del mundo, quienes a partir de ese momento dirigen sus esfuerzos a investigar el acertijo que se les estaba presentando.

En 1982, el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) determinó que tanto la neumonía, como el Sarcoma de Kaposi y otro tipo de infecciones graves, que se estaban diagnosticando en esos adultos jóvenes, no constituían, en sí, el problema de salud primordial del paciente sino que eran, en última instancia, una manifestación de un problema más amplio y profundo: la alteración adquirida de su Sistema de Defensa. Así pues, las enfermedades mencionadas habían aparecido en ellos aprovechando una deficiencia en el



sistema inmunológico de las personas. Esa inmunodeficiencia que se había adquirido, ponía al organismo en peligro de contraer diferentes infecciones o cánceres ante los cuales, previamente, se había defendido, pero a los que, ahora, era vulnerable. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, había sido definido, sumándose a la lista de los grandes problemas de salud a los que la humanidad se ha enfrentado en su historia.

Para 1983 el grupo del Dr. Luc Montagnier, del Instituto Pasteur en Francia y, en 1984, el grupo del Dr. Gallo, del Instituto Nacional del Cáncer de los E. U., daban la respuesta a otra de las incógnitas relacionadas con este padecimiento, al señalar que éste era causado por un virus, desconocido hasta ese momento al cual, desde 1986, se decidió denominarlo internacionalmente como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH.

### **3.1 EPIDEMIOLOGÍA.**

La infección por VIH/SIDA hoy es considerada una de las más devastadoras enfermedades que la humanidad haya enfrentado, como lo demuestran, entre otros hechos, que a poco más de 20 años de su aparición, ocupe la cuarta causa de muerte a nivel mundial. A fines del 2003, se reportó que de 34.6 a 42.3 millones de personas vivían con el VIH/SIDA y también se reportaron 2.9 millones de defunciones, que se sumaban a los cerca de 22 millones reportados hasta el año 2000, haciendo un total de 65 millones de personas afectadas, considerando las muertes ocurridas. Cada día aparecen cerca de 16,000 nuevas infecciones, es decir, 4.8 millones de personas en el mismo año.

Se estima que en América Latina y el Caribe 1 millón y medio de personas están viviendo con el VIH. Esa cifra incluye a las 200 mil personas que se infectaron en el 2003. El mismo año, murieron alrededor de 84 mil personas por la misma causa.

En América Central y México el virus se propaga principalmente por la vía sexual, aunque no se encuentre concentrado de manera homogénea entre los grupos más vulnerables.

En cuanto a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), el índice de transmisión es uniformemente alto en toda Mesoamérica, oscilando desde 9% en Nicaragua al 18% en El Salvador. Muchos de estos hombres también tienen sexo con mujeres, y pueden así transmitir el VIH/SIDA a su pareja femenina. Esta transmisión, lamentablemente, se da con facilidad por condiciones biológicas. Pero las mujeres son también más vulnerables a los devastadores efectos económicos, sociales y culturales de la infección.

Otro dato relevante es el incremento de personas infectadas entre los usuarios de drogas intravenosas (UDI), principalmente en las zonas fronterizas del Norte de México, lugar desde donde muchos migrantes de Centroamérica tratan de cruzar la frontera.

Los indicadores sobre la situación del VIH/SIDA en México y América Central nos muestran que el número total estimado de personas (adultos y niños) que vivían con el virus en dichos países a finales del 2003 era de 3,676,000; concentrándose el mayor número de personas afectadas en México, Guatemala y Honduras.

En todo el mundo, en los países tanto desarrollados como en desarrollo, ha habido un incremento alarmante del número de mujeres que han sido infectadas con VIH/SIDA, lo cual ha tenido enormes consecuencias sociales y económicas. La brecha entre la proporción de hombres y mujeres que viven con el virus, cada día se estrecha más en casi todos los países del mundo.

En relación con el número estimado de mujeres de 15 a 49 años que vivían con VIH/SIDA en la subregión a finales del 2003, México comprende el mayor número de mujeres infectadas.

### 3.2 PATOGENIA.

El SIDA es una enfermedad infecciosa causada por un virus denominado VIH. Las siglas SIDA significan:

- S** **ÍNDROME**, es decir, conjunto de manifestaciones y sensaciones (signos y síntomas) que presenta la persona y que caracterizan una enfermedad.
- I** **NMUNO**, que tiene que ver con el sistema inmunológico, responsable de las defensas del organismo.
- D** **EFICIENCIA**, debilitamiento, en este caso del sistema inmunológico.
- A** **DQUIRIDA**, que se contrae por diversas vías, que no es hereditaria.

Las siglas VIH significan:

- V** **IRUS**, agente infeccioso pequeño que invade las células vivas para poder sobrevivir.
- I** **NMUNODEFICIENCIA**, que indica que el sistema de defensas está bajo, débil.
- H** **UMANA**, que sólo daña al ser humano.

El VIH debilita el sistema inmunológico del organismo, lo hace susceptible o vulnerable para adquirir otras enfermedades, las cuales pueden llegar a producir la muerte de las personas.

Ataca fundamentalmente los linfocitos T del sistema inmunológico (incitan al ataque y defensa, controlan o suprimen la respuesta cuando los antígenos son destruidos, eliminan las células del cuerpo cuando fueron infectadas por un virus, bacteria o parásito):

- Los destruye al replicarse dentro de ellos.
- Les altera la información genética.

- Cambia la función defensiva y de ataque
- Esto ocasiona el debilitamiento de las funciones del sistema inmunológico.

### **3.2.1 Estados del VIH.**

Dentro del organismo el virus puede estar en:

*Estado inactivo o de latencia*, puede ser corto o largo, el individuo no presenta NINGUNA manifestación y aparentemente goza de buena salud.

*Activándose*, el virus comienza a destruir gran cantidad de linfocitos T. La persona infectada queda, prácticamente, indefensa ante cualquier agente dañino.

El VIH es muy vulnerable, fácilmente se inactiva o “muere” cuando está fuera de las células del organismo o es expuesto al medio ambiente exterior, a la esterilización o a desinfectantes.

### **3.2.2 Transmisión del VIH.**

El factor más importante es el contacto con líquidos y/o secreciones corporales infectados, los que tienen un número muy alto de linfocitos T donde el VIH se puede replicar son:

- **SEMEN**
- **LÍQUIDO PREEYACULATORIO**
- **LÍQUIDO DE LUBRICACIÓN VAGINAL**
- **MOCO CERVICAL**
- **FLUJO VAGINAL**
- **SANGRE MENSTRUAL**
- **SANGRE Y SUS DERIVADOS**
- **LÍQUIDO AMNIÓTICO**
- **LECHE MATERNA**

Por ello, cuando una persona está infectada por el VIH, estos líquidos y secreciones son potencialmente infecciosos. Estos son los ÚNICOS que cuentan con una gran cantidad de virus.

Para que se realice la transmisión de la infección se necesita:

- La principal condición es tener contacto con los líquidos corporales infectados,
- Vía de entrada del virus,
- Cantidad suficiente de virus que entre al cuerpo, y

Por tanto, las **vías de transmisión** son:

- SEXUAL
- SANGUÍNEA
- PERINATAL

#### *Vía sexual.*

Es la forma más frecuente de infección. El contacto con las secreciones donde se encuentra el VIH con las mucosas de vagina, pene, ano, recto e incluso la cavidad bucal, hace posible que las células de esas estructuras absorban el virus y lo introduzcan al organismo.

El riesgo de infectarse del VIH, en hombres y mujeres, se ve favorecido al tener infecciones de transmisión sexual (ITS) y/o minúsculas lesiones en vagina, cuello del útero, pene, ano, recto, boca, garganta.

#### *Vía sanguínea.*

Es la entrada más directa al organismo mediante el uso de jeringas, agujas o instrumental infectado; transfusiones de sangre o sus derivados y, contacto con sangre fresca infectada en una herida.

### *Vía perinatal.*

Se refiere a la transmisión del virus de una mujer embarazada portadora del VIH a su hijo que está por nacer. La infección se produce cuando el virus atraviesa la placenta durante la gestación; si al cortar el cordón umbilical se produce intercambio de sangre de la madre al hijo; al momento del parto o cesárea, si es que se produjeron rasguños en la piel del bebé; al amamantar al niño con leche materna o si al succionar, el niño chupa sangre.

La posibilidad de que el niño se infecte o no durante el periodo de gestación está relacionada con varios factores, entre otros, el mes de embarazo en el que estaba la madre cuando se infectó o la etapa de la enfermedad en la que estaba al producirse el embarazo.

Por lo contrario, el virus **NO** se transmite por compartir asientos de excusados, lavabos, bañeras, albercas o medios de transporte; tocar saliva, lágrimas, estornudos, excremento o expectoraciones; usar los mismos trastos, prendas de vestir limpias, ropa de cama o toallas; por beber del mismo vaso, platicar, saludar, abrazar, besar o dormir junto a una persona que vive con el virus o por picaduras de insectos.

### ***3.2.3 Prácticas de riesgo.***

No existen grupos de riesgo, sino prácticas de riesgo, es decir, conductas que se relacionan con la transmisión del virus. Las prácticas de riesgo son:

VÍA SEXUAL	VÍA SANGUÍNEA	VÍA PERINATAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No usar protección durante las relaciones sexuales, con penetración e intercambio de fluidos.</li> <li>• No protegerse cuando se tengan relaciones pene-vagina, pene-ano, pene-boca, vagina-boca, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartir, pedir o prestar jeringas o agujas para administrarse drogas por vía intravenosa.</li> <li>• Aceptar sangre no analizada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El riesgo está en embarazarse si se sospecha que se tiene el virus, o se han tenido prácticas sexuales de riesgo.</li> </ul>

Por vía sexual, si se pudieran graduar los riesgos, éstos serían:

ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penetración por ano o vagina sin protección. Porque se producen pequeñas escoriaciones que propician la entrada directa del VIH al torrente sanguíneo.</li> </ul>
BAJO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto boca-genitales.</li> <li>• Besos profundos cuando existen lesiones en las encías, boca o garganta.</li> </ul>
NULO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caricias, abrazos, masajes.</li> </ul> <p>Cuando no hay penetración ni intercambio de fluidos que pueden estar infectados.</p>

### **3.2.4 Etapas de la infección.**

El SIDA es la máxima expresión de la gravedad de la infección causada por el VIH. Pero antes que la persona pueda desarrollar la enfermedad, su organismo pasa por otras fases o etapas.

PRIMERA ETAPA. PERIODO DE VENTANA. Es cuando la persona entra en contacto con el VIH y éste infecta su organismo, como respuesta el sistema inmunológico empieza a formar anticuerpos contra el virus. Generalmente, esta etapa pasa desapercibida, sin embargo, desde este momento la persona ya es portadora del VIH y puede transmitirlo a otras personas.

SEGUNDA ETAPA. ASINTOMÁTICA. El VIH permanece inactivo dentro de las células sin causar daño, la persona no siente ninguna molestia. Es a partir de esta etapa (3 meses después de la infección) que se puede detectar mediante pruebas de laboratorio.

TERCERA ETAPA. SINTOMÁTICA. Es la fase donde el virus se activa, es decir, se empieza a replicar y ataca a los linfocitos T, haciéndolos perder su capacidad de defender al organismo de agentes infecciosos. Se presenta inflamación de ganglios, cansancio constante, fiebres, diarreas, pérdida de peso, sudores nocturnos.

CUARTA ETAPA. SIDA. Es el conjunto de manifestaciones en el organismo y malestares que siente la persona cuando su sistema inmunológico se ha deteriorado gravemente. Hay desgaste físico, pérdida considerable de peso, fiebre, agotamiento, aparición de enfermedades oportunistas, cáncer, alteraciones del sistema nervioso y de la conducta.

### **3.3 PRUEBAS DE DETECCIÓN**

Las pruebas de laboratorio que existen para detectar la presencia del VIH son:



- La prueba de ELISA (Ensayo Inmunoenzimático Ligado a Enzimas); se requiere una muestra de sangre, a través de un análisis se detecta la presencia de anticuerpos del VIH. Si existen, el resultado es positivo o reactivo. Tiene una sensibilidad del 99.9%
- La Western Blot, es la confirmatoria de la ELISA, se realiza cuando el resultado fue positivo; se detectan algunas sustancias específicas del virus y se confirma la presencia del VIH.

### **3.4 TRATAMIENTO DEL VIH**

Debido a que el VIH es un retrovirus (un virus que contiene material genético ARN en vez de ADN; para que el virus se reproduzca a sí mismo dentro de una célula infectada, su ARN se debe convertir a ADN, esto lo hace utilizando una enzima llamada transcriptasa reversa), los medicamentos son principalmente antiretrovirales.

El tratamiento es una terapia combinada de tres drogas:

- NRTTIs (Nucleósidos Inhibidores de la Transcriptasa reversa),
- NNRTIs (No Nucleósidos Inhibidores de la Transcriptasa reversa).
- IP (Inhibidores de Proteasa) y,
- Medicamentos profilácticos.

### **3.5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS**

Cuando se informa a la persona, es esencial decirlo de manera directa, ya que al evitar los hechos de su diagnóstico origina más dificultades para su ajuste y añade resentimientos y falta de confianza para el trato subsiguiente con los profesionales de la salud. El saber que se está infectado por el virus del SIDA incluye cierto aspecto de choque, que puede originar una reacción de incredulidad, así como una reacción catastrófica que puede incluir enojo verbal, llanto, agitación física, miedo, etc.; en este momento, pueden no registrarse plenamente las explicaciones proporcionadas por quien entrega el resultado reactivo.

Un diagnóstico de VIH/SIDA tiene profundas implicaciones para la persona, entre las más destacadas encontramos:

- *Sentimiento de “indefensión”.*

Surge en los primeros meses después de la noticia, originado por la predicción de la muerte próxima, que la mayor parte de las personas relacionan con el diagnóstico; el reconocimiento de que aún no hay cura; que personas cercanas estén muriendo debido a la enfermedad.

- *Control personal.*

Las personas infectadas piensan que tienen un control muy reducido de su propia vida junto con las opciones disponibles para ellos, resaltando su impotencia sobre el síndrome que puede llevar a una sensación de desesperanza que inhibe acciones futuras constructivas. Una actividad que ayude a reducir la inseguridad y la sensación de pérdida de control, promueve el ajuste realista y mejores relaciones interpersonales.

- *Implicaciones sociales*

El SIDA es una enfermedad gravemente estigmatizada que suele ser recibida en la sociedad con temor y rechazo, originando en la persona un gran temor de enfrentar su realidad: eligen conservar el diagnóstico sólo para ellos, ya sea por temor a la reacción de los otros (familia, amigos, pareja, trabajo, etc.), lo que lleva a un aislamiento social.

- *Ansiedad.*

Su aparición está relacionada con situaciones como el pronóstico y evolución de la infección, los efectos secundarios de la medicación, la capacidad que se tiene para hacer frente a la reacción de los otros cuando se enteren, la pérdida de las habilidades físicas, sociales, ocupacionales.

- *Depresión.*

Resultado de la desesperanza para cambiar las circunstancias, disminución de la calidad de vida; futuro sombrío, quizá doloroso, incómodo y desfigurante; autculpa; recriminaciones por conductas, sobre todo sexuales, pasadas; aislamiento social.

- *Enojo.*

Sobre el estilo de vida y actividades pasadas de alto riesgo, incapacidad para vencer el virus y por las nuevas restricciones involuntarias para el estilo de vida.

De esta manera, podremos abordar con mayor conocimiento las implicaciones que se encuentran relacionadas de la infección por VIH/SIDA en la mujer.

## CAPÍTULO 4

### MUJER Y VIH / SIDA

*El problema central de la infección con VIH en las mujeres no puede solucionarse con posters, campañas de información o sistemas de distribución de condones. El punto central no es tecnológico o biológico: es el rol o estatus inferior de las mujeres. Al punto que, cuando los derechos humanos y la dignidad de las mujeres no son respetados, la sociedad crea y favorece su vulnerabilidad al VIH.*

*Jonathan Mann*

Al inicio de la epidemia, las mujeres eran ligeramente consideradas en riesgo de un virus que parecía limitado a “*grupos de riesgo*”: hombres homosexuales, a aquellos que se dedicaban a la prostitución y a usuarios que consumían drogas intravenosas; esto encaminó todos los esfuerzos hacia la prevención y atención del VIH/SIDA en estas poblaciones.

A excepción de las trabajadoras sexuales –quienes fueron “*atendidas*” más por su carácter de transmisoras del virus a sus clientes que por un interés particular en ellas-, la mayoría de las mujeres quedaron fuera de las políticas de atención.

Todos los recursos disponibles para detener el avance de la infección se centraron en *poblaciones de riesgo*, lo que obstruyó la percepción de la situación que se presentaba a las mujeres ante el VIH/SIDA.

#### **4.1 SEXUALIDAD FEMENINA.**

Hablar de sexualidad es hacerlo de un concepto muy amplio, Foucault (1995) menciona que el término fue usado hasta el siglo XVIII. Anteriormente sólo se hablaba de dos sexos (hombre y mujer) y las relaciones sexuales eran exclusivamente para la reproducción. Las investigaciones psicológicas, antropológicas y sexológicas han enriquecido este concepto al grado de tomarlo como una más de las expresiones inherentes al hombre; donde se implican además de elementos relativos al comportamiento y componentes sociales. La cultura como producto multifacético de formaciones sociales, también es una cultura en la cual el mayor productor es el varón, el dominante, el poseedor de control. Y es en esa cultura en la que estamos inmersos hombres y mujeres, y en donde aprendemos desde el inicio sobre lo que debemos ser. En este sentido, existen creencias culturales que sostienen un dominio masculino y que contribuyen a hacer a las mujeres vulnerables sexualmente; aunado a esto, existe el hecho de que la sexualidad masculina es vista como predominante y necesaria de satisfacer. Esto produce que la identidad femenina se deba ajustar y subordinar a un código verbal en el que no sólo las palabras para referirse de la especificidad de ser mujer (Bedolla, Bustos, García y Parada, 1998 y Flores, 2001). Se puede observar desde otra perspectiva el cómo nuestra sexualidad es influida por el contexto social, siendo el poder el eje central que la determina y no fundamentos biologists considerados como “naturales”.

La sexualidad rebasa al cuerpo y al individuo, es un complejo de fenómenos biosocioculturales que incluyen a los individuos, a los grupos, a las instituciones y a las concepciones del mundo; sistemas de representaciones, simbolismos, subjetividad, ética, lenguaje, etc. La sexualidad es un atributo histórico de los sujetos, de la sociedad y de las culturas. Por tanto la sexualidad es un elemento

organizador y núcleo de identidad de grupos que se constituyen en torno suyo, como los géneros y la identidad de cada individuo.

El estudio de la sexualidad se puede dar desde varios puntos de vista, así para Lizarraga (1989) es:

*“... un proceso evolutivo, una experiencia personal y una expresión del comportamiento... Nuestra sexualidad es parte de nuestra identidad básica: se expresa en nuestro estilo de vida, en nuestros papeles sexuales, en los modos que tenemos de expresar nuestro afecto y también nuestro comportamiento erótico.”*

La sexualidad tiene una vertiente biológica que responde a la procreación y a la respuesta genital y, a una vertiente psicosocial, donde desde pequeños adoptamos ideas y actitudes que vienen modeladas por la familia, con valores éticos, morales y sexuales que regulan nuestra conducta. La sociedad tiene valores muy arraigados en cuanto al matrimonio monogámico, donde se impone una conducta para el hombre y otra para la mujer, creando exigencias que muchas veces no son satisfactorias para los individuos.

Existen distintos planteamientos teóricos que desarrollan la manera cómo se percibe socialmente la sexualidad femenina. Uno de los enfoques más interesantes es el de Tinedo (2000) que señala que el cuerpo femenino ha sido considerado como “cuerpo para otros”, plantea que las fases de la historia de la mujer pasan por las modificaciones y alteraciones de su cuerpo. La preservación y la custodia del núcleo familiar, el embarazo y la función materna han marcado el cuerpo de la mujer como un “cuerpo para otros”: para la procreación o para el goce del hombre. Se plantea que, incluso, el hecho de la penetración durante el acto sexual se ha interpretado culturalmente como apropiación.

“La sexualidad femenina constantemente ha sido enfocada por el hombre con admiración y denigración, es decir, la conceptualización actual de la sexualidad femenina trae consigo contradicciones inherentes; a la mujer se le ve como atractiva/seductora y, al mismo tiempo, como temible/peligrosa. Estas contradicciones reflejan el horror y el temor que la sociedad siempre ha asociado al cuerpo de la mujer y a la sexualidad femenina, afectando directamente a la mujer ya que en ella se produce una dualidad de su feminidad, resultando en una identidad femenina fragmentada” (Levy, 1999). La fragmentación de la identidad femenina trae consigo insatisfacción con la propia imagen corporal, generando conflictos e incertidumbre en la expresión de los deseos sexuales.

Así, nos damos cuenta que el componente erótico se ve minimizado, por razones de poder, hasta el grado de eliminarse como uno de los rasgos fundamentales de la sexualidad femenina. Nos encontramos que se enaltece la función reproductiva como un rasgo único de *deber ser*.

Para la mujer no hay salida: o reprime su propia sexualidad para ser amada, respetada y encontrar un puesto como mujer-madre, u opta por transformarse en un instrumento de placer que el hombre usará y dejará pasar. Es indudable y lógico que la mujer elegirá la primera opción; todas se sienten forzadas a ser aceptadas como mujer-madre, renegando de sí mismas como mujeres de placer, tal como se espera socialmente.

Debemos tomar en cuenta que la sexualidad humana es cultural, donde se pone de relieve al género como el que configura y normaliza la sexualidad y no sólo al sexo anatómico; donde las diferencias no son exclusivamente sexuales, sino genéricas.

Las normas de género interfieren en los conocimientos y prevención del VIH/SIDA en hombres y mujeres, lo que unido a las actitudes y comportamientos conforman el riesgo individual a la infección. Estas normas y representaciones llevan a

establecer estereotipos y patrones de moral sexual desiguales para las mujeres, determinando así comportamientos diferentes de exposición a la infección por VIH/SIDA, lo que favorece el riesgo de la infección en la mujer.

Al respecto de la sexualidad femenina, Bleichmar (1997, pp. 98) pone a trabajar a las distintas propuestas de sexualidad desde un nivel de género,

*“... entendiendo por tal, una perspectiva que no ignore la unilateralidad de los mensajes implantados durante la infancia, que no ignore que el cuerpo no es la fuente de los sentimientos y de la pulsión, sino que los significados que se instituyen se han construido por el entrecruzamiento de tres dimensiones humanas: la institución, el mito y el fantasma.”*

La penosa realidad es que muy pocas mujeres se informan sobre su sexualidad y su cuerpo y, son mínimas las que se arriesgan a hablar sobre el tema sin sentir culpa y como si cometieran actos impúdicos, contrarios a la moral. La ignorancia, en este terreno, es determinante: lo poco que se sabe se presenta cubierto de vergüenza y se susurra en la más total confidencia aunque, después, a la luz de la razón, uno se pregunte las causas por las que el tema es indigno de una mujer que se respete.

Frente a la propia genitalidad, la mujer se comporta como si fuera la portadora de un mal inevitable, de un peligro siempre al acecho, de un mecanismo explosivo que impulsa a seguir sus pasos fatales. Este temor se revela en un abismo de ignorancia con respecto a su propia conformación unido a una persistente resistencia a aprender, rechazando su corporalidad y confrontando su propio cuerpo.



El cuerpo es un lugar de registro de las necesidades, lugar de deseo, de afectos, de emociones y la historia de un sujeto puede ser analizada desde esta perspectiva: la relación de un cuerpo con otros, lo que se da en sucesivos vínculos, registrándose experiencias de placer, de dolor, de satisfacción, de frustración, presencia y ausencia de otros. En esta sucesión de vínculos cada uno constituye su esquema corporal, vivencia emocional de identidad, a la vez que se conoce el mundo exterior que es el escenario de sus vivencias. También está instaurada la idea de que cuando la mujer se enamora y se casa, va a alcanzar una vida sexual satisfactoria, aunque lo romántico es una ilusión inalcanzable.

El temor está dirigido por el rechazo a intervenir en forma directa sobre nuestro cuerpo; pero, lo que en gran medida entra en juego es el rechazo profundo a conocerse, tocarse, hacer propia una región de sí que la mujer, desde siempre, ha considerado extraña y prohibida.

La genitalidad, el autoerotismo, el cuerpo como vehículo de placer son los vínculos con la mujer "mala", negando así estas conductas al resto de la sociedad. Se ha restringido tanto la observación directa de la conducta sexual como el acceso a la información. Seguimos inmersos en una era sexual oscurantista, especialmente alrededor de la sexualidad femenina; a pesar de los avances científicos con respecto al papel de las hormonas, los anticonceptivos y a la prevención de infecciones de transmisión sexual, no han variado mucho los prejuicios. La realidad es que la sociedad tiene una doble moral: por un lado, se muestra más abierta e informada pero, por el otro, aún continúa condenando la homosexualidad y escandalizándose frente a temas de educación sexual y aborto.

La sexualidad es una fuente de placer y también de frustración, e impregna a todos y cada uno de los actos de la vida cotidiana.

## **4.2 VIH/SIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

El género determina lo que se espera de hombres y mujeres, incluidos sus comportamientos sexuales. Por lo general, los hombres son socializados fuera del hogar con el apoyo de sus pares fuera de la casa. En contraste, las mujeres son socializadas en el hogar. Como resultado de esto, las mujeres están a menudo poco informadas sobre la sexualidad, el sexo se convierte en la mayoría de las veces en sinónimo de reproducción y es así como generalmente la maternidad se convierte en el principal referente de la identidad femenina (Campbell, 2001 y BBC, 2004).

Históricamente la sexualidad de las mujeres ha estado determinada por la ideología patriarcal. Hoy día debido a los niveles culturales, de normatividad, sociales y al manejo de la sexualidad, la mujer pocas veces tiene el control de su propia vida, de su sexualidad y capacidad reproductiva. Todos hablan y deciden por ella y, frecuentemente, asume un papel pasivo en las relaciones con su pareja.

Las mujeres están determinadas por un conjunto de definiciones y relaciones sociales genéricas, de clase social, edad, escolaridad, religión, nacionalidad, etc. Cada mujer se constituye y tiene como contenido y como identidad, esa síntesis de hechos socioculturales que confluyen en ella y son únicos, pero al mismo tiempo, por semejanza permiten identificarla con otras mujeres en su situación similar. La mujer no tiene existencia material, es una categoría producto de la abstracción de un conjunto de características que comparten todas las mujeres.

A pesar de que cada mujer es y vive diferente a las demás, hay ciertos aspectos que todas ellas comparten sin importar el lugar geográfico en el que se encuentren, y todo ello se debe a que comparten la categoría genérica de ser mujer. Como lo menciona Serret (2001, pp. 143):

*“Lo femenino, por su relación con el cuerpo, por su lazo con la biología y por su sexualidad, tiene como resultado la*

*resignación social de lo femenino que se convierte, por asociación, en un problema de primera importancia para la discusión pública, donde hay que cuestionarse si la esencia femenina está marcada por un destino biológico y, si éste debe ser determinante de su destino social.”*

La representación social de la mujer es el construir, comunicar y compartir sus diferentes mundos interiorizados y todo aquello que hace su existencia y le da sentido a ésta.

A nivel psicológico para las mujeres ha sido muy fuerte enfrentarse al conocimiento de que su pareja (a veces por muchos años) sea bisexual. Sin embargo, las actitudes de apoyo y solidaridad hacia sus parejas no cambian, su rol de cuidadora asignado socialmente, se antepone a sus sentimientos de coraje y frustración ante la infidelidad y el engaño de su pareja. Recordemos que la identidad femenina se define socialmente por la disponibilidad y dedicación al cuidado de otros; prácticamente la mujer es para los otros, su valor se mide en función de esa entrega y de su capacidad para renunciar a sí misma a favor de las necesidades de sus seres queridos. Cuidarse a sí misma o atender sus deseos y necesidades, con frecuencia es interpretado como egoísmo y traición (Alba, 2004).

La mujer, sobre todo la que tiene una pareja estable, es monógama y ama de casa, no se siente en riesgo de adquirir el virus del sida. Además, socialmente no está en la posición de exigir protección, ya que su sexualidad no le pertenece, es usada y tomada cuando el hombre decide. De acuerdo a la construcción social de género la mujer no se considera, ni es considerada, sujeto a título propio y con decisión independiente. Los encuentros sexuales no pueden ni deben ser buscados o iniciados por ella; su papel es esperar a que el varón demuestre ese deseo, para entonces complacerlo con la esperanza de recibir su amor y reconocimiento. Muy remota sería la aceptación de una sexualidad activa e

individual y, por lo tanto, la consecución del cuidado de sí misma, ya sea para evitar un embarazo o cualquier infección de transmisión sexual (Ladi, 1999).

A las mujeres les resulta difícil llevar la iniciativa sexual en una relación ya que, están muy poco acostumbradas a pedir explícitamente al hombre lo que quieren sexualmente. Las mujeres tienen una falta de repertorio adecuado de respuestas de enfrentamiento en la relación sexual con su pareja; la aceptación de un papel sumiso y pasivo en las relaciones sexuales, el temor de comunicarse con su pareja sobre cuestiones sexuales y el temor al abandono tiene una relación muy estrecha con la falta de información sobre VIH/sida, así como bajos niveles de autoestima.

Es más frecuente que el varón abandone a la mujer que está infectada y evada todo tipo de responsabilidades, tanto económicas, emocionales y con los hijos, a pesar que en muchas ocasiones él fue quien trajo el VIH a la relación.

#### **4.3 MUJER: VULNERABILIDAD Y VIH/SIDA.**

Por más de 20 años, desde que inició la pandemia, y por el comportamiento de la misma, la forma de abordarla también ha ido cambiando. El enfoque de riesgo, basado en la señalización debido a un comportamiento individual y a la pertenencia a un grupo específico de la población ha quedado superado, dando paso a un abordaje a partir del concepto de vulnerabilidad.

La noción de vulnerabilidad, cuyo origen se encuentra en los principios básicos de los derechos humanos, puede ser entendida como una condición social que coloca a un individuo en una situación de riesgo ante alguna situación específica. Encontrarse en una situación de vulnerabilidad incapacita y/o inhabilita a una persona de manera inmediata o a futuro, comprometiendo su bienestar físico (calidad de vida, alimentación, salud), material (economía, vivienda, vestido) y el de las personas que lo rodean (Liguori et al, 2005).

La adaptación del concepto de vulnerabilidad al campo del VIH/SIDA, permite situar las acciones en un campo mucho más amplio, ya que supera en gran medida la noción de riesgo individual y permite visualizar situaciones de inequidad y desigualdad social que comprometen la salud y la vida de las personas ante la infección. Estas inequidades y desigualdades llevan a pensar en soluciones a partir del cambio en las estructuras sociales, y a comprender que es mejor hablar de vidas que transcurren en el riesgo, que de “prácticas de riesgo”.

El papel de las mujeres en la epidemia, ha sido secundario, tanto por su relativa poca participación en las tasas iniciales, como por la idea de que las mujeres no estaban en riesgo de adquirir el virus. Es así, como en un inicio, los grupos de mujeres a los que se prestó atención fue al de las trabajadoras sexuales y, a veces, el de las mujeres embarazadas que vivían con VIH. Sin embargo, el interés particular hacia ellas se fundamentaba sobre todo en la preocupación de que eran mujeres “*transmisoras*” del virus y, por ende, un peligro –tanto para los hombres clientes o parejas de estas mujeres, como para sus hijos- más que en un real interés de proteger a la población (Herrera, 2002; Volkow, 2005).

Esta invisibilidad de las mujeres en la epidemia, además del estigma, los prejuicios y la discriminación, hicieron que la mayoría de las mujeres se percibieran fuera de riesgo y que fueran pocas las estrategias destinadas a prevenir la transmisión en mujeres, lo que facilitó el incremento de los casos.

Se puede afirmar que la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA tiene varias formas: la biológica, la epidemiológica y la social (Magis, 2003; ONUSIDA, 2004):

➤ **Factor biológico**

Las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables a la infección por VIH/SIDA porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en

los fluidos vaginales, y porque algunas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) son frecuentemente más asintomáticas y no tratadas en las mujeres que en los hombres, lo que debilita la mucosa vaginal y permite la entrada del virus. Este riesgo es mayor en niñas y adolescentes, pues sus genitales aún no han madurado, lo que impide que la mucosa funcione como una barrera efectiva contra agentes patógenos, en este caso, el VIH.

➤ ***Factor epidemiológico***

Las mujeres tienden a casarse con hombres mayores, de tal manera que es muy probable que ellos hayan tenido más parejas sexuales, lo que incrementa la probabilidad de adquirir VIH/SIDA. Por otro lado, las mujeres, por razones obstétricas, son más susceptibles de recibir transfusiones sanguíneas.

➤ ***Factor social***

Al hablar de vulnerabilidad social de las mujeres ante el VIH, siempre debe tenerse claridad sobre la cuestión de la construcción de género, pues es justamente esta construcción social de lo femenino y lo masculino, estas expectativas compartidas sobre el comportamiento de hombre y mujeres, lo que ha llevado a las mujeres a adquirir el virus. Además, es necesario tener presente que el VIH/SIDA, al estar asociado con la sexualidad y con las diversas maneras de vivirla, se ha asociado con la discriminación y se le ha identificado como un estigma: en las sociedades muy conservadoras, el coito sólo se permite o se acepta en las relaciones heterosexuales y dentro del matrimonio. Así las cosas, el papel de la mujer en la sociedad ha estado supeditado a las decisiones y los deseos del hombre.

Las mujeres han sido vistas no como iguales, sino como seres inferiores, que no pueden tomar decisiones propias y cuya función principal debe ser la reproducción social de la familia, pues se le ha encomendado el cuidado de los hijos y del núcleo doméstico. Esta imposibilidad de tomar decisiones se refleja en la vulnerabilidad ante la infección.

Las desigualdades sociales y económicas hacen más vulnerables a las mujeres ante la infección de maneras directas e indirectas; un menor grado educativo puede ser un factor importante, pero muchas veces no relacionado, para que una mujer no se proteja de cualquier infección de transmisión sexual: si carece de la información más básica acerca de la transmisión y de los métodos que existen para prevenirla. Esto no quiere decir que a menor nivel educativo hay más riesgo; hay mujeres profesionistas que cuentan con información y saben los métodos de protección y, aún así, mantienen relaciones de riesgo.

En el ámbito de la sexualidad, la construcción de la feminidad y la masculinidad ha puesto a hombres y mujeres en situaciones de desventaja: a ellos se les permite tener múltiples parejas sexuales, siempre y cuando sean otras mujeres; se les niega el derecho a elegir su preferencia sexual, por lo que muchos hombres mantienen relaciones homosexuales clandestinas que ocultan a su esposa o pareja femenina. Por otro lado, en las mujeres se ha valorado la fidelidad y a monogamia, y se les ha negado la posibilidad de exigir lo mismo de su pareja; además, el papel pasivo que se espera de ellas en la práctica de la sexualidad, les impide tomar medidas para protegerse de ITS, embarazos no deseados y/o VIH (Rico et al, 1999).

La situación de desventaja de la mujer es muy compleja, pues incluso algunas mujeres que no adoptan las actitudes del rol femenino tradicional tampoco les proponen a sus compañeros sexuales el uso del condón. Hay mujeres que, aunque cuestionan los roles tradicionales y las conductas que se esperan de ellas, han encontrado muy difícil cambiar lo referente a los códigos de comportamiento sexual ya que, hay ciertas reglas culturales que pueden dificultar que se hable abiertamente de sexo si no desean que las tachen de ser una “mujer mala”. Kendall y Pérez Vázquez (2004) mencionan que esto se podría deber a que la cultura sexual dominante hace a las mujeres más vulnerables a la infección por VIH/sida, debido a que la moral de género desalienta el conocimiento del cuerpo y de la propia sexualidad.

No todas las mujeres tienen el mismo grado de riesgo. Un ejemplo de esto, es el alto valor que la cultura confiere a la virginidad, hecho que en no pocas ocasiones lleva a las mujeres a la realización de prácticas de riesgo, como son las relaciones anales sin protección, con la finalidad de conservar la virginidad y evitar el embarazo, o bien, para complacer a la pareja, sin percibir que ésta práctica realizada sin protección, es la de mayor riesgo para infectarse de VIH/SIDA, en caso de que el compañero esté infectado. Así, muchas mujeres pueden sospechar que su compañero mantiene relaciones con otra persona, y son incapaces de negociar protección para ellas durante la práctica sexual consensual, por temor a ser abandonadas o a no ser queridas. O bien, porque las mujeres han sido socializadas para dar placer como una deferencia a los hombres, olvidando su propio placer y erotismo. De hecho, es una práctica culturalmente aceptada la infidelidad de los hombres casados, por lo que las relaciones sexuales y la violencia sexual contra las mujeres, se relacionan con el género y las consecuencias inherentes para la adquisición de VIH/SIDA.

Pero la subordinación sexual de las mujeres las coloca en riesgo de infección no sólo en la adolescencia sino en el transcurso de su vida, pues mientras persistan las medidas de poder por razones de género, enraizadas profundamente en nuestra cultura, las mujeres continuarán impedidas de decidir y resolver sobre su vida sexual y su cuerpo. Negociar cuándo se tienen relaciones sexuales, de qué forma, exigir el uso del condón o rechazar las relaciones son, en su gran mayoría, situaciones muy difíciles de sobrellevar para las mujeres; hacerlo implica la posibilidad de violencia, desconfianza y recriminación, de abandono, etc. Es por ello que el papel de la mujer en lo sexual sigue siendo, por lo general, pasivo y poco asertivo y, el del hombre activo y resolutivo, siendo coherentes con los modelos socialmente aceptados de feminidad y masculinidad (Heyzer, 2004; Lalasz, 2004; Women, 2004).



#### 4.4 LA SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN LAS MUJERES.

Hoy, el VIH ha infectado a decenas de millones, muchos de ellos mujeres que contrajeron la infección de sus esposos o parejas. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) hay 16.4 millones de mujeres infectadas por el VIH, han muerto de SIDA 9 millones de mujeres (y 8.5 millones de hombres) y que cada día se infectan 150,000 personas en todo el mundo, lo que equivale a 5.3 millones de infecciones anuales y a 10 infecciones por minuto. Además, 70% de las nuevas infecciones ocurren en mujeres. Esto pone de manifiesto que la infección ha dejado de ser propia de hombres homosexuales y consumidores de drogas y de trabajadoras sexuales; la epidemia ha tocado al grupo de *supuesto menor riesgo*: las mujeres casadas, monógamas.

**CUADRO 1**  
**DATOS ESTADÍSTICOS Y CARACTERÍSTICAS REGIONALES DEL VIH/SIDA, 2003**

REGIÓN	ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVEN CON VIH	PORCENTAJE DE MUJERES DEL TOTAL DE ADULTOS INFECTADOS POR VIH	MODO PRINCIPAL DE TRANSMISIÓN
América Latina	1.4 – 1.9 millones	30	Heterosexual HSH*, UDI**
Caribe	350,000 – 590,000	50	Heterosexual, HSH
América del Norte	790,000 – 1.2 millones	20	HSH, UDI, Heterosexual

\* Hombres que tiene sexo con otros hombres

\*\* Usuarios de drogas intravenosas

Fuente ONUSIDA, Situación de la epidemia del SIDA, Diciembre 2004

La epidemia está presentando un patrón de *heterosexualidad*, donde el incremento en la tasa de infección por VIH refleja la incidencia creciente de la transmisión heterosexual a nivel mundial (ONUSIDA, 2004).

**CUADRO 2**  
**CASOS DE SIDA POR SEXO**  
**15 de Noviembre del 2005**

<b>SEXO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Hombres	82,382	83.3%
Mujeres	16,551	16.7%
Total	98,933	100.0%

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

En el caso de México, al iniciar el presente milenio se estimó que alrededor de 150 000 personas se encontraban infectadas por el VIH. La relación hombre-mujer pasó de 23:1 al comienzo de la epidemia, a 6:1 en la época actual y la principal vía de infección es la sexual en las mujeres con práctica heterosexual.

**CUADRO 3**  
**CASOS NUEVOS Y ACUMULADOS DE SIDA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y**  
**MÁS, SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN**  
**México 1983 - 2004**

<b>CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN</b>	<b>CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL 2004</b>		<b>CASOS ACUMULADOS 1983-2004</b>	
	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Transmisión sexual	3,973	99.7	52,013	94.2
Homosexual	934	23.4	16,071	29.1
Bisexual	719	18.0	11,411	20.7
Heterosexual	2,320	58.3	24,531	44.4

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

El VIH/sida se ha convertido en la peor pandemia en la historia mundial, de la cual nadie está inmune sin importar el género, la raza, clase u orientación sexual.

En cuanto a la infección por vía sexual, podemos señalar que en nuestro país, el VIH se ha introducido en las parejas heterosexuales debido a la bisexualidad de

los varones: de los 26,141 casos de hombres adultos notificados hasta el 1 de abril de 1997, el 26.8% manifestó ser bisexual. Es una de las causas de mayor peso de la infección en el sexo femenino.

Nuestro país ha visto crecer la epidemia en la población femenina al pasar de los años. Para 1985-1986, la proporción de mujeres que vivían con VIH era de 3% con respecto al resto de la población adulta. A partir de ese momento aumentó a 11% en 1987-1988, luego al 15% en 1989-1990 y se ha mantenido desde 1991 entre el 14% y 16% (Del Río, 1995; CONASIDA, 2003; Magis, 2003). Así entonces, en 1987 había 23 casos en hombres por cada mujer reportada, a partir de 1996 se ha establecido la relación de 6:1.

**CUADRO 4**  
**CASOS NUEVOS Y ACUMULADOS DE SIDA, SEGÚN GRUPOS DE**  
**POBLACIÓN**  
**México 1983 - 2004**

GRUPO DE POBLACIÓN	CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL 2004		CASOS ACUMULADOS 1983-2004	
	Número	%	Número	%
Menores de 15 años	92	2	2,319	2.5
Hombres adultos	3,240	78	76,316	82.1
Mujeres adultas	837	20	14,363	15.4

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Hasta 1991, la principal vía de transmisión en mujeres había sido la transfusión sanguínea. Sin embargo, por las medidas preventivas fue perdiendo fuerza, quedando como primera vía la transmisión heterosexual que figura en más de 40% de los casos en mujeres.

**CUADRO 5**  
**CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN**  
**15 de Noviembre del 2005**

CATEGORÍAS	PORCENTAJE
<b>Sexual</b>	<b>92.2%</b>
HSH	47.7%
Heterosexual	44.5%

CUADRO 5. Categorías de transmisión. 15 de Noviembre del 2005.

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA

En México, existen diferencias significativas en las vías de transmisión predominantes entre hombres y mujeres. En hombres, más de 40% de los casos se dieron por transmisión homosexual-bisexual, seguido por 20.3% que fueron por vía heterosexual. En el caso de las mujeres, más de 40% de los casos fueron por transmisión heterosexual.

**CUADRO 6**  
**PORCENTAJE DE CASOS DE VIH/SIDA EN MUJERES Y HOMBRES, POR VÍA**  
**DE TRANSMISIÓN, 2002**

VÍA DE TRANSMISIÓN	MUJERES	HOMBRES
Heterosexual	41.90	20.30
Homosexual	-----	41.30
Sangre	19.20	3.80
Perinatal	4.30	0.80
UDI	0.50	0.60
Otros	34.10	0.50
Desconocido	-----	32.80

Se ha ido dando un proceso de “feminización” de la epidemia.

A partir del significativo incremento en el número de mujeres que viven con VIH, empezó a surgir la preocupación particular en ellas, ¿por qué comenzaron a infectarse si, aparentemente, no se encontraban en ningún grupo particular de riesgo y sus estilos de vida y prácticas tampoco eran riesgosos? Las respuestas estaban en lo que alguna vez las había colocado como un grupo de no riesgo: los valores culturales sobre la sexualidad femenina.

Otro de los aspectos más importantes, me atrevería a decir que es el principal, de los factores para que aumente la vulnerabilidad de las mujeres para infectarse de VIH/SIDA es la violencia.

#### **4.5 VIH/SIDA Y VIOLENCIA EN LA PAREJA.**

La violencia es una conducta humana que busca someter y controlar, no sólo se lesiona el derecho de otra persona, sino que además le imponen un comportamiento para hacer o no hacer. Así quien actúa de manera violenta somete y controla la voluntad del otro.

Actualmente hay evidencia empírica que muestra que los factores macro económicos y políticos que exacerban las inequidades de género radican en el núcleo de la epidemia, influenciando directamente la rapidez de su propagación.

La violencia de pareja, como se abordó en el capítulo anterior, es una de las formas más graves contra la mujer; la alta incidencia de relaciones sexuales forzadas y la incapacidad de negociar sexo seguro, contribuye a una rápida propagación de la infección entre las mujeres debido a que no cuentan con reconocimiento social o seguridad económica, o cuyas relaciones sexuales tienen lugar en contextos de abusos y amenazas.

La violencia de pareja, sobretodo cuando existe violencia sexual, daña la salud reproductiva de la mujer directamente al causar embarazos no deseados, ITS (infecciones de transmisión sexual), incluyendo el VIH/SIDA, e indirectamente al causar daño emocional y comportamientos que las llevan a una variedad de conductas sexuales arriesgadas.

Es por lo anterior, que los casos de mujeres infectadas de VIH/SIDA van aumentando, por todas las concepciones en las que crecemos y nos educamos. Ante la aparición del virus, las mujeres no tienen una clara conciencia de estar en riesgo.

Río y Liguori (2000) mencionan que esto se puede deber a la falta de información o a que no saben nada de los hábitos sexuales de su pareja. Pero muchas veces aunque tengan el temor de contraer VIH/SIDA o cualquier otra infección o quieran adoptar conductas menos riesgosas, las mujeres no tienen el poder para hacerlo. Algunas razones pueden ser: la dependencia económica, al temor a perderlo o al temor a la violencia física; la sugerencia del uso del condón masculino implica desconfianza en la lealtad de la pareja, con o sin razón para dudar.

Para las mujeres que son víctimas de relaciones violentas, negociar el uso del condón también llega a ser muy difícil. La amenaza constante sirve para lograr que se sientan vulnerables y permite que el hombre mantenga el control de las decisiones sobre tener o no relaciones sexuales, las mujeres se ven imposibilitadas a cuestionarles sobre sus encuentros sexuales extramaritales, negarse a tener sexo, aún cuando ellos vivan infectados (Mehrotra, 2002; Aids Foundation, 2000).

También es importante tener en cuenta la percepción que existe en la mujer sobre la relación marital ya que, ella percibe como una obligación el mantener relaciones sexuales, independientemente del deseo de ella, lo que conduce con frecuencia a la violencia sexual y psicológica. La insatisfacción sexual que el hombre puede

experimentar por esta situación, suele expresarse con argumentos como: “*ya no te quiero*”, “*ya no me sirves*”, “*hay otras que quisieran estar conmigo*”, etc. Y esto lo toman como justificación para buscar otra pareja, sobre todo sexual.

Aún cuando la fidelidad mutua puede ser una medida para algunas parejas, no lo es para la mayoría. En cuanto al condón, su uso depende del hombre y la negociación del mismo se relaciona con la promiscuidad e infidelidad, apreciaciones que pueden provocar una reacción violenta en el compañero.

Las mujeres, por lo general, se infectan por sus esposos o parejas íntimas; esto porque muchas sociedades toleran, e incluso animan, que los hombres se comprometan en conductas de alto riesgo (comportamientos homosexuales y bisexuales) y consideran a la promiscuidad como signo de masculinidad, situaciones que refuerzan la violencia dentro de la pareja, vulnerando el bienestar físico, psicológico y social de la mujer. El largo período de incubación del virus, antes que se presenten síntomas, lleva a un falso sentido de seguridad y complacencia.

*“No tiene sentido recomendar abstinencia a mujeres que se ven forzadas a tener relaciones sexuales. La fidelidad y/o la apariencia no ofrecen mucha protección a las mujeres cuyos esposos mantienen varias relaciones a la vez, o que estaban infectados antes de casarse o se infectaron durante el matrimonio; y para usar condón tiene que haber cooperación por parte de los hombres.”* (Szasz, 1999).

Es el sexo uno de los principales terrenos donde un hombre se prueba como tal; a diferencia de las mujeres, cuya sexualidad se somete a una severa vigilancia. Por supuesto, no todos los hombres asumen o siguen conductas sexuales determinadas por el género, eso depende de otros factores como la edad, el nivel educativo, la cultura, etc. Brito (2004, p. 8) dice que:

*“... los hombres viven una sexualidad escindida entre sus deseos y emociones, por una lado, y los imperativos de la masculinidad, por el otro, lo que les permite desvincular la práctica del sexo de su vida emocional. Esta escisión les posibilita expresar su sexualidad en dos ámbitos: el de la vida conyugal y el que se sitúa fuera de ella. En este se permiten prácticas sexuales protegidas que consideran inadecuadas para sus cónyuges, lo que repercute de manera negativa en la salud de las mujeres; la mayoría de escasos recursos, que viven relaciones de subordinación donde no existe comunicación sobre el tema de la sexualidad y en las que la mujer tiene poca capacidad de cuestionar y enfrentar a su compañero.”*

Esta inequidad en la relación conyugal y su carencia de poder vuelve más vulnerable a la mujer ante la infección por VIH/SIDA.

En resumen ESTAR CASADA O CONVIVIR CON LA PAREJA, SER MONÓGAMA Y/O TENER UNA RELACIÓN ESTABLE, NO GARANTIZA QUE UNA MUJER SE VEA LIBRE DE CONTRAER VIH. En una relación donde las mujeres tengan menos poder para controlar las relaciones sexuales y el uso del preservativo, tendrán menos capacidad para protegerse de cualquier tipo de infección de transmisión sexual; esta dependencia obstaculiza la toma de decisiones y la posibilidad de exigir la prevención al interior de la pareja. Las mujeres son más vulnerables al VIH/SIDA sobre todo por su posición en la distribución del poder y de los recursos, por la violación frecuente de sus derechos, por la falta de percepción de la situación que viven ante la pandemia, por la ausencia de compromiso y corresponsabilidad de sus parejas en el cuidado de la salud y, sobre todo, por no percibirse a sí mismas en riesgo, por la falsa creencia de que



por ser monógamas, heterosexuales y fieles no pueden adquirir VIH, a pesar de que se trata de una creencia totalmente errónea, pues una parte importante de las mujeres adquirió el virus por vía heterosexual, es decir, por sus parejas.

# CAPÍTULO 5

## METODOLOGÍA

### 5.1 Objetivo.

Analizar, a través del discurso de ocho mujeres que viven violencia en sus relaciones de pareja, la interacción que existe entre ésta y el género como factores para adquirir VIH/SIDA.

En esta investigación se pretende aclarar una experiencia humana subjetiva. Debido a la índole del objetivo de estudio, los métodos de investigación cualitativa son los convenientes para este propósito, ya que permiten acceder a las expectativas, visiones o percepciones que tienen los participantes del fenómeno (Taylor y Bogdan, 1991). Es descriptiva-cualitativa con entrevistas enfocadas a la experiencia de violencia de pareja relacionada con el VIH/sida. Se trabajó desde el método fenomenológico, examinando cómo el discurso guía la construcción del concepto de violencia y, de qué manera influye en su relación de pareja. Es decir, cómo el uso de esos conceptos crean ambientes para que una mujer pueda infectarse de VIH/SIDA o cualquier ITS. Lo anterior es con la idea de estudiar la realidad individual, cuya esencia depende del modo en que es vivido; una realidad de correspondencia exclusiva y unitaria.

## **5.2 Diseño de investigación.**

Es una investigación descriptiva-cualitativa con entrevistas enfocadas a la experiencia de violencia de pareja relacionada con el VIH/sida. Se llevó a cabo entrevistas a profundidad con la persona donde abordarán temas cómo son:

- Información relacionada con VIH/SIDA con la que cuentan al momento de la entrevista
- Preocupaciones relacionadas con la infección (Biopsicosociales)
- Significado de violencia.

Fases de Planeación.

Paso 1

Revisión de la literatura técnica.- Definición de la pregunta de investigación y de constructos a analizar.

Paso 2

Selección de casos.- La selección no se realiza con criterios azarosos o por muestreo. Se elaboran sobre los casos que más información puedan brindar respecto a los criterios teóricos.

Fase Recolección de Datos.

Paso 3

Desarrollo riguroso del protocolo de recolección de datos.- La creación de una base de datos sobre los casos de estudio. Se contemplan los métodos de colección de datos.

Paso 4

Introducción al campo.- Se realiza la recolección de datos a través de instrumentos de evaluación determinados por la programación de la investigación ya sea cualitativa o cuantitativa.

Fase Ordenamiento de los Datos.

Paso 5

Ordenación de los datos.- Los datos se ordenan a las necesidades analíticas de la investigación, como puede ser de manera cronológica, por ejemplo. El ordenamiento de datos surge a partir de lo observado en los datos, tratando de encontrar regularidades y orden.

Fase Análisis de datos.

Paso 6

Análisis de los datos.- Se desarrollan códigos, categorías y propiedades y se desarrollan conexiones entre las categorías.

Paso 7

Muestra teórica.- Se replican literal y teóricamente los estudios. De esta forma, se confirma, se extiende y se moldea el sistema teórico.

Paso 8

Cierre de la investigación.- Es cuando existe una saturación teórica. El proceso de investigación termina cuando el mejoramiento de la teoría llega a ser muy pequeño.

Fase Comparación con la literatura.

Paso 9

Comparación con la literatura.- Se compara la teoría emergente con la literatura especializada en el tema existente en este momento para crear una mejora en la definición de constructos.

Se eligió para el proceso de recolección de datos la entrevista cualitativa a profundidad debido a su dinamismo y flexibilidad, al no ser directiva ni estructurada y no estandarizada. Debido a su semejanza al modelo de una conversación entre iguales y así entender la visión que tiene de sus experiencias. Se realiza una guía de entrevista con el propósito de recordar las áreas generales a explorar (Bogdan y Taylor, 1984)

### **5.3 Ambiente.**

Las entrevistas se realizaron en Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA (FUNDASIDA), cuando las mujeres acudieron a realizarse la prueba de anticuerpos para conocer su estado sexológico. Cada entrevista se realizó de manera individual, en la intimidad de un cubículo destinado exclusivamente para las entrevistas. Las 8 mujeres eligieron el momento en que sería abordadas, sólo condicionadas por el tiempo de espera entre la toma de muestra y la llegada del resultado como mínimo. Las entrevistas se llevaron a cabo en privado y en común acuerdo acerca del momento y el espacio. Se informó sobre la necesidad de la grabación de la entrevista y la confidencialidad de los datos.

### **5.4 Métodos de recolección de datos.**

La consejería es una entrevista a profundidad en donde la información que se obtiene es muy específica, profunda y se da en un contexto personal, abordando las prácticas sexuales de la persona; también va dirigida con la finalidad de obtener las fuentes cognitivas y emocionales de sus reacciones ante algún suceso específico. Pero dentro de esta entrevista, también la usuaria comienza a expresar otras situaciones que van muy relacionadas con sus prácticas, entre ellas la violencia.

Primero se transcribieron los datos obtenidos en un expediente clínico, que posteriormente nos permitió elaborar códigos que clasificaron la información obtenida. Basándonos en la identificación de los conceptos de violencia que ellas manejen, permitió interpretar el material y la construcción de un sistema de categorías.

Se esperó que en el registro y en la interpretación de las diferentes categorías, se diera la ocasión para entender la conceptualización de la violencia dentro de la pareja y cómo puede ser coadyuvante para la adquisición de VIH/SIDA.

## **5.5 Selección de los participantes.**

Es una muestra no probabilística intencional o selectiva. (Rojas, 2000).

Las informantes debieron cubrir ciertas características como son:

- Haber solicitado el servicio de detección de anticuerpos.
- Que en su discurso reporten actos violentos de parte de su pareja.
- Que se minimice la situación de violencia.
- Tener una relación de pareja.

### **Participantes.**

Se entrevistó a 8 mujeres, con un rango de edad entre 21 a 47 años; 3 solteras, 3 casadas y 2 viviendo en unión libre. A continuación se da una breve descripción de las características de las participantes en relación con el objetivo. Los nombres usados son seudónimos.

*Patricia*, 21 años, soltera, capturista de datos. Es su primera prueba, se la hace porque su ex novio (militar) le llamó por teléfono diciéndole que los dos tenían sida. Durante la relación y después de ella, hubo amenazas de muerte para ella y su familia. Su resultado fue negativo. (Ver anexo 1).

*Claudia*, 21 años, soltera, estudiante de Administración Educativa. Es su primera prueba. Tuvo una pareja “estable”, es alcohólico y estuvo preso 4 meses en los cuales ella lo apoyó para que saliera. Durante la relación había amenazas, comparaciones, degradación de su persona, sus relaciones sexuales eran sin protección porque amenazaba con dejarla. Su resultado fue negativo. (Ver anexo 2).

*Josefina*, 27 años, unión libre, ama de casa. Desea confirmar un resultado positivo que le habían dado en un laboratorio particular. Tiene antecedentes de uso de drogas y de una infección de gonorrea, ésta por su marido. Lo que más le preocupaba era la reacción de él y la desilusión que sentiría por haberla aceptado con un hijo. Su resultado fue positivo. (Ver anexo 3).

*Norma*, 28 años, casada, empleada de una estética. Es su primera prueba. Su marido la fuerza a tener relaciones sexuales con desconocidos con la amenaza de que, si se niega, la deja. Él ha tenido relaciones con prostitutas sin protección; ella dice que si lo deja ya nadie la va a querer. Su resultado fue negativo (no fue a recogerlo). (Ver anexo 4).

*Lourdes*, 35 años, casada, administradora de un sector policial. Es su primera prueba. Su esposo es bisexual y VIH positivo, tienen relaciones sin protección porque él no le da importancia, además que “es su esposo”. Ella se hace cargo de los hijos y de su pareja porque es “su obligación”. Su resultado fue negativo (se espera que repita la prueba en tres meses para confirmar ese resultado). (Ver anexo 5).

*Sofía*, 36 años, soltera, maestra de primaria. Es su segunda prueba, la primera fue negativa. Las relaciones con su pareja (es casado) son sin protección porque le da confianza esa situación. Cuando ella ponía límites en la relación, sentía culpa porque la amenazaba con dejarla. Su resultado fue negativo. (Ver anexo 6)

*María*, 42 años, casada, ama de casa. Es su primera prueba. Su pareja le ha sido infiel varias veces, aún así sus relaciones sexuales son sin protección; tuvo cresta en la vulva. Apoya a su esposo porque nunca le ha reprochado que ella fuera una mujer violada. Su resultado fue negativo. (Ver anexo 7).

*Margarita*, 47 años, unión libre, ama de casa. Es su primera prueba. Su pareja es VIH positivo; en sus relaciones sexuales no hay protección, si ella no quiere tener relaciones, él la insulta. Su resultado fue negativo (se recomendó repetir la prueba en tres meses). (Ver anexo 8).

## **5.6 Procedimiento.**

La sesión de pre-consejería duró, aproximadamente, 1 hora; se exploraron los motivos por los cuales se hacen la prueba de VIH.

La consejería es un método y una filosofía que constituye una forma de comunicación interpersonal en donde se expresan los sentimientos, se exploran y se aclaran. Partiendo de la premisa básica de que, la mayoría de la gente es capaz de resolver sus propios problemas si se le brinda la oportunidad.

Sus objetivos principales son establecer una relación interpersonal, franca y continua, donde ambas partes se acepten mutuamente; también significa *estar con* la persona, escuchar y comprender lo que está diciendo, a través de acompañar y compartir.

El proceso de consejería tiene como metas principales el apoyo emocional frente a la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH; tomar una decisión informada sobre el hecho de practicarse el examen, basada en su propio juicio sobre las ventajas y desventajas de conocer su estado serológico; es un proceso de ayuda para disminuir la angustia, la tensión y la ansiedad; facilita que la persona encuentre medios de solución de problemas, toma de decisiones y actúe; además, estimula cambios en el comportamiento destinados a proteger a las personas de adquirir el VIH e ITS.

La consejería es confidencial, no condenatoria, autodirectiva, orientada a los procesos y temporal.

La consejería se divide en: pre-consejería y post-consejería. La pre-consejería tiene como objetivos el proporcionar apoyo psicológico, información, orientación sobre VIH/SIDA e ITS previo a la toma de muestra del examen de detección; así como orientar sobre prácticas sexuales de riesgo, prácticas seguras y prácticas protegidas destinadas a la prevención. Siguiendo un esquema general:

1. Presentación y rapport.
2. Explicar las características del servicio (confidencial, anónimo y voluntario).
3. Indagar el motivo de consulta, explorar las necesidades y motivaciones.



4. Proporcionar información sobre VIH/SIDA e ITS de manera clara y precisa.
5. Considerar un momento para tomar la decisión:
  - Analizar prácticas y situaciones de riesgo
  - Expectativas y sentimientos frente al resultado
  - Explorar reacciones frente al resultado y recursos para enfrentarlo
6. Evaluación emocional.
7. Explicar procedimiento de toma de muestra.
8. Establecer plan de prevención personal.
9. Cierre.
10. Elaboración de reporte psicológico.

En la post-consejería se tiene como objetivo el establecer las condiciones para la entrega del resultado y un plan de trabajo con el usuario, según sus necesidades específicas. Siguiendo el esquema:

1. Recepción.
2. Evaluar el período de espera.
3. Reafirmar e integrar la información.
4. Entregar el resultado.
5. Permitir la libre expresión de sentimientos y reacciones.
6. Establecer plan de protección personal.

En la pre y la post consejería, hay un listado de temas prefijado de preguntas abiertas a utilizar con todos y cada uno de los usuarios que van a realizarse la prueba de VIH, pero no proporciona las formulaciones textuales de preguntas ni sugiere las opciones de respuesta. Más bien se trata de un esquema con los puntos a tratar, pero no se considera cerrado y cuyo orden no tiene que seguirse necesariamente. Lo que interesa es recoger la información particular de cada usuario, en este caso de las mujeres, además de captar aspectos no previstos, como la situación de violencia (Valles, 2000).

## **Material.**

- Grabación auditiva de las entrevistas realizadas a los informantes.
- Transcripción de las entrevistas.

### **5.7 Análisis de datos.**

Como se mencionó en el procedimiento se hizo una búsqueda y sistematización de códigos, categorías y propiedades y se desarrollaron conexiones entre las categorías para ser relacionadas y construir la relación que existe entre la violencia de pareja y el género como coadyuvantes para la posible infección de VIH/SIDA.

Los criterios que se utilizaron para la integración de la información fue el análisis del discurso de cada una de las mujeres que se entrevistaron revisando los relatos que ellas hicieron en esa primera consulta, para poder construir y usar categorías conociendo los sistemas sociales y culturales que proveen el significado de esas expresiones (Martínez, 2004). Esto se realizó:

1. Transcribiendo las entrevistas, para revivir la realidad en su situación concreta y, después, con la actitud de reflexionar acerca de la situación vivida para comprender lo que pasa.
2. Dividiendo los contenidos en porciones para realizar una visión de conjunto que asegure el proceso de categorización.
3. Categorizando la idea central de cada unidad temática, para dar significado explícito con el contenido verbal de la vivencia.

De esta manera, se fueron integrando con los capítulos que se abordan para conocer las implicaciones del género al vivir violencia, y cómo ésta se transforma en factor para ponerse en riesgo de infectarse.

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En este estudio se encontró que las mujeres que acudieron a realizarse la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH y se detectó que viven una situación de violencia con sus parejas, se encuentran en un grave riesgo de adquirir VIH/SIDA. El riesgo se encuentra en conductas sexuales de alto riesgo para ellas de parte de sus parejas.

Se trabajaron tres rubros de categorías: género, violencia y mujer y SIDA. Los resultados muestran los sentidos que se construyen en relación con las categorías anteriores y la manera en que se relacionan.

En todos estos casos, las diferencias de poder entre los géneros desempeñaron un papel importante en la dinámica de la violencia y, son las mujeres las que están especialmente expuestas a diferentes formas de violencia.

### **GÉNERO**

Las mujeres entrevistadas tienden a ser fieles sexualmente con sus parejas, no así ellos con éstas. Herrera y Campero (2004) mencionan que el ideal femenino tradicional, en la mayor parte de las sociedades, espera ciertos comportamientos y actitudes en las mujeres que a su vez garanticen el control de la reproducción:

- Virgindad antes del matrimonio –muchas veces confundida con inocencia y ésta con ignorancia de las cuestiones sexuales,
- Fidelidad sexual.

Por ejemplo, el ex novio de Patricia ha sido su única pareja y ella siempre la fue fiel, aunque él es casado.

***“Lo voy a apoyar, para eso soy su esposa.”***

Las mujeres tienen muy interiorizada la concepción de ser una mujer “buena”, es decir, una mujer que cree ciegamente en la fidelidad de su pareja y en la lealtad de esta. Por lo tanto, no creen que sus parejas puedan comportarse de manera contraria. Es, antes que todo y por encima de todo, una mujer casta no sólo físicamente, sino llena de inocencia sobre todo en lo sexual. (González Pineda, 1982).

Además tiene que ser tierna, saber amar de manera incondicional, comprender al ser amado, protegerlo, cuidarlo, consolarlo y darle todo el apoyo que él necesite. (González Pineda, 1982). Ellas sienten y creen que tienen la obligación de comportarse así, de lo contrario no son una buena mujer.

*“... alguien tiene que cuidarlo.” Patricia.*

*“Él es un chavo que necesita que lo apoyen mucho, viene de una familia que es todo un desmadre, donde cada quien se rasca con sus uñas.” Claudia.*

*“...a mi esposo, a decepcionarlo porque... ya ves que te dije que... pues... que mi hijo el mayor no es de él... Me sentiría muy mal que por mi culpa él pueda estar enfermo.” Josefina.*

*“Si, mira... como yo le he dicho a Cristóbal que soy su amiga, y una amiga escucha, por eso me presto a todo esto para que él me cuente todo lo que hace... me voy a quedar con él ¿quién lo va a cuidar cuando se enferme?”. Lourdes.*

*“En mis relaciones siempre me sacrifico por la otra persona, o sea, que esté y se sienta contento, satisfecho, sin problemas, si no lo hago siento culpa porque mi pareja me amenaza con dejarme.” Sofía.*

*“Yo tengo que apoyar a mi esposo, a mi hija en todos los problemas que tengan... Lo voy a apoyar, para eso soy su*

*esposa. Juré que en las buenas y en las malas, que en la salud y en la enfermedad y así será.” María.*

*“Sentí feo... verlo solo, se veía enfermo, desarreglado. Además yo ya había sido su pareja y me sentí con la obligación de cuidarlo.” Margarita.*

Ella se justifican con frases como “Los hombres son niños grandes”, dichos como este expresan modos de pensar y actitudes sostenidas por la gente que los va repitiendo de generación en generación; aunque es más preocupante el hecho de que la mujer se juzga a sí misma a través de ellos (Ferreira, 1991).

*“Cuando yo lo conocí lo primero que me llamó la atención fueron sus ojos tristes... es que, es como un niño que está buscando que alguien lo quiera. Es como un niño grande al que hay que cuidar para que no sufra.” Patricia.*

El hecho de “cuidar” a la otra persona, implica ocupar un papel de madre protectora que está al pendiente de las carencias y limitaciones del otro y, así, llenar las expectativas ajenas. Aquí está muy claro el rol de la mujer debido a que ella se siente responsable y así demuestra su compromiso (Dohmen, 1994).

*“... él es bueno, lo que pasa es que tiene muchos problemas... y debo de apoyarlo”. Patricia.*

***“... nunca me iban a querer por ser una mujer violada.”***

Tienen muy bien aprendido lo que no se debe hacer, y la manera de comportarse de una mujer; esto lo aprendieron de las enseñanzas que les dieron sus familiares, sobre todo la madre, que el ideal femenino tradicional, en la mayor parte de las sociedades, espera ciertos comportamientos y actitudes en las mujeres (Herrera y Campero, 2004).

*“Mi mamá me dijo que si salía con mis pendejadas, es decir, embarazada, que me fuera de la casa porque ella no quería prostitutas en su casa.” Patricia.*

Al no cumplir con los roles esperados de la sociedad, ellas entrarían en una categorización de mujer “mala”, la cual es alguien con experiencia sexual, que no se compromete, que no está pendiente del ser amado (González Pineda, 1982).

Una vez que han establecido la relación de pareja, y se comienza a tener una vida sexual activa, las lleva a tener una conexión más fuerte con su pareja pues consideran que su valor como mujeres ha disminuido y sólo serán valoradas por sus parejas. De lo contrario, tendrán que sufrir las consecuencias por haber mantenido relaciones sexuales anteriores, no importando ser víctima de violación.

*“¡Yo tengo la culpa! ¡yo tengo la culpa!...Si, yo la tengo porque si no me hubiera drogado no hubiera pasado esto. ¡Si yo estoy, él está! ¡si yo estoy, él está!...¡Yo lo contagié!...No, yo tengo la culpa de todo. Me preocupa mucho lo que él vaya a pensar, porque imagínese no podré cuidar a mis hijos y a él... aunque creo que tiene razón al decirme que lo único que hago es atender la casa... y si tengo esto, ya no lo podré hacer bien. Creo que al final mi esposo tendría razón.” Josefina*

*“...si le contaba a alguien, nunca me iban a querer por ser una mujer violada. Por eso tengo la obligación de apoyarlo, pase lo que pase.” María.*

**“... mi esposo me dijo que me había sido infiel... los hombres son así.”**

Así como han aprendido, los roles y estereotipos femeninos, también que los hombres tienen conductas y actitudes de superioridad; donde el hombre es el que “pone las reglas del juego” en una relación de pareja. Así la masculinidad hegemónica descansa en la superioridad del hombre frente a la mujer; aunque ésta puede regular su sexualidad, el hombre es el encargado de regular el momento del encuentro sexual (Maquieria y Sánchez, 1990).

*“...cuando teníamos relaciones sexuales, si me daba miedo porque él se ponía muy agresivo si le pedía que usara el condón.” Patricia.*

*“Pues... ya le dije mi esposo me dijo que me había sido infiel, otra vez, porque yo ya no le gustaba; que hay otras mejores que yo. Lo que más me dolió fue que me engañó otra vez, pero*

*es mi esposo; además... usted sabe... los hombres son así.”  
María.*

*“...cuando yo no quiero tener relaciones con él, se enoja y me dice que debería agradecer que está conmigo porque vieja y gorda, quién me va a querer así; para que ya no me insulte, termino aceptando tener relaciones y me dice que soy una puta, que no tengo respeto por mí, porque primero digo una cosa y luego digo otra.” Margarita.*

Los estereotipos y roles de género establecidos para hombres y mujeres, lleva a ésta a vivir situaciones violentas que muchas veces no son reconocidas como tales, ya que es un maltrato invisible.

## **VIOLENCIA**

### **Maltrato invisible**

***“... me decía que yo era de él y de nadie más...”***

Estas mujeres viven diferentes rasgos de la violencia, uno de ellos es el uso del privilegio masculino que se caracteriza por la degradación de la mujer, ignorar sus opiniones, la comparan con otra (Torres, 2001). Donde son tomadas como propiedad de la pareja, son víctimas de comentarios hirientes y calumnias respecto a su persona, así como hacerlas responsable de conductas personales de la pareja.

*“...me decía que yo era de él y de nadie más... Hace poco lo ví y me reclamó que hubiera abortado un hijo de él, que era una asesina, yo le dije que eso no era cierto, que quién le había dicho pero no me contestó. Eso fue en la mañana, y en la tarde lo volví a ver y le dije que quería ser su amiga pero él me dijo que por mi culpa se drogaba y se había casado, que yo era una asesina que había matado a su hijo... yo lo quiero y siempre quise ayudarlo, pero él me echaba la culpa de todo lo que le pasaba.” Patricia.*

*“... pues que yo era una puta, que me acostaba con medio mundo... todo eso... Cuando estábamos juntos y yo le platicaba algo, siempre me decía que no dijera pendejadas, que a él no le importaba lo que yo hiciera, que lo que hacía no*

*era importante... Siempre me decía que yo no valía nada, que había tenido chavas mejores...” Claudia.*

*“...me preocupa la reacción de su esposo porque le va a echar la culpa de todo; además si ella está, él también... En una ocasión sobre si uno de los dos tenía sida qué pasaría, y él me dijo que se llevaría a mi hijo el más chiquito y me dejaría a mi. Por eso también tengo miedo de que si yo tengo esto, él se lleve a mi hijo.” Josefina.*

*“Una vez lo vi que estaba tomando unas medicinas y le pregunté para qué eran y me dijo que no tenía por qué decirme, por que yo no entendería de esas cosas. Tiempo después llegó tomado y me dijo que esas medicinas eran porque tenía sida, que yo se lo había pegado porque me había acostado con muchos hombres; después, cuando ya se le había bajado, quise platicar con él para que me dijera la verdad y apoyarlo, pero él me dijo que eso no me importaba y que si él se hubiera quedado con su anterior pareja, esto no le habría pasado. Que yo tenía la culpa de todo lo que le pasaba.” Margarita.*

De esta manera, se entrelazan el privilegio masculino con el rol de la mujer donde uno ejerce el poder y la otra lo acepta.

***“... me decía que si lo dejaba sabría de lo que es capaz.”***

Otro de los rasgos violentos dentro de la relación de pareja es que ellas han recibido amenazas que se caracterizan por avisos de provocar un daño a la persona, a los hijos, a la familia, etc. (Torres, 2001). Viviendo un constante miedo de hacer su vida normal debido a que son víctimas de frecuentes amenazas.

*“...él llamó a mi casa y dijo que estaba hasta la madre de mi y que me atenga a las consecuencias y me empezó a decir todo lo que hacía mi hermana, mi mamá, mi hermano y su esposa. Me dijo que el día que menos me imagine, él matará a toda mi familia por mi culpa.” Patricia.*

*“Cuando me hablaba en la madrugada, me decía que si lo dejaba sabría de lo que es capaz: que un día llegaría y no me mataría, sino que me dejaría un “recuerdito” para que siempre me acordara de él. Al principio no le creía y como él lo notaba, me decía que no me confiara tanto.” Claudia.*



*“...como sabía que hoy yo venía, me dijo que pidiera su resultado para que se lo llevara... sino me iba a, con el perdón de la palabra, a madrear.” Margarita.*

**“... si me negaba era porque no lo quería... y él se iría con otra.”**

Otro de los problemas que padecen es la intimidación que sufren de parte de sus parejas. Esta conducta se caracteriza por infundir miedo a través de ademanes agresivos que se pueden incrementar y de la amenaza de abandonarla (Torres, 2001).

*“Si empezábamos a pelear, él empezaba a gritar y me agarraba del brazo muy fuerte y me empezaba a sacudir; me decía que yo no tenía derecho de tener amigos porque si me veía hablando con alguien me dejaría.” Patricia.*

*“... una ocasión tenía que hacer un trabajo con un chavo del salón y nos teníamos que ver para ponernos de acuerdo, y cuando él se enteró no me la acabé porque me dijo un montón de cosas.” Claudia.*

**“... empezó a vigilarme y celarme.”**

También sufren de asedio, es decir, todo lo que hace una persona para controlar a la otra (Torres, 2001). De esta manera, sus parejas mantienen el control y poder sobre ellas.

*“Cuando estuvimos juntos me revisaba mi bolsa, mi celular para ver quién me había llamado. Cuando tronamos me comenzó a llamar por teléfono.” Patricia.*

*“Me llamaba en la madrugada para saber con quién estaba y qué estaba haciendo. Además me revisaba mis cosas y si me encontraba algo que no fuera de la escuela, no me la acababa...” Claudia.*

*“... empezó a vigilarme y celarme. Yo pensé que era porque me quería... Si me iba con mis amigas, a cada rato estaba sonando mi teléfono y era él para saber qué estaba haciendo. Eso siempre me lo hacía.” Sofía.*

***“Me dice que parezco momia.”***

El abuso verbal es una de las características principales de la violencia y consiste en insultos, gritos, apodos, burlas sobre el aspecto físico, silencio condenatorio (Torres, 2001). Ellas padecen los adjetivos ofensivos que sus parejas dicen de ellas, así como las comparaciones que hacen de ellas con sus esposas, parejas anteriores, no importando si son hombres o mujeres.

*“Él siempre me decía que yo era una puta, que me metía con cualquiera, que con cuántos más de la zona me había metido. Yo le decía que era el único y, me decía que sólo un pendejo como él se fijaría en alguien como yo, que agradeciera que estaba conmigo porque nadie iba a estar conmigo. Siempre me comparaba con su esposa, diciéndome que ella era mejor que yo.” Patricia.*

*“Cuando trataba de enfrentarme con él, me abrazaba y me decía que si lo dejaba nadie más andaría conmigo porque tengo unos dientes muy feos.” Claudia.*

*“Cuando empecé a sentirme mal, como bajé mucho de peso él me decía que si se conseguía otra era por mi culpa, porque estaba muy flaca; que había muchas mujeres que estarían con él, que lo cuidara. Me dice que parezco momia.” Josefina.*

***“... no me deja salir si no es con él...”***

Como mecanismo de control son aisladas de su entorno social por sus parejas, lo que produce una conducta de temor constante por las amenazas de que son objeto. El aislamiento es un mecanismo de presión social que crea un clima de inseguridad, ya que se le aleja a la mujer de su vida social (Torres, 2001).

*“Él me decía que yo no podía salir a ninguna parte si no era con él, que si lo hacía él tenía gente que me vigilaba y le contaba lo que yo hacía; que si lo desobedecía, me iba a ir mal. Yo no salía a ningún lado porque sabía que me vigilaban, que le iban a decir y que él se iba a enterar... luego mi mamá me mandaba al mercado y yo no quería ir, mis amigos ya no me invitaban a ningún lado porque nunca iba. Me daba miedo que en una de esas, fuera a llegar y cumpliera lo que me había dicho.” Patricia.*

*“Porque no me deja salir si no es con él; luego viene mi hermana y me invita a salir y él no me deja... dice que voy andar de loca con otro.” Josefina.*

***“Nadie sabe lo que estoy pasando.”***

Ellas viven la situación violenta en silencio, éste se convierte en un pacto social; de esta manera, las víctimas generan una complicidad que reproduce las formas de dominación y generan estrategias para sobrevivir (Montoya, 1998). Su situación de mujeres violentadas, no es conocida por nadie debido a la imagen social de ser una buena esposa. Su miedo no es conocido por nadie debido a mitos respecto a la violencia: cree que su situación es privada y por lo tanto, prefieren seguir así por su propio bien.

*“No... nadie sabe nada de las amenazas, del miedo que tengo. No le puedo contar nada a nadie porque tengo miedo de que cumpla sus amenazas y le haga algo a mi familia, por eso mejor me quedo callada.” Patricia.*

*“De todo lo que me hizo, nunca supieron. A veces le quería decir a mi mamá, pero no podía. Es más, tú eres la única que lo sabe.” Claudia.*

*“...porque no le cuento mis problemas a nadie, pero con la prueba de Cristóbal que salió positiva y la enfermedad de mi hija (al parecer es epiléptica) hicieron que explotara. Nadie sabe lo que estoy pasando. Siempre he mantenido ante los demás una imagen de ser la familia ideal, imagínate lo que va a decir mi familia si les digo la verdad: que por culpa de mi marido, pueda yo tener VIH. No podría hacerles eso.” Lourdes.*

***“Si está usted, se va a controlar y no me va ir tan mal.”***

Para poder protegerse de las situaciones violentas que viven dentro de su relación de pareja, ellas han identificado diversos predictores del evento violento que, se desarrollan como otras maneras de comunicación que se observan a nivel verbal y no verbal. Las mujeres reconocen conductas violentas porque fueron entrenadas desde pequeñas para identificarlas por medio de una educación de género; pero también lo hacen porque así predicen el evento violento y pueden cuidarse.

*“Cuando él quería tener relaciones conmigo y yo no quería, no le decía nada... porque me amenazaba con matar a mi familia. Mejor aceptaba para que el problema no se hiciera más grande.” Patricia.*

*“No sé cómo le voy a decir esto, él es muy machista. Si usted me ayuda a decirle, delante de usted no va hacer nada... si sale cierto, ayúdeme a decirle. Si está usted se va controlar y no me va ir tan mal.” Josefina.*

*“Al principio me da mucho coraje, pero al otro día pienso mejor las cosas y decido no reclamarle nada porque cuando se enoja, le da por aventar todo lo que se encuentra, y me dice que se va ir con otra para que le dé lo que yo no quiero; que cuando él se vaya, me voy a quedar sola con mis hijos porque nadie me va aceptar así, con hijos.” Norma.*

*“Cuando él llega de la calle y no me habla, sé que viene enojado y, si le pregunto qué le pasa se desquita conmigo. Por eso mejor ni le muevo.” Margarita.*

Ante el predictor del acto violento, el silencio es una estrategia de obediencia.

Existen varios factores coadyuvantes externos para que una mujer se mantenga dentro de una relación violenta. Estos están muy relacionados con los roles de género.

### **Factores coadyuvantes externos.**

La disminución de autoestima es una característica de estas mujeres al soportar una relación violenta. La creencia de que no valen nada impide ver los actos violentos como tales, creyendo ser merecedora de los malos tratos porque son justos y, por lo tanto, no son violaciones a la integridad personal. Esto permite la tolerancia a los continuos maltratos. Janckel y Voss (2002) refieren que la autoestima ha sido lastimada desde la niñez, al no cubrir con las expectativas de la madre; en este proceso las mujeres aprenden que tienen que gustar a los demás y, si no lo logran será su culpa.

***“... mi papá... tenía otras mujeres...”***

Algunas de estas mujeres tienen una historia de violencia, ya que en su niñez los golpes fueron cotidianos en sus vidas, así como ver el “trato cotidiano” a las mujeres (infidelidades, relaciones forzadas, etc.).

*“Yo vi en mi casa, cuando era chica, que mi papá aparte de mi mamá tenía otras mujeres; mis hermanos también hacen lo mismo.” María.*

*“...él siempre ha tomado mucho y luego llega a la casa bien borracho y es cuando me pega... bueno, a veces.” Margarita.*

Mullender (2000) refiere diversos estudios en donde se encontró que las mujeres que han recibido violencia o han sido testigos de abusos físicos durante la infancia, pueden ser más tolerantes a los abusos en la adultez. Así mismo, el hecho de haber testificado esta violencia las hace más pasivas, lo cual puede ponerlas en un alto riesgo para tolerarla más tarde.

***“... cuando una tiene una pareja, hay que apoyarla en las buenas y en las malas.”***

Las mujeres han sido educadas a la incondicionalidad hacia las necesidades de los otros, este aspecto también es parte de su formación como madres. “En las relaciones de abuso, la anestesia del malestar en las mujeres aparece como un elemento clave, especialmente cuando desempeñan su papel de cuidadoras y dadoras.” (Whaley, 2001, p. 56).

*“Es alguien que te apoya, que está contigo en las buenas y en las malas... y en la que confías.” Patricia.*

*“Cuando lo llevaron al reclusorio, yo siempre iba a visitarlo y hasta le contraté un abogado para que lo ayudara, era mi obligación ayudarlo porque por eso yo era su novia... Había ocasiones en que se ponía a llorar y me decía que no lo dejara; yo lo abrazaba y le decía que nunca lo dejaría. Pero enseguida cambiaba, me empujaba y me decía que yo sin él no era nada y que él era quien me iba a dejar si no me portaba bien...”*

*porque yo siempre lo quise y hacía de todo para que él estuviera bien y no le molestara nada.” Claudia.*

*“...es una relación de amigos, pero hay cosas que no entiendo, por ejemplo, el que mi marido me diga absolutamente todo lo que pasa entre él y Gabriel, como yo le dije que somos amigos tengo la obligación de escucharlo, aunque me cause daño. No sé cuando se pasó la línea de la confianza al cinismo, porque no se me hace lógico que él me cuente lo que hace o hacía con Gabriel... me tengo que quedar con él para cuidarlo porque si lo dejo, él se caería y no tendría con quién apoyarse. Me siento comprometida con él por ser el padre de mis hijos, no como hombre.” Lourdes.*

*“...es normal que un hombre tenga aventuras, pero hay que aguantar porque es su esposo y ella está para apoyarlo... Esto es una prueba de que tengo que apoyar a mi esposo... No importa cómo salga yo, si mi esposo está bien, yo también.” María.*

*“...cuando una tiene una pareja, hay que apoyarla en las buenas y en las malas.... Espero en dios que no... pero si sí (refiriéndose al posible resultado positivo de él), lo tengo que hacer.” Margarita.*

Esta conducta es muy común en ellas porque, a pesar del riesgo físico y psicológico que están corriendo, tienen el recurso de quedarse con ellos para apoyarlos ya que es su obligación.

### ***“Yo esperaba que me diera las gracias por ayudarlo...”***

Las mujeres que están en una relación violenta, tienen la conceptualización de amor romántico... ¿o dependencia?, el cual se ha inculcado a través de distintos contextos sociales: desde la educación familiar hasta los mensajes enviados en medios masivos de comunicación, donde la idea central consiste en la “*entrega total*”, en la vivencia de experiencias muy intensas de felicidad y sufrimiento, donde al principio existen una serie de obstáculos e impedimentos para lograr una relación, pero después de varios sacrificios, todo se aclara y la felicidad llega. (Whaley, 2001).

*“Al principio era muy padre porque él era muy cariñoso... siempre me decía que yo no lo quería porque no lo abrazaba, aunque yo le decía que no pensara eso... pero creo que nunca me creyó.” Patricia.*

*“... cuando estuvo en la cárcel, convencí a mi mamá de que me prestara dinero para pagarle un abogado. Yo esperaba que me diera las gracias por ayudarlo, pero él me dijo que lo hice porque quise, pero que ni eso había hecho bien porque se tuvo que aventar cuatro meses adentro.” Claudia.*

*“Bueno... no estamos casados pero yo así le digo. Pero es alguien que te apoya, que está contigo en las buenas y en las malas.” Josefina.*

*“Cómo me trataba... siempre estaba al pendiente de mí. Como acababa de terminar, pensé que ahora sí había encontrado lo que buscaba.” Sofía.*

***“... no es violento, nunca me ha pegado...”***

Estas mujeres tienen un punto en común: no definen como abuso los episodios de violencia como algo tan grave, ya que sólo se es violento cuando hay golpes. Muchas mujeres reconocen que las agresiones físicas son graves y que generan muchos daños, pero no reconocen que los insultos, gritos, ofensas que a la larga pueden resultar más graves ya que son causa de grandes daños psicológicos y emocionales. Se tiene un reconocimiento erróneo de la violencia, ya que ésta sólo es vista desde el maltrato físico, dejando de lado lo anterior (Mullender, 2000).

La minimización del acto violento puede deberse a que su situación no encaja en la generalización, además de que puede estar reforzada por mensajes culturales que crean que es normal en la vida de pareja. Las mujeres minimizan la violencia al observar que ésta es poco frecuente y no es severa (Mullender, 2000). Una de las primeras reacciones es brindar una explicación y justificación a las conductas violentas: “la aprendió”, “tiene muchas presiones”, etc.; realizándose a partir del por qué la pareja ejerce violencia. Así evitarán hacer contacto con su malestar.

*“... es cuando le pegan a alguien, por ejemplo, cuando de chiquito de portas mal... ¡No, como crees! Nunca me ha*

*pegado...es que, él ha sufrido mucho porque su esposa no lo quiere y tampoco él a ella.” Patricia.*

*“Pues... no, porque nunca me pegó.” Claudia.*

*“¡No! Si él no es agresivo... No, nunca me ha pegado. Bueno... hay veces que él me dice que soy bien tonta y que por eso no me pide mi opinión, que no soy como su mamá, o sea mi suegra.” Josefina.*

*“... agradezco que Manuel no sea violento porque nunca me ha puesto una mano encima... Lo que pasa es que, es mi esposo... El padre me dijo que yo había jurado ante Dios, que yo lo había elegido y que, aunque no lo quisiera, tengo que estar con él... es que juré ante un altar que en las buenas y en las malas yo estaría con él, pasara lo que pasara.” Norma.*

*“Doy gracias a dios porque no es violento, nunca me ha pegado. Bueno, aunque una vez intentó ahorcarme cuando estaba borracho, pero esa fue la única vez.” Lourdes.*

*“Además le estoy muy agradecida porque no me reprocha nada... nadie va a querer a alguien que lo violaron porque van a pensar que una provocó la situación.” María.*

***“... me dijo que tuviera relaciones con el de los refrescos...”***

Los roles tradicionales en los que han crecido, también tienen mucho que ver debido a que las mujeres han aprendido la distribución del poder, es decir, que el poder es propiedad exclusiva del hombre, por lo que, generalmente inconscientemente ceden el poder a otras personas, también la pasividad ha sido aprendida y reforzada. Lo anterior puede implicar en la mujer que pierda su individualidad y singularidad, pasando de sujeto a objeto (Whaley, 2001).

*“Estando en el hotel, Manuel pide unos refrescos para que los suban a la habitación. Cuando suben a dejar las bebidas, Manuel abre la puerta y le dice a la persona (un hombre) que si yo no le gustaba, y que si no le gustaría tener relaciones conmigo y, me dijo que tuviera relaciones con el de los refrescos, yo no quería. Él me dijo que lo hiciera por él, que si me negaba era porque no lo quería y la relación tendría que terminar y él se iría con otra. Acepté para que no se fuera y*



*demostrarle que lo quiero, aunque yo no estuviera de acuerdo. Tuve relaciones con los dos al mismo tiempo, el señor se puso condón pero Manuel no, porque él es mi esposo.” Norma.*

*“...me dijo que teníamos que hablar porque necesitaba confesarme algo que ya no podía callar. Lo primero que me imaginé fue que me había sido infiel y, así fue: porque él ya no podía más con el secreto, y fue cuando me dijo que era bisexual... No hay apoyo, la protección de mis hijos es por parte mía porque Cristóbal sólo cumple con dar un gasto que yo administro... bueno y eso a veces.” Lourdes.*

***“... juré ante un altar que en las buenas y en las malas yo estaría con él...”***

El rol de la mujer, en general, tiende a apoyar la noción que el éxito o fracaso de las relaciones íntimas es la responsabilidad de la mujer, lo que conlleva a las mujeres a hacer grandes esfuerzos para quedarse en la relación después de eventos violentos, para demostrar a su pareja su compromiso. La mujer inicia la relación con la meta de que sea armónica, al encontrar obstáculos y vivir más eventos de violencia, es posible que se sienta conflictuada entre irse o quedarse. Sin embargo, también pueden sentir que tienen la oportunidad de hacer funcionar la relación, y en honor a su responsabilidad de mantener la relación, continúa en ella (Dohmen, 1994).

*“...los hombres son así... y es normal... A mi me enseñaron que, cuando una se casa, tiene que aguantar para que todo esté bien... soy la responsable de que la familia no se deshaga por mi culpa.” María.*

La idea de que la mujer es quien obedece y el hombre es quien toma decisiones, hace que la relación de violencia sea “natural” y “normal” para ellas debido a que, éste elemento, está ligado con la concepción de familia tradicional. Este aspecto es muy importante para algunas de las participantes, pues manifestaron ser las responsables de mantener a la familia unida: tienen y sienten la responsabilidad de que así sea, y si ellas deciden separarse será su responsabilidad el que la institución sea desintegrada.

***“Me costaría mucho asumir un juicio de que fracasé como esposa...”***

La mayoría de estas mujeres por temor a vivir sin pareja, a perder el status de esposa, han permanecido con sus parejas o, también, les cuesta mucho salirse de la relación. La falta de recursos personales para vivir de manera independiente y el miedo a vivir solas, inhiben las acciones para solicitar apoyo y hace que las mujeres permanezcan en relaciones con violencia (Vírseada, 2000). Puede deberse a que, culturalmente, la felicidad y la autorrealización de la mujer sólo pueden darse a través y en función de los demás, principalmente en el matrimonio y en la maternidad; esto aleja la posibilidad de una ruptura de la relación por parte de ella.

*“Me preocupa algo... es que yo todavía lo quiero... Antier lo ví y sus ojos están más tristes que antes. Antes cuando peleábamos, él siempre me buscaba.” Patricia.*

*“Me habló por teléfono y me dijo que quería hablar conmigo, lo ví y terminamos en la cama.” Claudia.*

*“... me preocupa mucho la reacción de mi esposo al saber que tengo sida, porque lo más seguro es que me quite a mi hijo... el de los dos, el que tiene 2 años.” Josefina.*

*“A los 18 quedé embarazada y mi pareja se fue; enseguida me meto con otro hombre para decirle que el bebé era de él y lo reconociera, pero él se dio cuenta y me dejó. Tuve a mi hijo y a los 21 me embaracé otra vez, de un hombre casado, y tuve que hacer lo mismo que había hecho: meterme con otro para que reconociera a mi hijo que venía. Pero cuando nace mi hija hay complicaciones y se muere, yo le digo todo a mi esposo (el trailerero) y él me dejó.” Norma.*

*“No, no podría. Lo más seguro es que empezarían a criticarme, me dirían que soy una mentirosa. Me costaría mucho asumir un juicio de que fracasé como esposa... Soy la responsable de que la familia no se rompa. Siempre he dejado ver que somos una familia feliz... si yo me voy, quién lo va a cuidar cuando se ponga mal.” Lourdes.*

*“... me acordaba y me sentía igual que el primer día de clases en el kinder: le rogaba a mi mamá que no me dejara y me abrazaba a su pierna; la maestra me metía al salón y me daba juguetes, pero yo me sentía sola y abandonada.” Sofía.*

*“Es que yo me sentía muy sola, ya ve que mi esposo se fue a E.U., entonces cuando lo encontré me dijo que estaba solo, que su anterior pareja lo había abandonado y que nadie lo quería. Entonces, como yo sentí muy feo... pues, lo quise cuidar... a veces lo pienso (si lo deja o no), pero me da miedo estar sola.” Margarita.*

**“... él nunca me da gasto...”**

La falta de recursos económicos, es otra razón para que ellas se queden viviendo con sus parejas; aunque, hay algunas, que son el soporte económico de la familia porque las parejas no trabajan o no aportan. Mullender (2000) y Dohmen (1994) mencionan que el miedo a la pobreza, el aislamiento, perder sus posesiones y la falta de dinero son los aspectos más importantes que impiden a las mujeres a separarse de sus parejas.

*“... aunque desde hace mucho que yo mantengo la casa, porque él no me da nada... todo el dinero que gana se lo gasta, no sé en qué. No gano mucho, pero no me queda nada para mí, todo se me va en la casa y mi hijo.” Norma*

*“A veces me da gasto, a veces no. Yo tengo un buen sueldo, pero con el dinero que él me da me alcanza mejor... él no sabe si sus hijos necesitan ropa o zapatos o algo, él dice que yo puedo con todo y, no se me hace justo. El único interés que tengo es el económico, pero ya no hay respeto, no hay amor, al menos de mi parte, simplemente me quedaría con él porque es el padre de mis hijos.” Lourdes.*

*“Yo trabajo en lo que sea, porque él nunca me da gasto. Vivimos con una de mis hijas y la mayoría de los gastos los cubre mi yerno, y no se me hace justo que estemos de arrimados y no demos nada. Él muchas veces llega a comer y no se pone a pensar de dónde salió para comprar la comida.” Margarita.*

**“Todas las parejas tienen problemas...”**

Las mujeres entrevistadas, creen en mitos respecto a la violencia, por ejemplo, que crean que su situación de violencia es privada y, por lo tanto, prefieren seguir así por su propio bien; sintiendo vergüenza por solicitar apoyo o denunciar los hechos. Mattson y Rodríguez (1999) encontraron que la conducta violenta del

hombre es aceptada como normal y natural y, las mujeres suelen justificarla con el argumento de *“son violentos porque son hombres”*. Esta idea tiene que ver con la socialización del poder, en donde el hombre es igual a decisión y dominio; mientras que la mujer debe cumplir con su esposo.

*“Mi mamá me dijo que los trapos sucios se lavan en casa, que tratara de sobrellevarlo para no tener problemas, además que yo sabía en dónde me estaba metiendo.” Norma.*

*Todas las parejas tienen problemas. En esa ocasión, cuando mi hermano nos vio peleando intentó meterse, pero le dije que no se metiera que respetara mi relación, así como yo respeto la suya. Ese era mi problema.” Lourdes.*

Estas mujeres tienen una falta de información respecto a la violencia, ya que creen que hay motivos más importantes que ellas para quedarse. Müllender (2000) refiere que otros aspectos que influyen para que las mujeres decidan continuar con la relación es el desconocimiento de:

- Es el padre de sus hijos.
- Que les quiten a los hijos.

Como consecuencias de que las mujeres reproduzcan los roles y estereotipos genéricos y que estén viviendo una relación de pareja donde exista violencia, existe una mayor probabilidad de adquirir VIH/SIDA o cualquier infección de transmisión sexual (ITS).

### **Mujer y VIH/SIDA**

***“... me salieron unos granitos dentro de la vagina...”***

En relación a la salud reproductiva de las mujeres, algunas han presentado infecciones de transmisión sexual (ITS), las cuales no han tenido un seguimiento adecuado.

*“Hace como año y medio me salieron unos granitos dentro de la vagina. fui al médico y me mandaron hacer unos análisis... nunca fui por los resultados... es que me dio miedo que me fueran a decir algo malo; después se me quitaron y ya no me volvieron a salir... También, hace como cinco meses empecé a tener un flujo café, así como cuando va a empezar mi regla... como café... huele muy feo... como a podrido y es... como... un moco muy espeso... Fui con un doctor que me dio una pomada y se me quitó.” Patricia.*

*“Un día llegó mi esposo y me dijo que tenía gonorrea, que debíamos tomarnos unas pastillas; el tratamiento no lo acabamos porque los dos nos sentimos bien y seguimos teniendo relaciones.” Josefina.*

*“... me salieron unos como barro alrededor del ano, me duelen mucho y me sale un poco de sangre. Creo que es porque él me ha penetrado por el ano, y aunque le digo que me duele mucho, no me hace caso.” Norma.*

*“Hace tiempo tuve crestas en la vulva que fueron cauterizadas, ahora tengo un flujo de color verde y con mal olor.” María*

Esto se puede deber a la falta de información o a que no saben nada de los hábitos sexuales de su pareja. Pero muchas veces aunque tengan el temor de contraer alguna ITS y quieran adoptar conductas menos riesgosas, las mujeres no tienen el poder para hacerlo (Río y Liguori, 2004).

***“No usamos condón porque no le gusta: dice que se rompen...”***

Estas infecciones se deben a prácticas de riesgo en la vida sexual de la pareja, una de ellas es el no uso del condón. La mujer, sobre todo la que tiene una pareja estable, tiende a ser monógama y ama de casa, no se siente en riesgo de adquirir el virus del sida.

*“Él ha sido mi única pareja y en mi casa nunca me hablaron de sexo, lo que sé es lo que me enseñaron en la escuela. Además, como él es casado sólo tiene relaciones con su esposa y conmigo, yo sólo con él... yo lo quiero y le soy fiel, no he estado con nadie más.” Patricia.*

*“Las relaciones con mi esposo siempre han sido así... sin protección... porque a él no le gusta cómo se siente y además es mi esposo.” Josefina.*

*“Nunca usamos protección, él es mi esposo cómo le iba a pedir que usara condón, además yo siempre fui fiel y nunca tuve ninguna sospecha de que pasara algo.” Lourdes.*

*“No usamos condón porque a él no le gusta, él dice que se rompen porque no sirven. Los condones no son cien por ciento seguros y que, además no hay necesidad porque es mi esposo.” María*

Además, socialmente no está en la posición de exigir protección, ya que su sexualidad no le pertenece, es usada y tomada cuando el hombre decide.

*“Si, yo nunca he pedido el condón. Las veces que lo he usado ha sido porque ellos se lo pusieron, pero a mi me hubiera dado lo mismo.” Claudia.*

*“No pedía el condón porque pensaba que no me iban a querer... En una ocasión, cuando regresábamos yo me sentía muy mareada, creo que algo le puso a las cervezas que me tomé porque me sentía muy mal. Me acuerdo que nos subimos al taxi y escuché el sonido de un motor de carro y comencé a sentir una mano entre mis piernas; cuando abrí los ojos, ví que el taxista me estaba metiendo los dedos y Manuel estaba viendo sin hacer nada.” Norma.*

*“Él me decía que cada que su esposa se embarazaba, le hacían análisis a él y a ella y que siempre había salido bien; que le tuviera confianza o de lo contrario me dejaría.” Sofía.*

*“Hace 20 días que no hemos tenido relaciones porque yo no quiero, por eso él se enoja y me insulta.” Margarita.*

Los encuentros sexuales no pueden ni deben ser buscados o iniciados por ella; su papel es esperar a que el varón demuestre ese deseo, para entonces complacerlo con la esperanza de recibir su amor y reconocimiento. Muy remota sería la aceptación de una sexualidad activa e individual y, por lo tanto, la consecución del cuidado de sí misma, ya sea para evitar un embarazo o cualquier infección de transmisión sexual (Ladi, 1999).

Con sus explicaciones, está muy claro que ellas no se sienten en riesgo de adquirir la infección debido al estatus de él, además que el ideal femenino va de la mano, para aumentar el riesgo de seguir teniendo relaciones sexuales sin protección, ya que se cree ciegamente en la fidelidad sexual.

***“... me daba confianza de que no se veían enfermos...”***

Los casos de mujeres infectadas de VIH van aumentando por todas las concepciones en las que crecemos y nos educamos. Ante la aparición del VIH las mujeres no tienen una clara conciencia de riesgo, debido a la cultura sexual dominante, a que la moral de género desalienta el conocimiento del cuerpo y de la propia sexualidad (Kendall y Pérez Vázquez, 2004). La mayoría de estas mujeres siguen al pie de la letra lo anterior.

*“Nunca me cuidaba, ni siquiera por un embarazo porque él me había dicho “como detenerse” para no salir embarazada”.  
Patricia.*

*“Pues... eso de meterme con medio mundo valiéndome madre todo: si me embarazo, si me pegan algo... todo eso.”  
Claudia.*

*“... me daba confianza de que se veían bien, no se veían enfermos o que tuvieran algo; con uno, en algunas ocasiones usaba el condón (él lo sacaba y se lo ponía) porque como era trailerero en ese ambiente hay que cuidarse más... Mi esposo siempre me dice que quiere experimentar cosas nuevas, para no aburrirse. Él me dijo que le gustaría verme teniendo relaciones con alguien más y para complacerlo lo hice; pero después él me dijo que me vistiera provocativa y que fuéramos al metro para que me manosearan porque él quería ver. No me gusta lo que me pide, esto del metro no lo he hecho... pero es mi esposo y no quiero que se vaya con alguien más.”  
Norma.*

*“Es que... si lo hubiera hecho, él se hubiera molestado mucho. También me dio confianza que, cuando Manuel entró a trabajar ahí, le hicieron análisis de todo, también el de VIH y me dijo que en todo salió bien.”  
Lourdes.*

Negociar cuándo se tienen relaciones sexuales, de qué forma, exigir el uso del condón o rechazar las relaciones son, en su gran mayoría, situaciones muy difíciles de llevar adelante por las mujeres; hacerlo implica la posibilidad de violencia, desconfianza y recriminación, de abandono, etc. Es por ello que el papel de la mujer en lo sexual sigue siendo, por lo general, pasivo y poco asertivo y, el del hombre activo y resolutivo, siendo coherentes con los modelos socialmente aceptados de feminidad y masculinidad (Heyzer, 2004; Lalasz, 2004 y Women Watch, 2004).

***“... me dijo que era bisexual...”***

Río y Liguori (2000) mencionan que esto se puede deber a la falta de información o a que no saben nada de los hábitos sexuales de su pareja. Pero muchas veces aunque tengan el temor de contraer VIH/SIDA o cualquier otra infección o quieran adoptar conductas menos riesgosas, las mujeres no tienen el poder para hacerlo. Esto se puede deber a la dependencia económica, al temor a perderlo o al temor a la violencia física; la sugerencia del uso del condón masculino implica la desconfianza en la lealtad de la pareja, con o sin razón para dudar.

*“...me dijo que ya no podía más con el secreto, y fue cuando me dijo que era bisexual...en ese momento, sentí un balde de agua fría, pero como él estaba borracho le dije que hablaríamos al día siguiente, pero ya nunca, ninguno de los dos, volvió a tocar el tema.” Lourdes.*

*“... le pedí que usemos condón cuando tuvieramos relaciones, pero él dijo que estaba limpio y no tenía de qué preocuparme.” Margarita.*

***“... se enoja y me amenaza...”***

Para las mujeres que son víctimas de relaciones violentas, negociar el uso del condón también llega a ser muy difícil. La amenaza constante sirve para lograr que se sientan vulnerables y permite que el hombre mantenga el control de las decisiones sobre tener o no relaciones sexuales, las mujeres se ven imposibilitadas a cuestionarles sobre sus encuentros sexuales extramaritales,



negarse a tener sexo, aún cuando ellos vivan infectados (Mehrotra, 2002 y Aids Foundation, 2000).

*“... ahora que sabemos que es positivo, él ha querido tener relaciones conmigo y yo le dije que sí, pero que se pusiera un condón, pero él no quiso y me dijo que si él está (infectado) yo también. Creo que tiene razón.” Lourdes.*

*“...cuando yo le decía que usáramos condón, él se enojaba mucho y me empezaba a decir que con quién me había metido, que era una puta y me amenazaba con matarme y robarme mis ahorros. Además de que les diría a mis hijos y nietos que yo tenía sida.” Margarita.*

Por lo tanto, la vulnerabilidad de las mujeres para infectarse de VIH/SIDA está ligada a la reproducción de los roles de género, que pueden llevar a desarrollar una relación de pareja violenta; la mayoría de las veces manifestándose de una manera “invisible”. Así, las prácticas sexuales son consideradas de alto riesgo, ya que están estrechamente relacionadas con los estereotipos, haciendo que las mujeres estén en grave riesgo de infectarse debido a concepciones genéricas femeninas; además la situación de violencia que viven dentro de su relación, hace que el riesgo aumente por pedir el uso del condón.

## CONCLUSIONES

La violencia hacia las mujeres en la relación de pareja constituye un fenómeno complejo que incorpora varios aspectos para dilucidar. La violencia nace de una interacción de factores ambientales, con base en esto, los factores que causan violencia hacia la mujer tienen relación directa con los aspectos culturales –la religión, el nivel educacional, el nivel socioeconómico, la comunicación con la pareja, la familia-. Sin embargo, existen elementos que se interrelacionan como lo son las costumbres culturales y el concepto que la mujer tiene de sí misma, así también influyen los aspectos ambientales como los medios de comunicación.

La mujer mexicana sin importar su escolaridad, estado civil, siendo amas de casa o no, sufren de algún tipo de violencia a las cuales les controlan el ritmo de vida, el ingreso económico, las relaciones interpersonales, ya que la mayoría se aísla dejando a un lado familia y amistades. Carece de afecto por parte de su pareja, pero siente que la violencia es una forma cotidiana de vida, esto invita a pensar que, entre las mujeres mexicanas, existe el Síndrome de Estocolmo: la relación de pareja se vuelve tan patológica, que minimizan los actos violentos y defienden y aman al victimario.

La construcción social de lo femenino y lo masculino en nuestra sociedad ha sido un factor determinante en el crecimiento de la pandemia de VIH/SIDA en la población femenina. Más allá del comportamiento epidemiológico del virus, el factor social ha sido crucial, pues el ideal de mujer y hombre que se ha construido ha ocasionado muchos problemas para ambos, entre ellos, la propagación del VIH.

La vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH se debe a múltiples factores relacionados con su vida sexual, familiar, social, económica y política. El obligado desempeño de las tareas domésticas, la reproducción y el cuidado de los hijos, la minimización de su participación en la vida social, la violencia, la enajenación de su sexualidad y la violación de sus derechos sexuales, son algunos de los componentes de esta vulnerabilidad.

Los factores de la cultura de sexo-género que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres, lo hacen a través de su influencia directa o indirecta en las prácticas sexuales: parte de las mujeres tienden a ignorar o bien aceptar, pasivamente, las múltiples parejas del compañero, que pueden llegar a ser otros hombres. La sexualidad femenina está muy marcada por las nociones del amor romántico e incondicional. A través de la idealización del enamoramiento, muchas mujeres legitiman sus deseos sexuales, y dan a la sexualidad un significado afectivo e irracional, que en muchas ocasiones impide un ejercicio más libre y respetable de la sexualidad. También se debe tomar en cuenta cuando la pareja ha tenido prácticas sexuales con hombres, las mujeres se refieren a no poder competir con ellos debido a la gama de sensaciones que su pareja pudiera tener; aunque lo que más duele es la traición.

Las relaciones de género influyen en la infección por VIH en las mujeres, a través de tres vertientes: a) la identidad de género, b) las relaciones de poder entre los géneros y c) las inequidades sociales entre hombres y mujeres. Dentro de la identidad femenina están muy arraigadas la concepción del cuerpo como lugar de sufrimiento y esfuerzo y como mecanismo para procrear; la idea de que el conocimiento sobre el cuerpo y la salud es un saber masculino; la valoración de la unión y la maternidad tempranas; la exigencia del cuidado de los otros sobre el propio y la valoración del recato sexual. Por su parte, en la identidad masculina predomina la valoración del riesgo, la violencia asociada a dependencias, la necesidad de demostrar el desempeño, el temor y, por lo tanto, la necesidad de controlar al deseo sexual femenino.

En cuanto a las relaciones de poder, sobresalen la violencia intrafamiliar y la necesidad de negociar la actividad sexual, la procreación y el cuidado de la salud. Entre las asimetrías sociales entre hombres y mujeres están las normas y estereotipos de género, que son más rígidos y, frecuentemente, llevan a prácticas de riesgo.

Sin duda existen diferencias entre las mujeres, relacionadas con distintos estilos y condiciones de vida, de generación, de etapas en la trayectoria de vida, de escolaridad, de posición en la familia y de existencia o no de redes sociales y familiares.

Reducir los riesgos de las mujeres frente al VIH/SIDA no es una empresa fácil; requiere de cambios profundos en los espacios más privados de su vida, y estos cambios deben ir acompañados de transformaciones en los ámbitos sociales, económicos, políticos, institucionales y culturales.

El enfoque de género llama la atención sobre la dificultad para lograr cambios en los modelos preventivos del VIH/SIDA que insisten en promover cambios individuales de comportamiento en las mujeres, sin los logros esperados para hacerlo. Si la noción de vulnerabilidad es de carácter social, también el empoderamiento como su opuesto, debe concebirse desde un punto de vista social. Es decir, debe significar un cambio en las relaciones desiguales entre los géneros.

Si bien se ha trabajado desde hace mucho tiempo con el tema de VIH/SIDA y, a veces, las mujeres han sido incluidas como una población objetivo, no siempre ha sido posible incorporar la perspectiva de género. ¿Cuál es la pertinencia del trabajo en mujeres y VIH? ¿Qué alternativas y posibilidades hay de abordar este tema?

El VIH/SIDA en la mujer es un problema que debe ser afrontado por toda la sociedad. No puede continuar siendo un asunto de nadie. La respuesta al problema de la epidemia en las mujeres se vuelve más imperativa cuando se advierte lo que sucede en otras regiones que comparten con México situaciones de pobreza, inequidad social, económica y política y su construcción de los femenino y lo masculino, factores que han favorecido la propagación de la infección.

Existe una relación muy cercana entre el VIH y la violencia de género, el ejercicio de derechos sexuales, la anticoncepción, el embarazo, el aborto, el empoderamiento, etc. Es decir, el VIH/SIDA en las mujeres no es un tema desfasado de su realidad, ya que la perspectiva de género facilita el trabajo en VIH y mujeres, desde el enfoque de vulnerabilidad.

De mantenerse la situación actual, es muy probable que los casos de VIH en mujeres se incrementen día con día, debido a situaciones tales como que:

1. Los programas de VIH/SIDA para el país no incluyen a la mujer como un grupo vulnerable, no como grupo con prácticas de riesgo; los grupos de mujeres contemplados son las trabajadoras del sexo comercial, las reclusas y las mujeres embarazadas y la importancia se debe, sobre todo, a su función de “transmisoras”; lo que orilla a pensar que:
2. La mujer sigue siendo invisible en la epidemia, no se reconoce su peso en los servicios de salud, pues los prestadores de estos servicios tienen la percepción de quienes acuden con mayor frecuencia son los hombres. Por otro lado, en las estadísticas oficiales no se les da la importancia que tienen; tan es así, que son pocas las que muestran las diferencias entre hombre y mujeres y por edad, lo que haría pensar que en México la epidemia es un problema exclusivo de la población masculina;

3. Debido a las razones anteriores, los recursos y las estrategias siguen siendo dirigidas a otros grupos de la población masculina (HSH, consumidores de drogas intravenosas y reclusos).
4. Dentro de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, el VIH/SIDA no es considerado, ni por las políticas gubernamentales ni por los programas de las organizaciones no gubernamentales, como un problema prioritario.
5. La construcción de género “machista”, desempeña un papel fundamental en la transmisión del virus a las mujeres. En primer lugar, esta construcción social de lo femenino y lo masculino privilegia al hombre sobre la mujer y valora en él la amplia experiencia en el plano sexual, muestra de esto es la cantidad de parejas que ha tenido. En segundo lugar, se margina y discrimina a los hombres que tienen una preferencia sexual por otros hombres, de tal manera, que muchos se sienten obligados a enmascarar estas preferencias teniendo parejas mujeres.

“Los hombres hacen la diferencia” fue el lema de la campaña mundial de ONUSIDA 2000-2001, dirigida a involucrar a los hombres en el cuidado de sí mismos y de las mujeres en prevención del VIH. Este énfasis en los hombres fue justificado con la idea de que son ellos los principales agentes de violencia, quienes se ponen a sí mismos y a las mujeres en riesgo sin tener conciencia de ello, y también quienes menos participan en el cuidado de la salud. Debido a los patrones sociales vigentes de masculinidad y virilidad –que demandan a los hombres ser fuertes-, y a prácticas más frecuentes entre los hombres como el consumo de sustancias y de alcohol, el tener múltiples parejas sexuales y prácticas sin protección.

En resumen, los problemas de salud reproductiva de la mujer, en particular los que se relacionan con VIH, no debemos verlos de manera aislada, sino como parte de una problemática mayor que está dada por el papel que la sociedad le ha asignado a la mujer. Es por ello que la prevención en la población femenina será posible cuando la mujer tenga el poder de decir “no” a una relación sexual no

protegida, y a la negociación de otras opciones erótico-afectivas que se puedan tener.

Lograr modificar estos aspectos sociales y culturales llevaría mucho tiempo y no es posible esperar tanto.

Al hablar de negociación del condón muchas veces se asume que las mujeres, a diferencia de los hombres, si desean usarlo; sin embargo, el ejercicio de la sexualidad basado en la noción del amor romántico implica para muchas, un ideal de amor sin condiciones ni infidelidades por lo que el condón es visto como señal de pérdida de confianza en la pareja, haya o no fundamentos para tenerla. Estos factores agravan el problema de la falta de conciencia de riesgo en las mujeres, en especial las monógamas que basan su ideal de vida en el ideal de pareja estable, la confianza y la supuesta mutua fidelidad, como un contrato de exclusividad. El resultado es la imposibilidad de pensar en la necesidad de sexo más seguro y menos aún de practicarlo; apropiarse del propio cuerpo y de sus deseos es fundamental para establecer relaciones de mayor reciprocidad entre hombres y mujeres, y para optar por conductas preventivas.

La capacidad de hacerse visibles en el espacio público, supone un proceso de empoderamiento para las mujeres más vulnerables; ésta noción debe incluir las relaciones cercanas de las mujeres, una dimensión colectiva y enfatiza las nociones de autoestima y conciencia. Es fácil imaginar que el proceso de empoderamiento es largo y complejo e incumbe sólo a las afectadas, es decir, hay que apoyarlas en el proceso, en una restitución de poder que les permita adueñarse de su propia vida y tomar decisiones al respecto.

Después de estas reflexiones, se puede concluir que México está en una situación de riesgo frente al incremento de la pandemia del VIH en la población femenina; y justamente el reconocimiento de esta realidad es el elemento que puede ayudar a

tomar medidas estratégicas y preventivas, pues aún es tiempo de revertir la tendencia de la expansión de la epidemia.



## PROPUESTA

El impacto de la relación entre VIH y violencia familiar es una cuestión de profundas implicaciones biopsicosociales, donde se extienden diversas ramificaciones que hacen necesaria la intervención en este rubro. De ahí, que sea necesaria una intervención dirigida hacia estos problemas: una consejería a las mujeres que acudan a realizarse la prueba de VIH y sufran de violencia en su relación de pareja.

Empoderar a las mujeres para apropiarse de su cuerpo, de su sexualidad y de su propia vida, es un primer paso. Sin embargo, no se debe excluir a los hombres de este trabajo, pues justamente son ellos quienes deben desempeñar un papel activo en la prevención del VIH, para lo cual es necesario replantear su construcción genérica.

Urge sensibilizar a los hombres, en una nueva cultura de género, para desarrollar estrategias eficaces de prevención; cambiar los condicionamientos de masculinidad que impiden a los hombres adoptar medidas de prevención para protegerse ellos mismos y a sus parejas del riesgo de infecciones, y fortalecer la capacidad y las habilidades de las mujeres en la toma de decisiones propias.

Capacitar al consejero para que sepa reconocer cuando la usuaria “reporta” violencia, siendo esto de manera indirecta cuando se van abordando los puntos de la consejería para VIH. La mayoría de las mujeres que acude a realizarse la prueba, mencionan situaciones dentro de la relación de pareja que no es vista como violencia, es decir, ellas sólo reconocen las actitudes violentas de su pareja sólo cuando hay golpes (violencia manifiesta). Las humillaciones, comparaciones,

el ser obligadas a tener relaciones sexuales sin protección, las amenazas, entre otras, son vistas como algo “natural” dentro de la pareja.

Es necesario analizar esta infección desde una perspectiva de género para ver como inciden las construcciones culturales de lo femenino y lo masculino en la transmisión del VIH. Considero que una de las consecuencias que se deriva de los análisis en relación al género, es la preocupación por cambiar el status quo: ¿cuáles son las condiciones sociales, económicas y culturales que deben cambiar para que la situación de las mujeres mejore?, ¿qué pueden hacer las mujeres para cambiar su situación y lograr mayor igualdad social?

## BIBLIOGRAFÍA

Aids Foundation. La mujer y el VIH/SIDA: Temas claves. Boletín de Tratamientos Experimentales contra el SIDA. 2000. En red: [www.who.int](http://www.who.int)

Andersen, S., Ramírez, T., & Shwartz, A. (1991). Psychological maltreatment of spouses, en Case studies in family violence. New York:Plenum Press.

Alba, W. Vínculos entre la violencia y el VIH/SIDA. A primera plana. Revista de género y comunicación. Octubre 2004, 3, 12. En red: [www.aprimeraplana.com](http://www.aprimeraplana.com)

Apodaca Rangel, M. Violencia intrafamiliar. Unidad de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF), Manual II, México.

BBC. ¿Qué hace a la mujer más vulnerable? 2004. En red: [www.news.bbc.co.uk](http://www.news.bbc.co.uk)

Beauvoir, S. (1981). El segundo sexo. Buenos Aires:Siglo XXI.

Bedolla, P. et al (1998). Estudios de género y feminismo. México:Fontamara.

Berumen, P. (2003). Violencia intrafamiliar. Un drama cotidiano. México:Vila editores.

Bleichmar, E. (1985). El feminismo espontáneo de la histeria. México:Fontamara

Bleichmar, E. (1997). Tesis de Doctorado sobre la sexualidad femenina. "De la niña a la mujer". Barcelona:Paidós.

Bogdan, R. y Taylor, S. (1984). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires:Piados.

Bonino, L. (1995). Develando los micromachismos en la vida conyugal. Una aproximación a la desactivación de las maniobras masculinas del dominio. En: Corsi, J. et al (1995). Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Argentina:Paidós

Brito, A. Género, el nuevo rumbo del combate al sida. La jornada. Suplemento Letra S 101. Diciembre 2, 2004.

Burín, M. (1997). Estudio sobre la subjetividad femenina. Buenos Aires:Controversia.

Burín, M. y Velásquez, M. (1999). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires:Paidós.

Bustos, O. (1991). Los estudios sobre la mujer y la categoría de género en la investigación. México:PUEG.

Campbell, C. (2001). Women, families and HIV/AIDS. Cambridge university Press.

Careaga Pérez, G. (1996). Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva. UNICEF:Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. Fundación John D. and Cataherine T. MacArthur. Family Care Internacional. 24-27.

Carrillo, R. (1999). Las mujeres contra la violencia, rompiendo el silencio. UNIFEM:Nueva York.

Cimbali, V. (1999). La nueva fase del Derecho Civil en sus relaciones económicas y sociales. España:Anagrama

Consejo Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA (CONASIDA). (2003). Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA en ITS en México, 31 de Diciembre del 2004. En red: [www.ssa.gob.mx/conasida](http://www.ssa.gob.mx/conasida)

Corsi, J. (1994). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar, en Violencia familiar. México:Paidós.

Corsi, J. (1995). Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. México:Paidós.

Corsi, J. (2003). Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Argentina:Paidós

De Torres, P. y Espada, F. J. (1996). Violencia en casa. Madrid:Santillana.

Del Río, A. La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. Salud Pública de México. Noviembre-Diciembre 1995, 37, 6.

Dohmen, M. L. (1998). Abordaje interdisciplinario del Síndrome de la Mujer Maltratada. Un proceso secuencial. Argentina:Paidós

Döring, Ma. T. (1999). La pareja o hasta que la muerte nos separe. ¿Un sueño imposible?. México:Fontamara.

Fernández de Juan, T. (2004). Capítulo 6. El maltrato no visible. Acerca de la violencia conyugal y su repercusión en la autoestima de la mujer, en Violencia contra la mujer en México. CNDH.

Ferreira, G. (1992). La mujer maltratada. Buenos Aires:Sudamericana.

Ferreira, G. (1999). Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social, en Hombres violentos, mujeres maltratadas. Buenos Aires:Sudamericana.

Flores, F. (2001). Psicología Social y Género: el sexo como objeto de representación social. México:McGraw Hill.

Foucault, M. (1983). El discurso del poder. México:Folios ediciones. Selección de Oscar Terán.

Foucault, M. (1995). Historia de la sexualidad. México:Siglo XXI.

Ganzenmüller, R. y Escudero Moratalla, J. F. (1999). La violencia doméstica, regularización legal y análisis sociológico y multidisciplinario. España:Bosch.

García, M. (1999). Género y dinero en la vieja ecuación del poder. La Ventana, 3

García, C. y García, C. (1999). Percepción de necesidades en salud reproductiva desde la perspectiva de género, en Género, análisis, y multidisciplinaria. UNAM

García-Moreno, C. (2000). Violencia contra la mujer. Género y Equidad en la Salud. Harvard Center for Population and Development Studies. Organización Panamericana de la Salud. Publicación ocasional, 6.

Gerber, D. (1999). La verdad es mujer. Sociológica, 10, 4.

Goffman, E. (1988). Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires:Amorrortu.

González, E. (2002). La sexualidad prohibida: intolerancia, sexismo y represión. México:Plaza y Janés.

González, N. (2004). Violencia doméstica. El ciclo perverso. Revista Mujer Salud. Abril-Septiembre.

González Pineda, F. (1982). El mexicano. Psicología de su destructividad. México:Pax-méxico. 52-99.

Herrera, C. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Pública de México. Noviembre-Diciembre, 44, 6.

Herrera, C. y Campero, L. Liberar a hombres y mujeres de normas de género destructivas. La Jornada. Suplemento Letra S # 101. Diciembre 2, 2004.

Heyzer, N. Romper el círculo vicioso de la violencia y el VIH/SIDA. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). 2004. En red: [www.onusida.org/unifem](http://www.onusida.org/unifem)

Hierro, G. (1999). Ética y Feminismo. México:UNAM.

Horney, K. (1990). Psicología femenina. Alianza editorial.

Janckel, I. y Voss, A. (2002). Los chicos malos llegan a todas las camas. ¿Qué impulsa a las mujeres a permanecer junto a hombres que las engañan, maltratan, explotan y utilizan?. Barcelona:Robinbook.

Jiménez, B. (1999). El mito de las drogas y su relación con la violencia física y emocional contra las mujeres. Revista de Ciencias Sociales, 73-74, 95-99.

Kendall, T. y Pérez Vázquez, H. (2004). Hablan las mujeres VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario. CNDH

Ladi, M. (1999). La sexualidad femenina como factor de cambio social, en: El problema es la norma, enfoques liberadores sobre sexualidad y humanismo. Colombia:Ediciones Prensa Colombiana.

Lagarde, M. (1990). Cautiverio de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México:Colección Posgrado UNAM.

Lalasz, R. Día mundial del SIDA, 2004: La vulnerabilidad de las mujeres y las niñas. Population Referente Bureau. Noviembre, 2004. En red: [www.popref.prb.org](http://www.popref.prb.org)

Lamas, M. (1991). La bella (in)diferencia. México:Siglo XXI.

Lamas, M. (1995). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México:UNAM PUEG

Lara, Ma. A. (1999). Inventario de masculinidad y feminidad. México:Manual Moderno.

Levy, A. (1999). Reflexiones en torno a la mujer, la familia y la educación. México:SEP UPN:Cuadernos de Cultura Pedagógica.

Liguori, A. et al. (2005). Las ONG y su trabajo en mujeres y VIH/SIDA. En red: [www.insp.mx/glams](http://www.insp.mx/glams)

Lipovetsky, G. (1999). La Tercera Mujer: Permanencia y Revolución de lo Femenino. Barcelona:Anagrama.

Lizarraga, X. (1989). En torno al concepto de sociodistonia y las preferencias sexoeróticas en Estudios de antropología Biológica. México:INAH

Magis, C. (2003). Dos décadas de la epidemia del SIDA en México. México:CENSIDA.

Maquieira, V. y Sánchez, C. (1990). Violencia y sociedad patriarcal. Madrid:Editor Pablo Iglesias. 19-37.

Martín, M. y Borréis, B. (1999). La mujer: un enfoque antropológico. Barcelona:Anagrama.

Martínez, M. (2004). La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico. México:Trillas.

Mead, M. (1981). Sexo y temperamento en las sociedades primitivas. Barcelona:Laia.

Mehrotra, A. SIDA una expresión de violencia de género. PNUD contra Violencia. 2002. En red: [www.undp.org](http://www.undp.org)

Monzón Lara, I. (2003). La violencia doméstica desde una perspectiva ecológica. Análisis de los factores que influyen en que algunas mujeres maltratadas permanezcan conviviendo con sus agresores. En: Corsi, J. (2003). Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Argentina:Paidós.

Montoya, T. (1998). Nadando contra corriente. Buscando pistas para prevenir la violencia masculina en las relaciones de pareja. Nicaragua:Puntos de encuentro.

Müllender, A. (2000). La violencia doméstica. Una nueva visión de un viejo problema. Barcelona:Paidós.

ONUSIDA. La mujer y el VIH/SIDA; apoyo, prevención y atribución de poder. 2004. En red: [www.onusida.org](http://www.onusida.org)

Organización Panamericana de la Salud (OPS). El género y la infección por el VIH/SIDA. 2002. En red: [www.unaids.org/ops](http://www.unaids.org/ops)

Palacios, V. (2001). Violencia intrafamiliar. ¿Quién le pone el cascabel al gato?. Presencia Económica, 8, 58.

Papp, P. (1991). Couples on the Fault Line. New directions for therapists. N. Y.:Guilford Press

Pérez, R. (2000). Fiestas as tradition, fiestas as change: ritual, alcohol and violence in Mexican community. Addiction, 95, 3.

Powers, B. (1996). Acéptate, acéptalo. Cómo explicar y comprender las distintas orientaciones sexuales. España:Paidós.

Programa General para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (UAVIF). 2001. México:Secretaría de Desarrollo Social.

Registro Nacional de Casos de SIDA. Estadísticas en México. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de SIDA. 2005. En red: [www.ssa.gob.mx/conasida](http://www.ssa.gob.mx/conasida)

Rico, B. et al. (1999). Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina. México:INSP.

Río, B. y Liguori, A. Mujeres y VIH/SIDA: reflexiones sobre la situación actual y algunos retos legislativos. SIDA-ETS 2, 4 Abril-junio 2000.

Riquer, F., Saucedo, F. y Bedolla, P. (1996). Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública, en Mujer: sexualidad y salud reproductiva. México:Population Council.

Rojas, R. (2000). Guía para realizar investigaciones sociales. México:Plaza y Valdez.

Robertson, D. (1997). Enfermedades de Transmisión Sexual. Diagnóstico, tratamiento, prevención y repercusión social. Barcelona:Doyma.

Salazar, J. (2000). Convivencia y seguridad: un reto a la gobernabilidad. Alcalá de Henares:Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo.

Serret, E. (2001). El género y lo simbólico. La construcción imaginaria de la identidad femenina. México:UAM-A.

Suaréz, M. (1999). Discurso y violencia intrafamiliar en México. Historia y realidad. Iztapalapa, 45, 19.

Szasz, I. (1999). Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México:COLMEX.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1991). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires:Paidós.

Tinedo, G. (2000). Violencia de género. Utopía y Praxis latinoamericana, 11, 5

Torres, M. (2001). La violencia en casa. México:Paidós.

Trujado, P. (1997). Violencia y Mujer. El Cotidiano, 63, 10

Trujado, R. P. (S/A). Mujeres golpeadas, hombres maltratados: tendencias actuales en la investigación sobre violencia doméstica. Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento.

Vale, O. (2001). Reflexiones generales en torno a la construcción social del "género femenino": implicaciones para la práctica psicoterapéutica con mujeres maltratadas. Revista de Ciencias Sociales., 30 1-2, 321-331.

Valles, M. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. España:Síntesis.



Villacorta, C. (1999). La violencia intrafamiliar: ¿un problema público o privado?. Estudios Centroamericanos, 603, 54

Vírseda, J. A. (2000). La familia y la violencia intrafamiliar. Psicología Iberoamericana, 4, 8.

Volkow, P. VIH/SIDA y la mujer: aspectos clínico-epidemiológicos. SIDALAC Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe. 2005. En red: [www.sidalac.com](http://www.sidalac.com)

Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones de familia. Buenos Aires:Paidós.

Whaley, J. A. (2001). Violencia intrafamiliar. Causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e interaccionales. México:Plaza y Valdés.

Women Watch. La mujer y el VIH/SIDA: concienciación, prevención y fomento del poder de decisión. 2004. En red: [un.org/womenwatch/daw](http://un.org/womenwatch/daw)

**A N E X O**

## ANEXO 1

**Patricia.**  
**21 años.**  
**Soltera.**  
**Primera prueba.**  
**Pre consejería.**

Patricia es una mujer delgada, morena que llegó sola a su cita. Vestía pantalones de mezclilla negros, blusa rosada y chamarra azul cielo. A simple vista se notaba nerviosa, ya que cuando me presenté constantemente se tronaba lo dedos de las manos y tenía un papel, al parecer una servilleta, en ellas que estrujaba.

Después de presentarme e invitarla a pasar al cubículo, se sentó enfrente de mí; estaba encorvada en su lugar y seguía tronándose los dedos y jugando con el papel. Su cara se veía demacrada, es decir, pálida, con ojeras, su mirada un poco perdida, no mantenía contacto visual.

Le pregunté si había tenido problemas para llegar y me dijo que no, que lo único que le preocupaba era que nadie se enterara de que ella estaba en “este lugar”; traté de tranquilizarla diciéndole que todo es confidencial y que no debía preocuparse, pero Patricia insistió en que alguien la hubiera visto entrar, además que tenía mucho miedo pero que ya estaba ahí.

Le pregunté cuál era el motivo de su consulta y me comentó que se quería hacer la prueba y saber si tenía SIDA.

Su tono de voz era muy bajo y tartamudeaba un poco, seguía en la misma postura y estrujando el papel que tenía en las manos.

Le pregunté el por qué quería hacerse la prueba y me contestó que había tenido relaciones sin usar el condón.

Sus respuestas eran directas, sin entrar en detalles.

Le pedí que, por favor, fuera un poco más explícita; se me quedó viendo, como desconfiando, y me preguntó que si nadie sabría de lo que ella diría; le volví a decir que todo era confidencial y que nadie tenía por qué enterarse, que le pedía que fuera más directa para poder tener más información y hacer un mejor trabajo; pero si, aún así, ella no quería dar detalles, le respetaría su decisión.

Patricia se me quedó viendo, suspiró, se enderezó, me miró y comenzó diciendo que hacía 3 meses había recibido una llamada de su ex novio diciéndole que los dos tenían SIDA, que ya se habían chingado; por lo que ella tiene mucho miedo de saber que tiene “esa enfermedad”.

Le pregunté cuándo había sido la última vez que tuvo relaciones sexuales y me dijo que había sido alrededor de 4 meses atrás, que después de esa llamada ella vió en internet que deben de pasar tres meses para hacerse la prueba. Le confirmé esa información, diciéndole que era el tiempo necesario para que se detectaran anticuerpos en su sangre y así tener un resultado seguro. También

pregunté cómo eran sus prácticas sexuales, es decir, si usaba condón, con qué frecuencia, si la penetración era vaginal o también anal, si hacía sexo oral con condón, etc.

Patricia nunca usaba condón en penetración vaginal y anal, practicaba ambas, y en el sexo oral. Al preguntarle el por qué no protegerse comentó que ella no lo creía necesario porque Salvador (su ex novio) ha sido su única pareja y ella siempre le fue fiel, aunque él es casado.

En ese momento se me quedó viendo, creo que esperaba algún comentario como de regaño o juicio de mi parte y de momento me dijo que me contaría todo para que entendiera mejor.

Patricia trabaja de capturista en una zona militar, ahí conoció a Salvador porque se lo presentó su jefe aunque ella ya lo había visto y le gustaba; que cuando lo saludó lo primero que llamó su atención era que él tenía ojos tristes, pero que siempre se estaba riendo. Después de un mes comenzaron a andar y Patricia siempre sintió que era la protectora de Salvador, porque aunque siempre se estaba riendo sus ojos decían que estaba triste.

Cuando estaba hablando de esto su expresión cambió, se veía contenta y se oía contenta. Le hice este comentario y me dijo que esos fueron buenos tiempos, que no sabía lo demás. Dejé que siguiera hablando. Comentó que a pesar de que la amenazaba, ella siempre trató de protegerlo porque era infeliz en su matrimonio ya que ella tenía la obligación de hacerlo, por eso era su pareja. Pero no importaba lo que ella hiciera para que él se sintiera bien, siempre le echaba la culpa de todo lo que le pasaba, aún así seguía sintiendo esa obligación. Aunque cuando tenía relaciones sexuales, si le daba miedo porque él se ponía muy agresivo si ella pedía el uso del condón: le decía que con quién se había metido o si estaba enferma de algo, además de que ella era de él y de nadie más. Las agresiones nunca fueron físicas, aunque amenazaba con matarla a ella y a su familia, esto si le daba miedo.

Me llamó la atención este comentario y, sobre todo, como retomó la actitud que tuvo al principio de la sesión. Le pedí que me dijera más sobre su manera de protegerse.

Patricia nunca se cuidaba, ni siquiera por un embarazo porque él le había dicho “cómo detenerse” para no embarazarla.

En ese momento le pregunté qué pasaría si el resultado a VIH era positivo, se quedó callada y después de un breve momento me dijo que no sabría qué hacer, pero ella cree que se lo tendría que decir a su familia y también pensaría en suicidarse porque no tendría cara para enfrentarse a su mamá y a sus hermanos.

Le comenté que lo que decía sonaba incongruente debido a que decía que tendría que decírselo a su familia pero le daría vergüenza.

Patricia me dijo que en su casa nunca le hablaron de sexo, sólo lo necesario que fue la menstruación. Que en una ocasión su mamá le dijo que si salía con sus pendejadas, es decir, embarazada, que se iría de la casa porque ella no quería prostitutas en su casa. En ese momento, agachó la cabeza y dijo que se sentía culpable por haber andado con él, por no haberse protegido porque si tenía “la enfermedad” qué iba a hacer.

Le dije que, para empezar, ella decidía cuándo y a quién le decía si estaba infectada, que esa era su decisión; además que, si su resultado era positivo, no

iba a estar enferma, simplemente tendría un virus dentro de ella y por lo mismo había que hacer cambios en sus hábitos. Creo que haberle dado más información, no habría servido de mucho porque estaba bloqueada y la hubiera saturado.

En relación a si el resultado era negativo, Patricia comentó que ahora sí exigiría el condón y ya no tendría miedo de lo que fueran a pensar de ella.

Le hice el comentario que me parecía muy buena su decisión, pero qué pasaría si se encontraba a otro hombre como Salvador, que la tratara igual.

Patricia me dijo que tiene que aprender a vivir sin miedo porque ya no quería repetir las mismas tonterías que antes, porque si salía negativa era una nueva oportunidad que dios le había dado para vivir y sería muy tonta si lo desperdiciaba. El tiempo ya se había acabado y yo tenía muchas dudas acerca de su relación con Salvador y lo de las amenazas, Le dí su número de clave para que recogiera su resultado en una semana, la acompañé a que le sacaran la sangre y después la despedí haciéndole hincapié de que era necesario que regresara, que no lo dejara así.

La mayor parte de la sesión, Patricia estuvo muy nerviosa y angustiada, la única ocasión que puso buena cara fue cuando habló del principio de su relación, después continuo con lo mismo.

## **Post consejería**

### **Entrega de resultado**

*Hola Pati, ¿cómo has estado?*

Bien... bueno, más o menos. Tengo mucho miedo.

*¿Qué has pensado esta semana?*

Pues, de todo lo que me dijiste... me hiciste pensar en que, que tal si estoy enferma. Bueno... no enferma, pero si pensando en que puedo tener sida.

*¿Qué sabes de la infección?*

Bueno, no mucho sólo lo que me dijeron en la escuela. Es que él ha sido mi única pareja y en mi casa nunca me hablaron de sexo, lo que sé es lo que me enseñaron en la escuela. Además, como él es casado sólo tiene relaciones con su esposa y conmigo, yo sólo con él... yo lo quiero y le soy fiel, no he estado con nadie más.

*Pati, la vez pasada me contaste de Salvador y que por eso te hiciste la prueba.*

Si.

*¿Alguien sabe lo que te está pasando?*

No... nadie sabe nada de las amenazas, del miedo que tengo. No le puedo contar nada a nadie porque tengo miedo de que cumpla sus amenazas y le haga algo a mi familia, por eso mejor me quedo callada.

*¿Qué sentías por Salvador?*

Cuando yo lo conocí lo primero que me llamó la atención fueron sus ojos tristes... es que, es como un niño que está buscando que alguien lo quiera. Es como un niño grande al que hay que cuidar para que no sufra.

*¿Cómo era cuando estabas con él?*

Al principio era muy padre porque él era bien cariñoso... siempre me decía que yo no lo quería porque no lo abrazaba, aunque yo le decía que no pensara eso... pero creo que nunca me creyó.

*Y en la intimidad ¿cómo era contigo?*

Bueno... es que me da pena contarte.

*Si no quieres hablar de eso, no importa.*

Bueno... cuando él quería tener relaciones conmigo y yo no quería, no le decía nada... porque me amenazaba con matar a mi familia. Mejor aceptaba para que el problema no se hiciera más grande.

*¿Siempre era así o sólo en algunas ocasiones?*

No, siempre era así... sobre todo cuando yo le decía que se pusiera un condón porque... pues... a él le gustaba mucho tener relaciones cuando yo estaba... pues... con mi regla. Aparte que no le gustaba.

*Y tú, qué hacías.*

Nada porque si empezábamos a pelear, él empezaba a gritar y me agarraba del brazo muy fuerte y me empezaba a sacudir; me decía que yo no tenía derecho de tener amigos porque si me veía hablando con alguien me dejaría.

*Pati, para ti ¿qué es la violencia?*

Bueno... es cuando le pegan a alguien, por ejemplo, cuando de chiquito te portas mal.

*¿Salvador es violento?*

¡No, como crees! Es que, él ha sufrido mucho porque su esposa no lo quiere y tampoco él a ella. Además si tu vieras sus ojos tristes...

*¿Eso qué tiene que ver con la manera que te trata?*

Es que... te acuerdas lo que te dije la vez pasada: siempre se está riendo, pero tiene sus ojos tristes y él me contaba que no era feliz con su esposa.

*Y por eso te buscó a ti.*

No sé... creo que sí.

*Además de las amenazas, ¿qué más hacía?*

Cuando estuvimos juntos me revisaba mi bolsa, mi celular para ver quién me había llamado. Cuando tronamos me comenzó a llamar por teléfono.

*¿Qué te decía?*

Me decía que sabía con quién andaba y que tenía contactos que le decían lo que yo hacía; me dejaba recados amenazándome y cuando le preguntaba me decía que él no era. Él siempre me decía que yo era una puta, que me metía con cualquiera, que con cuántos más de la zona me había metido. Yo le decía que era el único y, me decía que sólo un pendejo como él se fijaría en alguien como yo, que agradeciera que estaba conmigo porque nadie iba a estar conmigo. Siempre me comparaba con su esposa, diciéndome que ella era mejor que yo.

*¿Te decía o hacía algo más?*

Él me decía que yo no podía salir a ninguna parte si no era con él, que si lo hacía él tenía gente que me vigilaba y le contaba lo que yo hacía; que si lo desobedecía, me iba a ir mal. Yo no salía a ningún lado porque sabía que me vigilaban, que le iban a decir y que él se iba a enterar... luego mi mamá me mandaba al mercado y yo no quería ir, mis amigos ya no me invitaban a ningún lado porque nunca iba. Me daba miedo que en una de esas, fuera a llegar y cumpliera lo que me había dicho.

*Salvador te amenazaba, te vigilaba, te comparaba con su esposa. ¿Tú cómo te sentías?*

Pues, mal... porque yo lo quiero y siempre quise ayudarlo pero él me echaba la culpa de todo lo que le pasaba.

*¿Y qué le pasaba por tú culpa?*

Pues él me decía que por mi culpa se drogaba y se había casado.

*Entonces, cuando tú lo conociste él estaba soltero.*

No, él ya se había casado ya tenía como dos años

*¿Y qué culpa tuviste en eso?*

No sé, pero siempre me dijo que era mi culpa que estuviera casado.

*¿Qué es para ti una pareja?*

Pues... es alguien que te apoya, que está contigo en las buenas y en las malas... y en la que confías.

*¿Todo eso te lo da Salvador?*

No... pues no. Pero él es bueno, lo que pasa es que tiene muchos problemas... y debo de apoyarlo.

*Tú lo apoyas a él.*

Si, desde que comenzamos, siempre lo apoyo.

*¿Y él a ti?*

Bueno... pues... la verdad, no.

*Regresando a tus prácticas sexuales, me comentabas que nunca te protegías.*

Si.

*¿Alguna vez notaste algo extraño en tu cuerpo, es decir, algún granito en el área genital o algo que no pareciera normal?*

Bueno, si... hace como año y medio me salieron unos granitos dentro de la vagina.

*¿Fuiste al médico para que te examinara?*

Si, fui al médico y me mandaron hacer unos análisis.

*¿Te dio algún tratamiento?*

No, primero me dijo que me iba a mandar unos análisis... o sea, para saber qué tenía.

*¿Y qué te dijeron que tenías?*

Este... no sé.

*¿No sabes?*

No porque nunca fui por los resultados... es que me dio miedo que me fueran a decir algo malo; después se me quitaron y ya no me volvieron a salir.

*Entonces nunca supiste por qué eran esas verrugas y nunca te las trataste.*

Ajá.

*Aparte de eso, ¿has sentido o visto algo más?*

Pues... si.

*¿Qué pasa?*

Este... hace como cinco meses empecé a tener un flujo café, así como cuando va a empezar mi regla... como café.

*Ese flujo ¿ya lo habías tenido antes?*

No

*Aparte de ser café, ¿tiene algún olor o consistencia?*

*¿Cómo?*

*Si, ¿huele mal o no huele a nada? ¿es como moco o cómo es?*

Si, huele muy feo... como a podrido y es... como... un moco muy espeso.

*¿Ya te revisó un médico?*

Si, fui con un doctor que me dio una pomada y se me quitó.

*¿Te dijo qué era?*

Me mandó a que me hiciera unos estudios... pero ya no fui.

*Entonces no sabes por qué tenías el flujo.*

No.

*Pati, no has preguntado por tu resultado.*

Es que tengo mucho miedo de que pueda salir cierto lo que me dijo... pero también tengo mucha fe en que todo va a salir bien.

*¿Así lo crees?*

Estuve rezando toda esta semana y estoy segura que el resultado va a ser negativo.

*¿Entonces por qué el miedo?*

No sé. Yo estoy segura de que todo va a salir bien porque Salvador siempre me mentía... me dijo que lo habían corrido del trabajo y no era cierto. Entonces, si me mintió sobre eso... pues también me pudo haber mentido en cuanto a esto.

*¿Quieres que sigamos platicando o saber tu resultado?*

No sé... es que... bueno ya... dime mi resultado.

*¿Quieres que te lo diga o lo quieres ver tú?*

No, dímelo

*Recuerdas que te dije que se iban hacer tres pruebas: sífilis, hepatitis b y VIH.*

Si.

*Pues en las tres saliste negativa.*

¡De veras! ¡Gracias dios mío!

*Así es, aquí lo tienes para que lo veas.*

Gracias.

*¿Cómo te sientes?*

Aliviada... ya estoy segura que no tengo nada.

*No tienes VIH, pero esas verrugas y ese flujo no son normales. Yo te recomiendo que te revise uno de nuestros médicos para que te digan qué tienes.*

*¿Es necesario?*

*Si Pati. No sabemos qué es lo que tienes, saca una cita con el médico para poder descartar que se pueda complicar*

*¿Entonces lo tengo que hacer?*

*Si quieres no lo hagas, pero si se podía complicar. Mira, esas verrugas que tienes que yo sepa te las deben de operar porque podrían provocarte cáncer. Por lo que me dices me parece que tienes papiloma y ese flujo, me parece que pudiera ser gonorrea ¿Te has hecho el papanocolau?*

No, nunca.

*Creo que podríamos empezar por ahí, pero es tu decisión.*

Si. Me preocupa algo.

*¿Qué es?*

Es que... si él me busca ¿qué hago?

*No entiendo.*

Si, que tal si me pide que regresemos... es que yo todavía lo quiero.



*¿Piensas regresar con él después de todo esto?*

Es que no sé.

*¿Te ha buscado?*

Es que... antier lo ví y sus ojos están más tristes que antes. Antes cuando peleábamos, él siempre me buscaba.

*¿Hablaste con él?*

Si.

*¿Qué pasó?*

Me dijo que dejara de mandarle recados por el celular... que lo deje en paz, porque si no sabré de lo que es capaz; pero yo nunca hago eso. Después él llamó a mi casa y dijo que estaba hasta la madre de mi y que me atenga a las consecuencias y me empezó a decir todo lo que hacía mi hermana, mi mamá, mi hermano y su esposa. Me dijo que el día que menos me imagine, él matara a toda mi familia por mi culpa.

*¿Lo crees capaz?*

La verdad... si. Es que... dentro del ejército es otra cosa, no es como afuera.

*¿A qué te refieres?*

A que si algo hace... lo van a cubrir ahí adentro.

*Pati te tengo que preguntar esto: posiblemente te infectó de gonorrea y de papiloma, estás pasando la angustia de que pudiste haber tenido VIH, te amenaza y aún así piensas regresar con él.*

No sé... hace poco lo ví y me reclamó que hubiera abortado un hijo de él, que era una asesina.

*¿Lo hiciste?*

No... yo le dije que eso no era cierto, que quién le había dicho pero no me contestó. Eso fue en la mañana, y en la tarde lo volví a ver y le dije que quería ser su amiga pero él me dijo que por mi culpa se drogaba y se había casado, que yo era una asesina que había matado a su hijo.

*¿Le ofreciste tu amistad?*

Si.

*¿Por qué hiciste eso?*

Es que alguien tiene que cuidarlo.

*Y él ¿qué te dijo?*

Que no... que nunca me dejaría en paz, que no descansaría hasta destrozarme a mi y a mi familia.

*Pati la decisión que tomes, tómala con responsabilidad, es lo único que te puedo decir.*

Entonces sería todo.

*Te recomiendo, aparte de hacer cita con el médico, que te repitas la prueba en tres y seis meses para estar mucho más seguros.*

Si, yo regreso en tres meses. Gracias.

*Que te vaya bien, Pati.*

## ANEXO 2

**Claudia.**

**21 años.**

**Soltera.**

**Estudiante de Administración educativa.**

**Primera prueba.**

**Pre consejería.**

Claudia es una chica morena, delgada, cabello lacio abajo del hombro, oscuro. Llega a su cita alrededor de 20 minutos después acompañada de una amiga. Cuando la invité a que pasé al cubículo, le tomó la mano a su amiga y esta movió la cabeza con una señal de aceptación.

Lo primero que pregunta Claudia es si era necesario hacer la consejería, le respondí que es lo mejor en el proceso para poder descartar posibilidades y enfrentar esto de la mejor manera; pero que ella tomaba la decisión de hacer el proceso o simplemente que le tomaran su muestra de sangre. Claudia aceptó, creo, que de mala gana y preguntó cuánto tiempo tardaríamos, le dije que aproximadamente 45 minutos o 1 hora, me contestó que tenía un poco de prisa porque tenía que hacer trámites en la escuela, que nos apuráramos para que no se le hiciera tarde.

Claudia estaba sentada en la silla muy rígida, pero constantemente se estaba tronando los dedos de las manos y, al parecer, le sudaban porque también se las limpiaba en las piernas.

Para agilizar la consejería le pedí que me dijera el por qué se quería hacer la prueba.

Me dijo que su vida sexual la comenzó a los 18 años y que sólo dos o tres veces se había cuidado y eso había sido porque ellos se habían puesto el condón porque ella nunca lo pide, le da igual.

Le pregunté que si esos chavos habían sido sus parejas y me contestó que no, que los conocía en alguna fiesta, en la calle o en un antro, que se iban al hotel o algún otro lado y que nunca los volvía a ver.

Le pido a Claudia que me diga lo que sabe del VIH y me contesta que sólo lo básico: que se transmite por relaciones sin protección, por sangre y en el embarazo.

Claudia daba respuestas concretas y específicas, creo que para que no se le preguntara más; además parecía que tenía todo ensayado, que sabía qué contestar a cada pregunta que se le hacía. En repetidas ocasiones volteó a ver el reloj que estaba en la pared.

Le hice el comentario que si tenía la información necesaria, por qué no protegerse. En ese momento apretó sus manos contra las piernas y me vió fijamente, creo que

muy molesta me respondió que sus traumas ella los sabía y que no tenía porque contárselos a nadie.

Le pregunté, directamente si estaba enojada y me dijo que no, pero que no le gustaba que se metieran en su vida. Le hice la aclaración que de ninguna manera intentaba hacer eso, pero que haría mejor mi trabajo si tenía más detalles. Claudia se quedó callada y me preguntó si se podía ir, le pedí que sólo me contestara dos preguntas, a lo que aceptó aunque de mala gana.

Le pregunté que si el resultado era negativo, qué pasaría; me respondió que usaría el condón de planta para ya no pasar por lo mismo, aunque no sabría cómo empezar.

Cuando le pregunté por la posibilidad de que el resultado fuera positivo; se quedó callada un momento y dijo que no sabría qué hacer, ni a quién acudir, aunque mejor no se lo plantea porque es mejor no pensar en eso y malviajarse, mejor trata de no pensar y ojalá no pase nada.

Le dí su número de clave, diciéndole que llamara primero para saber si ya había llegado su resultado y si quería hacer la cita conmigo y con cualquiera de mis compañeros. Tomó su clave, sin decir palabra, se levantó y abrió la puerta. Salí con ella y la acompañé a enfermería para que le sacaran la sangre, me despedí y me retiré.

Se quedaron muchas cosas por investigar, debido a que Claudia estaba muy ansiosa y con mucho miedo de enfrentarse a una situación como esta.

### **Post consejería.**

#### **Entrega de resultado.**

Claudia llegó muy puntual a la entrega de resultado, aunque me extrañó mucho que regresara y que pidiera que yo la atendiera. Cuando bajé por ella y la saludé, me miró y agachó la mirada como si estuviera apenada, iba acompañada con su amiga de la vez pasada.

*¿Cómo has estado, Claudia?*

Bien, un poco preocupada pero bien.

*Claro, esto no es cualquier cosa y creo que es normal que te sientas así.*

Antes que nada, te pido una disculpa porque me porté muy grosera la vez pasada... es que tenía mucho miedo.

*No te preocupes, te entiendo y sé que esto no es fácil.*

Es que estuve pensando sobre todo en eso del resultado positivo y la verdad si me espanté mucho.

*¿Qué pensaste?*

En que he sido bien tonta y hasta ahora veo un chingo de cosas que he hecho a lo güey.

*¿Cómo que?*

Pues... eso de meterme con medio mundo valiéndome madre todo: si me embarazo, si me pegan algo... todo eso.

*¿Qué pasó para que te hiciera las prueba después de 3 años de empezar tu vida sexual?*

Pues mira... la chava con la que vengo es mi mejor amiga. Ella se la acaba de hacer y yo la acompañé por su resultado y empezamos a platicar un montón de cosas y... como ella sabe de todo el desmadre que hay en mi vida, pues me dijo que yo me la debería de hacer.

*Entonces, te hiciste la prueba porque tu amiga te dijo.*

Si.

*Claudia, si tu amiga no te hubiera dicho de su prueba y no te hubiera recomendado que te la hicieras ¿te hubieras hecho la prueba?*

Yo creo que no. Bueno... quién sabe.

*La vez pasada me comentabas que nunca te cuidaste.*

Si, yo nunca he pedido el condón. Las veces que le he usado ha sido porque ellos se lo pusieron, pero a mi me hubiera dado lo mismo.

*¿Ninguno de ellos era tu pareja?*

No, ninguno.

*¿Nunca has tenido novio?*

Tuve una pareja estable hace año y medio.

*¿Tuviste relaciones con él?*

Si.

*¿Había protección?*

No, ninguna. Es que... te acuerdas que te dije que estoy traumada.

Si.

Es que creo que esa relación me madreó más.

*¿Por qué lo crees?*

Porque fue un desmadre cuando estuve con él. Él es un chavo que necesita que lo apoyen mucho, viene de una familia que es todo un desmadre, donde cada quien se rasca con sus uñas. Cuando lo llevaron al reclusorio, yo siempre iba a visitarlo y hasta le contraté un abogado para que lo ayudara; era mi obligación ayudarlo porque por eso yo era su novia.

*Dos cosas: ¿por qué estuvo en el reclusorio? y ¿por qué era tu obligación ayudarlo?*

Mira, él es alcohólico y en una ocasión estaba con sus amigos y se les hizo fácil robarle a un señor para seguir tomando, pero el señor avisó a una patrulla y cuando llegaron a agarrarlos todos corrieron y él como estaba hasta su madre ni cuenta se dio de lo que pasaba. Lo llevaron a Santa Martha y ahí estuvo cuatro meses.

*¿Y por qué era tu obligación ayudarlo?*

Pues como te digo, su familia es un desmadre entonces nadie lo apoyó cuando lo encerraron, sólo yo iba a verlo.

*Claudia ¿cómo era su relación de pareja?*

Cuando estábamos juntos y yo le platicaba algo, siempre me decía que no dijera pendejadas, que a él no le importaba lo que yo hiciera, que lo que hacía no era importante. Cuando trataba de enfrentarme con él, me abrazaba y me decía que si lo dejaba nadie más andaría conmigo porque tengo unos dientes muy feos.

*¿Cómo te sentías cuando te decía eso?*

Pues bien mal. Porque yo siempre lo quise y hacía de todo para que él estuviera bien y no le molestara nada.

*¿Qué más hacía o te decía?*

Me llamaba en la madrugada para saber con quién estaba y qué estaba haciendo. Además me revisaba mis cosas y si me encontraba algo que no fuera de la escuela, no me la acababa.

*¿Cómo no te la acababas?*

Si, por ejemplo una ocasión tenía que hacer un trabajo con un chavo del salón y nos teníamos que ver para ponernos de acuerdo y cuando él se enteró no me la acabé porque me dijo un montón de cosas.

*¿Cómo qué?*

Pues que yo era una puta, que me acostaba con medio mundo... todo eso.

*¿Alguien sabe todo lo que te hacía?*

De todo lo que me hizo, nunca supieron. A veces le quería decir a mi mamá, pero no podía. Es más, tú eres la única que lo sabe.

*¿Crees que él es violento?*

Pues... no, porque nunca me pegó.

*¿Y todo lo que te decía?*

Bueno, si... pero es que él venía de una familia que es un desmadre. Sé que no es ninguna justificación, pero... bueno.

*Me llama la atención que, de todo lo que me has contado, no has mencionado algún momento bonito.*

No.

*¿Hubo alguno?*

Pues... no creo que no. Había ocasiones en que se ponía a llorar y me decía que no lo dejara; yo lo abrazaba y le decía que nunca lo dejaría. Pero en seguida cambiaba, me empujaba y me decía que yo sin él no era nada y que él era quien me iba a dejar si no me portaba bien.

*¿Alguna vez te amenazó?*

Cuando me hablaba en la madrugada me decía que si lo dejaba sabría de lo que es capaz, que un día llegaría y no me mataría, sino que me dejaría un recuerdito para que siempre me acordara de él. Al principio no le creía y como él lo notaba, me decía que no me confiara tanto.

*¿Por qué terminaste con él?*

El terminó conmigo cuando estaba en el reclusorio, en una ocasión lo fui a ver y me dijo que había conocido a alguien, que ya no lo buscara. Siempre me decía que yo no valía nada, que había tenido chavas mejores... cuando estuvo en la cárcel, convencí a mi mamá de que me prestara dinero para pagarle un abogado; yo esperaba que me diera las gracias por ayudarlo, pero él me dijo que lo hice porque quise; pero que ni eso había hecho bien, porque se tuvo que aventar cuatro meses adentro.

*¿Si él no te hubiera cortado, lo habrías hecho tú?*

No sé, yo creo que no porque era una relación bien enferma.

*¿Hace cuánto pasó esto?*

Duré con él como un año, después lo encerraron y hace como tres meses que salió.

*¿Lo has vuelto a ver?*

Vas a decir que soy una pendeja, pero si. Me habló por teléfono y me dijo que quería hablar conmigo, lo ví y terminamos en la cama.

*¿Hubo protección?*

No.

*¿Cuándo fue eso?*

En marzo.

*¿Has estado con alguien más?*

No con nadie, porque ya no quiero repetir las mismas pendejadas.

*¿Qué vas a hacer para ya no repetirlas?*

Mira, ahorita te puedo jurar que ya nunca me voy a meter con nadie, pero yo sé que no es cierto. Lo que quiero es cambiar mi forma de pensar, porque es lo que me está dando en la madre.

*¿Cómo le harías?*

Voy a empezar una terapia, de hecho hoy en la tarde es mi primera sesión.

*¡Te felicito!*

Gracias, ya es hora de empezar a cambiar. Sólo quiero saber mi resultado para empezar bien.

*¿Quieres que te lo diga o quieres verlo tú?*

Dímelo tú.

*Bueno, Claudia tu resultado de VIH es negativo.*

*¿En serio?*

*Así es, mira para que lo creas.*

Yo sabía que saldría negativa, pero ya está más que seguro. ¿Me la tengo que hacer otra vez?

*Mira, por lo que me dices ya pasaron los tres meses después de la última relación de riesgo, yo te recomiendo que la repitas en tres meses más.*

*¿Entonces este resultado no es seguro?*

*Es seguro, solamente que con la otra estaríamos reafirmando este.*

Si, está bien.

## ANEXO 3

**Josefina.**

**27 años.**

**Unión libre.**

**Segunda prueba (la primera es positiva).**

**Pre consejería**

Josefina llegó mucho antes de la hora de su cita, aproximadamente 30 minutos antes; llegó acompañada de una mujer mayor que ella.

Josefina es muy delgada, blanca, cabello castaño claro, se veía demacrada como si estuviera enferma; iba vestida con un pantalón de mezclilla y una sudadera, ambos muy grandes para ella.

Cuando dio la hora de su cita y bajé por ella, al presentarme e invitarla a pasar al cubículo, Josefina no me contestó, tenía la mirada perdida parecía que me escuchaba pero no me entendía. La mujer que la acompañaba se presentó como su hermana, sacudió a Josefina del hombro y ésta reaccionó al movimiento, devolviéndome el saludo y preguntándome si su hermana podía pasar con ella; le respondí que era decisión de ella ya que en la sesión se tocarían temas íntimos a lo que Josefina dijo que su hermana sabía todo de ella.

Ya en el cubículo, al preguntarles cuál era el motivo de su visita, la hermana respondió que querían que se le repitiera la prueba a Josefina porque se la habían hecho en un laboratorio particular y había salido positiva. Les pedí que me enseñaran la hoja del resultado que les habían entregado y, efectivamente, era un resultado positivo y se recomendaba hacerse la confirmatoria.

Josefina estaba sentada encorvada, con las manos entre las piernas, agachada, sin decir nada.

Me dirigí a Josefina y le pregunté por qué se había hecho la prueba, después de unos cuantos segundos su hermana la volvió a sacudir del hombro para que contestara; en ese momento, Josefina alzó la cabeza y, con un tono de voz muy bajo, dijo que desde hace 6 meses empezó a perder peso, le dolía mucho la cabeza y le daba calentura. Le pregunté que cuántos kilos ha bajado y me dijo que más o menos lleva 5 kilos menos en esos meses.

Su hermana comentó que al verla que bajaba de peso, la llevó con una doctora que le mandó que se hiciera análisis de sangre y orina, los cuales salieron bien. Aún así, su hermana le dijo a Josefina que se hiciera la de VIH por los riesgos que tuvo antes de juntarse con su actual pareja.

Le pregunto a Josefina cuáles fueron esos riesgos y, con el mismo tono de voz, dice que desde muy chica comenzó a inyectarse droga y, según ella, nunca compartió jeringas porque ella sabe que así se puede transmitir la infección.

Le comento que tiene razón en lo que dice, y le pido que me diga que más sabe de la infección; ella responde que también se transmite por relaciones sexuales sin protección y en el embarazo.

Al preguntarle por sus prácticas sexuales, ella se ríe y dice que como estaba en el viaje muchas veces no sabía ni con quién se metía, menos se acordaba de usar un condón. Quise saber cuántas parejas había tenido, y ella mencionó que fueron 6 parejas (refiriéndose a novios), con uno de ellos tuvo un hijo que ahora tiene 7 años.

Después de responderme se volvió a agachar. Me llamó mucho la atención esa conducta y le pregunté que si se encontraba bien, me respondió que si pero que tenía mucho miedo por la reacción de su esposo si yo le decía que tenía sida.

Le pedí que me contara de su actual pareja, a la que ella se refería como su esposo. Josefina comentó que hacía 2 años que se habían juntado porque ella salió embarazada, pero que como seis meses antes ya había dejado de drogarse porque así lo decidió. Las relaciones con su esposo siempre han sido sin protección porque a él no le gusta cómo se siente y además porque es su esposo.

En ese momento, su hermana interviene y le dice que hable de la infección que tuvo hace dos años. Josefina dice que un día llegó su esposo y le dijo que tenían gonorrea, que debían de tomarse unas pastillas; el tratamiento no lo acabaron porque los dos se sintieron bien y siguieron teniendo relaciones sin protección.

Josefina vuelve a decir que le preocupa mucho la reacción de su esposo al saber que ella tiene sida, porque lo más seguro es que le quite al hijo de ambos que tiene 2 años. Le pregunté si ella le ha dicho algo, contestó que no pero él le pregunta que por qué está enferma, que le preocupa que esté así.

Al preguntarle qué va a pasar si la confirmatoria sale positiva, ella dice, nuevamente, que le preocupa la reacción de su esposo porque le va a echar la culpa de todo; además si ella está, él también.

Parece que ella no tiene la menor idea de lo que está pasando y de lo que podría suceder.

Le pido a Josefina que es necesario que su esposo también se haga la prueba, ella dice que él es muy machista y que no va a querer que si yo la ayudo a engañarlo para que se haga la prueba, puede que quiera. Le explico que eso no es posible y su hermana comenta que Josefina tiene razón; que su cuñado no se hará la prueba a menos que un médico lo ordene. En ese momento, Josefina le dice a su hermana que le va a decir a su marido que la doctora que fue a ver le mandó, a los dos, a hacerse la prueba; que sólo así él lo hará. Me pide que yo lo atienda, a lo cual accedo.

Les pregunto si tienen alguna duda, ellas responden que no y las acompaño a enfermería para que tomen la muestra, despidiéndome.

Al día siguiente fue el esposo de Josefina a realizarse la prueba, porque le habían dicho, ella y su hermana, que la doctora había mandado a los dos. Al hacer la pre consejería, él me pareció una persona muy sensata, tanto por su discurso como por sus acciones: era coherente.

## **Post consejería**



## **Entrega de resultado**

Josefina llegó muy puntual a la cita, pero no venía acompañada de su hermana sino de su esposo.

*Hola Josefina ¿cómo te has sentido estos días?*

Un poco mejor, pero... tengo mucho miedo de que sea cierto.

*¿A qué le tienes miedo?*

Pues... a mi esposo, a decepcionarlo porque... ya ves que te dije que... pues... que mi hijo el mayor no es de él.

*¿Ya platicaste con él?*

No sé cómo le voy a decir esto, él es muy machista. Si usted me ayuda a decirle, delante de usted no va a hacer nada.

*Entonces no le has dicho nada.*

Pues... más o menos.

*La vez pasada me dijiste que has bajado de peso*

Si.

*Tu esposo lo ha notado, te ha dicho algo?*

Cuando empecé a sentirme mal, como bajé mucho de peso él me decía que si se conseguía otra era por mi culpa, porque estaba muy flaca; que había muchas mujeres que estarían con él, que lo cuidara. Me dice que parezco momia.

*¿Cómo te sientes cuando te dice así?*

Pues mal, pero es mi esposo y me aceptó con mi hijo el grande.

*¿Qué sabe tu esposo de la prueba que ya te hiciste y de esta?*

Pues... le dije que la doctora me mandó hacerme unos análisis para ver por qué estoy bajando de peso.

*¿Le dijiste que era para saber si tienes VIH?*

No, como cree.

*Si él supiera, ¿qué pasaría?*

En una ocasión platicamos sobre si uno de los dos tenía sida qué pasaría, y él me dijo que se llevaría a mi hijo el más chiquito y me dejaría a mí. Por eso también tengo miedo, de que si yo tengo esto él se lleve a mi hijo.

*¿Crees que lo haría?*

Si... es que mi suegra nunca me ha querido y le mete muchas ideas a la cabeza.

*¿Cómo cuáles?*

Pues que su hijo no es de él. No el mayor, sino el chiquito; porque cuando nos juntamos yo ya estaba embarazada y ella decía que ese niño no era su nieto, que yo nada más busqué a su hijo para que nos mantuviera.

*Regresando a la prueba, a ti te preocupa salir positiva por él.*

Si... es que es bien machista y... si yo estoy él también. Me sentiría muy mal que por mi culpa él pueda estar enfermo.

*¿Por qué dices que es machista?*

Porque no me deja salir si no es con él; luego viene mi hermana y me invita a salir y él no me deja... dice que voy andar de loca con otro. Y también...

*¿También qué?*

Es que... me da pena... pero luego llega borracho y tenemos relaciones.

*¿Y tú no quieres?*

Si le digo que no me dice que se va a ir con otra. Entonces... pues, ya que.

*¿Cómo que ya que?*

Es que es mi esposo.

*¿Qué es un esposo para ti?*

Bueno... no estamos casados pero yo así le digo. Pero es alguien que te apoya, que está contigo en las buenas y en las malas.

*¿Te apoya?*

¿Ahorita?

Si.

Pues... yo siento que no, aunque él me dice que no me preocupe que todo va a salir bien.

*¿Le crees?*

La verdad no. Una cosa es lo que diga y otra lo que haga.

*¿Cómo crees que reaccione?*

No sé... por eso, si sale cierto, ayúdeme a decirle. Si está usted se va controlar y no me va ir tan mal.

*¿A qué te refieres?*

Pues... no va a ser lo mismo, se va a controlar.

*¿Crees que te pegue?*

¡No! Si él no es agresivo.

*¿Nunca te ha pegado?*

No, nunca. Bueno... hay veces que él me dice que soy bien tonta y que por eso no me pide mi opinión, que no soy como su mamá, o sea mi suegra.

*¿Qué es para ti la violencia?*

Pues... es cuando te pegan.

*¿Sólo eso?*

Pues si, que yo sepa si.

*Bueno Josefina, ya llegó tu resultado. ¿Quieres que te lo diga o prefieres verlo tú?*

No, dígamelo usted.

*Bueno tu resultado de la confirmatoria a VIH que se te hizo es positiva.*

O sea, que tengo sida.

*¡Tienes VIH, no sida. Sida es cuando ya no te quedan defensas.*

(en ese momento se agachó y comenzó a llorar y a decir que le iba a pegar).

*¿Esto ya es seguro?*

*Así es.*

¡Qué voy hacer! ¡Qué voy hacer! ¡qué voy hacer! ¡qué voy hacer! ¡qué voy hacer!

¡me va matar! ¡me va matar! ¡yo tengo la culpa! ¡yo tengo la culpa!

*Tú no tienes la culpa Josefina.*

Si, yo la tengo porque si no me hubiera drogado no hubiera pasado esto. ¡Si yo estoy, él está! ¡si yo estoy, él está!

*No necesariamente él está infectado.*

¡Yo lo contagie!

*Josefina, la vez pasada me dijiste que él te infectó de gonorrea.*

Si, pero eso se quita y esto no.

*¿Y si esa vez a él no sólo lo infectaron de gonorrea sino también de VIH?*

No, yo tengo la culpa de todo. ¿Él cómo salió en su prueba?

*Lo siento, pero no te puedo decir.*

¿Pero le va a decir cómo salí yo?

*No, eso no me corresponde a mi.*

*¿Pero cómo le voy a decir? ¿qué voy hacer?*

*¿Qué necesitas?*

*Me preocupa mucho lo que él vaya a pensar, porque imagínese no podré cuidar a mis hijos y a él... aunque creo que tiene razón al decirme que lo único que hago es atender la casa... y si tengo esto, ya no lo podré hacer bien. Creo que al final mi esposo tendría razón.*

*¿Qué te preocupa de tus hijos?*

*Que me quite al chiquito.*

*Eso lo tendrías que ver con un abogado, que yo sepa no te lo puede quitar.*

*Mi hijo, ¿lo puede contagiar?*

*¿Por qué crees eso?*

*Es que está como yo: me ha bajado de peso, tiene mucha calentura y diarrea.*

*Cuando nació ¿le hicieron la prueba?*

*No sé.*

*Por lo que me dices, es necesario que le hagas la prueba a los dos.*

*¡¿Los dos tienen sida?!*

*Sólo lo podemos saber si se les hace la prueba.*

*¿Ahorita le vas a decir a mi esposo?*

*Le voy a decir su resultado de él, el tuyo no.*

*¡No le diga anda, por favor!*

*Lo que platicamos tu y yo, queda entre nosotras; tu esposo no tiene porque saber nada de esto.*

*Es que no sé qué hacer. ¡Me va pegar! ¡me va matar!*

*¿Hay alguien que él respete?*

*A mi hermana, con ella se controla mucho.*

*Mira, creo que es necesario que se lo digas, porque de ahora en adelante en sus relaciones tendrán que usar condón, cambiar su alimentación, etc.*

*No sé, no sé qué voy hacer.*

*Pídele ayuda a tu hermana.*

*No sé, no sé qué hacer. Creo que mejor me voy de mi casa con mis hijos.*

*¿A dónde te irías?*

*No sé.*

*¿Le vas a decir a tu hermana?*

*No sé.*

*¿Hay alguien más que te apoye, aparte de tu hermana?*

*No... no sé.*

*Josefina es necesario que le hagas la prueba a tus hijos.*

*No sé, no sé qué voy hacer.*

*¿Te encuentras bien, necesitas algo?*

*No... nada... no sé, no sé qué voy hacer.*

*Josefina, cualquier cosa llámanos para que te podamos ayudar.*

*Sí, gracias.*

Después de entregarle su resultado Josefina se bloqueó; estoy segura que va haber violencia, mínimo con reclamos.

Al entrar a sesión con el esposo, al principio estuvo muy accesible porque él sabía que no pasaría nada; pero cuando le entregué su resultado, que fue positivo, lo primero que hizo fue preguntar por el de su esposa. También se bloqueó pero decía constantemente que él era sano, que de alguna parte tuvo que salir eso. En la recepción, cuando los dos se vieron, hubo jaloneos de parte de él.

## ANEXO 4

**Norma.**

**28 años.**

**Casada (separada).**

**Empleada.**

**Pre consejería**

**Primera prueba.**

Norma es una mujer morena, de compleción un poco robusta, cabello a los hombros, de facciones toscas. Vestía un pantalón muy entallado de mezclilla, tenis y una playera blanca muy ajustada.

Ella llegó sola a la cita, un poco tarde de la hora, se veía angustiada.

Norma llega para hacerse la prueba de VIH porque su esposo ha tenido relaciones con prostitutas.

Hace 4 años se casó con el padre de su hijo, después de 8 años de no verlo: Es decir, ella salió embarazada de esa relación y él la abandonó, después de ese tiempo él regresa y le propone hacer una vida en familia. En este tiempo él se juntó con una prostituta con la que tiene dos hijas.

Ha tenido 5 parejas sexuales a lo largo de su vida: con cuatro de ellos nunca se protegió porque *me daba confianza de que se veían bien, no se veían enfermos o que tuvieran algo*; con uno, en algunas ocasiones usaban el condón (él lo sacaba y se lo ponía) *porque como era trailero y en ese ambiente hay que cuidarse más*.

Norma no pedía el condón porque pensaba que *no me iban a querer*.

Comentó que a los 18 años quedó embarazada de su hijo y como su pareja la abandona *enseguida me meto con otro hombre para decirle que el bebé era de él y lo reconociera, pero él se dio cuenta y me dejó*. Termina su embarazo ella sola y a los 21 inicia una relación con un hombre casado, del cual sale embarazada; al decirle a esta pareja, él también la deja y ella *tuve que hacer lo mismo que había hecho: meterme con otro para que reconociera a mi hijo que venía*. Norma se junta con el trailero diciéndole que está embarazada de él, cuando la niña nace hay complicaciones y muere, Norma dice que le dio culpa y le confesó la verdad a su pareja; él la deja.

Meses después regresa el padre de su hijo diciéndole que lo perdone.

Norma no acepta, ni se convence de lo que él le dice, pero su mamá la convence de que lo acepte por el bien del niño; ella hace un trato con su mamá y le dice que se casara sólo por su hijo, pero que ella no quiere a Manuel.

Después de casados *comencé a sentir cariño por Manuel, pero no amor*.

En el primer aniversario de casados, él la invita a pasar una noche en un hotel, para festejar. Norma dice que estaba muy contenta de que él haya tenido ese

gesto; estando en el hotel Manuel pide unos refrescos para que los suban a la habitación. Cuando suben a dejar las bebidas, Manuel abre la puerta y le dice a la persona (un hombre) que si yo no le gustaba y que si no le gustaría tener relaciones conmigo y me dijo que tuviera relaciones con el de los refrescos, yo no quería. Él me dijo que lo hiciera por él, que si me negaba era porque no lo quería y la relación tendría que terminar y él se iría con otra. Acepté para que no se fuera y demostrarle que lo quiero, aunque yo no estuviera de acuerdo. Tuve relaciones con los dos al mismo tiempo, el señor se puso condón pero Manuel no, porque él es su esposo.

Después de ese evento Norma se sintió muy enojada y confundida, después de un tiempo le cuenta a su mamá lo que sucedió y ella le dice *que los trapos sucios se lavan en casa, que tratara de sobrellevarlo para no tener problemas, además que yo sabía en dónde me estaba metiendo.*

Como no encontró apoyo en su mamá, Norma decide acudir con un sacerdote para que la ayudara *pero él me dijo que yo había jurado ante dios y, que después de todo, yo lo había elegido.*

Ella dice que después de lo del hotel, hubo otra situación similar: Manuel la invitó a salir por la noche a un bar y *cuando regresábamos yo me sentía muy mareada, creo que él algo le puso a las cervezas que me tomé porque me sentía muy mal. Me acuerdo que nos subimos a un taxi y escuché el sonido de un motor de carro y comencé a sentir una mano entre mis piernas; cuando abrí los ojos ví que el taxista me estaba metiendo los dedos y Manuel estaba viendo sin hacer nada.*

En ese momento ella comenzó a gritar y Manuel le tapó la boca para que se callara. Ella dice que al principio le da mucho coraje, pero que al otro día piensa mejor las cosas y decide no reclamarle nada porque *cuando se enoja, le da por aventar todo lo que se encuentra y me dice que se va a ir con otra para que le dé lo que yo no quiero; que cuando él se vaya, me voy a quedar sola con mis hijos porque nadie me va aceptar así, con hijos.*

Norma mencionó que esa situación le hizo acordarse de tres intentos de violación que tuvo: uno a los 4 años, otro a los 7 y el último a los 14 (de esto no quiso hablar).

Al preguntarle si esos eran los únicos eventos que le preocupaban, contestó que había cosas que Manuel le pedía pero que ella no las quiere hacer: *mi esposo siempre me dice que quiere experimentar cosas nuevas, para no aburrirse. Él me dijo que le gustaría verme teniendo relaciones con alguien más y para complacerlo, lo hice; pero después él me dijo que me vistiera provocativa y que fuéramos al metro para que me manosearan porque él quería ver. No me gusta lo que me pide, esto del metro no lo he hecho... pero es mi esposo y no quiero que se vaya con alguien más.*

Al parecer, Norma justifica su situación diciendo que Manuel es su esposo porque lo que le dijo el padre era cierto: ella lo había escogido, aunque no lo quisiera y que por eso tiene que estar con él. Aparte que agradece que Manuel no sea violento porque nunca le ha puesto una mano encima, aunque *desde hace mucho que yo mantengo la casa, porque él no me da nada... todo el dinero que gana se lo gasta, no sé en qué. No gano mucho, pero no me queda nada para mí, todo se me va en la casa y mi hijo.*

Le pregunté a Norma el motivo por el que estaba separada en ese momento y mencionó que la decisión la tomó un día que Manuel intentó forzarla a tener relaciones, en la estética donde ella trabaja, y que las personas que pasaran los vieran. Ella se negó aparte de que estaban en su trabajo porque *me salieron unos como barros alrededor del ano, me duelen mucho y me sale un poco de sangre. Creo que es porque él me ha penetrado por el ano y, aunque le digo que me duele, no me hace caso.*

Al preguntarle si su resultado era positivo qué pasaría dijo que no sabría qué hacer, pero que no le diría a nadie. En ese momento comenzó a llorar y mencionó que le preocuparía dejar a su hijo solo, porque tiene mucho que vivir con él.

Si su resultado es negativo, exigiría el condón no importando lo que piensen de ella y asistiría a una terapia para entender a su marido.

El resultado de Norma fue negativo, pero nunca regresó por el.

## ANEXO 5

**Lourdes.**  
**35 años.**  
**Casada.**  
**Administradora.**  
**Primera prueba.**  
**Pre consejería**

Lourdes acude por primera vez porque, entre su esposo y un amigo de él, le hacen una cita para que *venga a platicar*. Ella no sabía qué pasaría en esa cita, debido a que no tenía idea de nada.

Tiene 35 años, pero aparenta más de cuarenta; se veía muy angustiada, supongo que era porque no sabía a qué iba; en cuanto entramos al cubículo y se sentó comenzó a llorar, diciendo que desde hace tres años tiene una depresión y que *ya no puede con la carga, que necesitaba desahogarse*. Todo comenzó cuando su esposo le confesó que es bisexual.

Cristóbal, su esposo, es alcohólico; llevan 15 años de casados, tienen dos hijos: uno de 14 y una de 12. Se casaron porque ella estaba embarazada, Lourdes no quería pero él le dijo que no podían dejar a ese niño sin padre. Lourdes no sabe explicar lo que siente por su esposo: ella se casó estando embarazada (ella no quería casarse), pero había propuesto tener al bebé y que cada uno estuviera por su lado; Cristóbal no acepta, con el argumento de que *no podía dejar a ese niño sin padre y regalarle una familia*. Se casaron por lo civil.

Desde que eran novios, él ya era alcohólico y, durante estos años, ella *sobrelleva* la situación *porque no me gusta que tome, aunque no puedo evitar que él se pierda 3 o 4 días porque se la pasa tomando*.

Cristóbal le confiesa que es bisexual un día que estaba tomado: *me dijo que teníamos que hablar porque necesitaba confesarme algo que ya no podía callar. Lo primero que me imaginé fue que me había sido infiel y, así fue: Cristóbal trabajó un tiempo en provincia y estuvo con una compañera de su trabajo, que le pedía que me dejara para que se quedara con ella; él no aceptó*.

Lourdes pensó que esa era la confesión, pero su esposo le dijo que había otra cosa que tenía que saber, *porque él ya no podía más con el secreto, y fue cuando me dijo que era bisexual*

Lourdes menciona que, en ese momento, *sentí un balde de agua fría*, pero como él estaba borracho ella le dijo que hablarían al día siguiente, pero ya nunca, ninguno de los dos, volvió a tocar el tema.

Esto fue hace tres años, en los cuales ella se ha dedicado a sus hijos; pero en septiembre del año pasado, *empecé a ver raro a Cristóbal: empezó a bajar mucho de peso. Al principio pensé que como él es diabético, era por eso; yo le insistía para que se fuera a detectar lo del azúcar, pero nunca me hizo caso.*

En abril de este año, el papá de Cristóbal muere y, según Lourdes, *comienza a hacer conciencia sobre la muerte de su papá: si su papá se murió, él también podría morir.* Se hace la prueba de VIH a mediados de abril y sale reactivo (en estos días le entregan la confirmatoria).

Dice ella que, a pesar de todo, son buenos amigos; pero que no le gusta el alcoholismo de su esposo pero, *doy gracias a dios porque no es violento, nunca me ha pegado. Bueno, aunque una vez intentó ahorcarme cuando estaba borracho.* En esa ocasión, regresaban de una fiesta familiar, comienzan a discutir por su manera de beber, él la toma del cuello y comienza a ahorcarla, cuando sale uno de los hermanos de Lourdes a defenderla. *Todas las parejas tienen problemas. En esa ocasión, cuando mi hermano nos vio peleando intentó meterse, pero le dije que no se metiera que respetara mi relación, así como yo respeto la suya. Ese era mi problema.* La pelea sigue dentro de la casa, *tenía mucho coraje y frustración y agarré un pico de albañil y comencé a pegarle a la puerta de mi recámara, donde Cristóbal se había metido.*

El matrimonio nunca ha sido lo que ella esperaba: *no hay apoyo, comprensión, casi no nos vemos porque yo salgo a trabajar cuando él todavía no llega y regreso cuando él ya se fue. Además parece que él no le da la importancia que debería a esto, hasta me propuso tener otro hijo si salía negativo, pero yo me negué*

Lourdes platica todo llorando, era un llanto guardado, de desahogo, con mucho coraje y desesperación. Decía que no tenía con quien platicar para desahogarse, así que cuando le dijeron que iba a platicar con un psicólogo, ella vio la oportunidad para hacerlo. Se considera una mujer fuerte *porque no le cuento mis problemas a nadie, pero con la prueba de Cristóbal que salió positiva y la enfermedad de mi hija (al parecer es epiléptica) hicieron que explotara.*

Se queja de Cristóbal en cuanto a su bisexualidad (nunca se volvió a tocar el tema) porque éste tiene una relación con alguien llamado Gabriel: su marido se lo confiesa, un día que llega a la casa borracho y le dice que está enamorado y, le cuenta lo que pasa entre ellos. Ella refiere una situación en particular: Gabriel llama a Cristóbal y le dice que está en Acapulco con un amigo, que le mande dinero porque ya no tiene; Cristóbal se desespera porque no tiene dinero y le pide a ella prestado, a lo que ella se niega; Ángel (el amigo del matrimonio) le da el dinero y Lourdes se siente traicionada.

Se vuelve a tocar el tema de pareja y dice que su matrimonio *es una relación de amigos, pero hay cosas que no entiendo, por ejemplo, el que mi marido me diga absolutamente todo lo que pasa entre él y Gabriel.* Lourdes dice que no le gusta nada saber eso, sobre todo lo sexual pero *como yo le dije que somos amigos tengo la obligación de escucharlo, aunque me cause daño. No sé cuando se pasó la línea de la confianza al cinismo, porque no se me hace lógico que él me cuente lo que hace o hacía con Gabriel.*

Al preguntarle el por qué sigue con él, Lourdes menciona que en una ocasión ella habló de separación pero él le dijo que no iba a dejar que *la familia se rompiera.*



Lourdes se ha visto estando sola con sus hijos, estando tranquila y en paz pero *si yo me voy, quién lo va a cuidar cuando se ponga mal.*

En relación a la prueba de Cristóbal, si sale positivo en la confirmatoria, *me tengo que quedar con él para cuidarlo porque si lo dejo, él se caería y no tendría con quién apoyarse. Me siento comprometida con él por ser el padre de mis hijos, no como hombre.*

Lourdes no quiere hacerse la prueba, *tengo mucho miedo porque ya no podría hacer planes a largo plazo (30-40 años).* Se le explicó los avances que hay en medicamentos pero mencionó que así sólo viviría 20 años, además *si Cristóbal es positivo, yo también. No hay de otra.* Le comento que hay ocasiones que no es así, pero Lourdes dice que han tenido relaciones sexuales sin condón, aún sabiendo que él podría ser positivo. *Nunca usamos protección, él es mi esposo cómo le iba a pedir que usara condón, además yo siempre fui fiel y nunca tuve ninguna sospecha de que pasara algo. Pero, ahora que sabemos que es positivo, él ha querido tener relaciones conmigo y yo le dije que sí, pero que se pusiera un condón, pero él no quiso y me dijo que si él está (infectado) yo también. Creo que tiene razón.*

Le pregunto si se quiere hacer la prueba y me dice que tiene mucho miedo, pero es necesario hacérsela. Lourdes ya se ve como positiva.

Finalmente, toma la decisión de hacérsela.

Lourdes está contenida emocionalmente, no tiene en quién confiar, tiene problemas en el trabajo, está preocupada por la salud de su hija y su relación de pareja. Todo el tiempo estuvo llorando.

### **Post consejería.**

#### **Entrega de resultado.**

Lourdes se veía más angustiada que la vez pasada, llegó muy puntual a su cita. Estaba acompañada de un hombre, que resulto ser Cristóbal. La primera impresión que me dio es que eran dos desconocidos, cada quien por su lado; él se veía molesto (sólo lo vi unos segundos).

*Hola, Lourdes ¿cómo has estado?*

Mal, muy nerviosa porque a Cristóbal le acaban de entregar la confirmatoria. Está muy enojado, él pensaba que iba a ser negativo.

*¿Qué va a pasar?*

No sé, veníamos diciendo de que tenemos que platicar para ver qué vamos a hacer. *¿Mi resultado es positivo, verdad?*

*¿Lo crees así?*

Pues si, como te dije la ves pasada: si él está, yo también.

*Bueno, tu resultado ya está aquí. Tú decides si lo quieres ver o quieres que te lo diga.*

No sé, tengo mucho miedo.

*Si quieres primero platicamos.*

No sé... de todos modos lo tengo que saber.

*Cómo tú quieras.*

No, mejor seguimos platicando.

*Está bien, ¿de qué quieres hablar?*

Pues de lo que vamos a hacer ahora.

*¿Te refieres a tu esposo?*

Si... es que ¿te acuerdas que te dije que somos amigos?

Si.

Es que... no sé cuando se pasó la línea entre la confianza y el cinismo. Es que no sé poner límites, me cuesta mucho trabajo.

*¿Has intentado poner límites?*

Si, pero Cristóbal siempre termina pasándolos. Mira, esto ya lo estoy viendo como algo "natural".

*¿A qué te refieres cuando dices que es natural?*

Si, mira... como yo le he dicho a Cristóbal que soy su amiga, y una amiga escucha, por eso me presto a todo esto para que él me cuente todo lo que hace.

*Cristóbal te cuenta absolutamente todo, ¿cómo te sientes al escuchar todo lo que te dice?*

No me gusta... me siento mal, sobre todo cuando me dice lo sexual. Lo que pasa es que no sé cómo regresar a la confianza, sin volver a caer en el cinismo. Hasta una amiga merece respeto.

*Lourdes ¿alguien sabe de todo esto?*

Nadie sabe lo que estoy pasando. Siempre he mantenido ante los demás una imagen de ser la familia ideal, imagínate lo que va a decir mi familia si les digo la verdad: que por culpa de mi marido, pueda yo tener VIH. No podría hacerles eso.

*¿Cómo es esa familia ideal?*

Pues... una familia unida, feliz, que el único fin que tiene es proteger a los hijos.

*Eso es lo que demuestras ante todos.*

Si.

*¿Qué pasa cuando se cierra la puerta?*

Nada que ver con lo que les he enseñado a los demás: no hay apoyo, la protección de mis hijos es por parte mía porque Cristóbal sólo cumple con dar un gasto que yo administro... bueno y eso a veces.

*¿A que te refieres con a veces?*

A veces me da gasto, a veces no. Yo tengo un buen sueldo, pero con el dinero que él me da me alcanza mejor... él no sabe si sus hijos necesitan ropa o zapatos o algo, él dice que yo puedo con todo y, no se me hace justo.

*¿Qué pasaría si decides separarte y romper esa imagen?*

No, no podría. Lo más seguro es que empezarían a criticarme, me dirían que soy una mentirosa. Me costaría mucho asumir un juicio de que fracasé como esposa.

*Pero me comentaste que ya no hay interés de tu parte con Cristóbal.*

Mira... siento un desinterés de todo a todo. El único interés que tengo es el económico, pero ya no hay respeto, no hay amor, al menos de mi parte, simplemente me quedaría con él porque es el padre de mis hijos.

*Entonces ¿cómo es su convivencia diaria?*

Simplemente somos dos personas que viven juntos, pero no hay ya ninguna relación.

*La vez anterior, me dijiste que tienes 3 años deprimida. ¿Qué pasaba antes? ¿te sentías igual?*

Mira... me sentía sola porque él nunca estaba y cuando estaba nunca me hacía caso, ni a mí ni a mis hijos. Nunca sentía apoyo o cariño. Pero nunca sospeché de que él era bisexual.

*¿Qué dolió más la infidelidad o el engaño de ser bisexual?*

Mira, fueron las dos cosas pero más el engaño, porque yo siempre le di toda la confianza del mundo. Yo siempre he buscado tener la confianza de mi pareja.

*¿Qué habría pasado si Cristóbal te hubiera dicho de su bisexualidad desde el principio?*

Si él me hubiera dicho toda la verdad desde el principio, yo hubiera tenido más herramientas para decidir.

*Lourdes, la vez pasada me dijiste que Cristóbal ha sido el único hombre con quien has tenido relaciones.*

Si... bueno... es que...

*¿Qué pasa?*

*¿Me prometes que no vas a decir nada?*

*Por supuesto, esto es confidencial.*

Si, tengo otra relación... es con un compañero del trabajo.

*¿Cuánto llevas con él?*

Se llama Manuel y llevamos cuatro años.

*¿Cómo comenzó esa relación?*

Mira, empezó porque desde que nos conocimos nos caímos bien y nos empezamos a contar nuestros problemas. Como quien dice fuimos el paño de lágrimas uno del otro. Bueno... más bien yo era su paño de lágrimas, porque Manuel no sabe nada de mis problemas.

*¿A qué se dedica él?*

Es ex militar... es casado.

*¿Por qué comenzaron a andar?*

Mira... yo lo admiro mucho porque es muy hogareño: se dedica a sus dos hijos y a su esposa. Él va al mercado por el mandado, se encarga de su casa... lo que pasa es que su esposa está enferma, tiene cáncer. Eso también me admira, que la cuide a ella.

*¿Han tenido relaciones?*

Si.

*¿Se han protegido?*

A veces si y a veces no.

*¿Cuándo si se protegen y cuándo no?*

Se pone condón cuando yo estoy en mis días.

*¿Nada más?*

Si.

*Lourdes ¿has pensado si sales positiva te pudiste haber infectado con Manuel y no con tu esposo?*

Mira... yo sospecho que, aparte de estar con su esposa y conmigo yo no soy la única.

*¿Por qué lo crees?*

Por comentarios que oiga en el trabajo.

*Lourdes ¿por qué no usaron el condón de planta?*

Es que... si lo hubiera hecho, él se hubiera molestado mucho. También me dio confianza que, cuando Manuel entró a trabajar ahí, le hicieron análisis de todo, también el de VIH y me dijo que en todo salió bien.

*Lourdes, has tenido relaciones con Manuel sin protección y también con tu esposo, que es VIH positivo.*

Si.

*Si tu sales positiva, como Cristóbal, ¿qué pasaría con Manuel?*

Mira... a principios del año me enteré que le volvieron hacer los exámenes a Manuel, pero él ya no me dijo cómo salió y yo tampoco le pregunté.

*Y ¿si sales positiva y fue Manuel quien te infectó?*

No, no lo creo.

*Puede ser.*

Si, pero si sale cierto fue Cristóbal.

*¿Si eres positiva le dirías a Manuel y seguirías con él?*

No, no le diría. Lo dejaría de ver sin darle explicaciones porque no quiero conocer su lado malo, porque seguramente yo lo infecté.

*¿Cristóbal sabe de Manuel?*

Más o menos... en una ocasión le dije que yo tenía a alguien, pero él no dijo nada.

*¿Te creyó?*

No sé. Nunca volvimos a tocar el tema.

*Regresando a tu relación con Cristóbal, me comentas que le acaban de entregar la confirmatoria ¿qué va a pasar con ustedes?*

Nada, me voy a quedar con él ¿quién lo va a cuidar cuando se enferme?

*Y ¿quién te va a cuidar a ti?*

No... pues ya veré.

*No has preguntado por tu resultado.*

Es que... tengo miedo, pero bueno... en nombre sea de dios dímelo ya. Es mejor así.

*¿Te lo digo o lo ves?*

No, dímelo.

*Tu resultado de VIH es negativo.*

¡¿Qué?!

*Eres negativa Lourdes.*

¡Pero no puede ser! A él le acaban de decir que lo tiene. ¿Entonces no tengo nada?

*Mira, has tenido relaciones sin protección con él que está infectado; aunque ya pasaste el tiempo de ventana, te recomiendo que la repitas en tres y seis meses para estar completamente seguros.*

¿Qué le voy a decir a Cristóbal? Se va a enojar.

*¿Por qué?*

Porque soy negativa.

*Si, pero te la tienes que repetir en tres y seis meses.*

No sé, esto es una oportunidad que me dio dios por mis hijos. No quiero hacerme de esperanzas que no son.

*Te recomiendo que estés tranquila para que tus defensas no bajen.*

Si, está bien.

*¿Tienes alguna pregunta?*

No, nada. ¿Ya me puedo ir?  
*Si quieres.*  
Si, gracias por todo.

## ANEXO 6

**Sofía.**  
**36 años.**  
**Soltera.**  
**Maestra de química.**  
**Segunda prueba (la primera fue negativa).**  
**Pre consejería.**

Sofía es una mujer delgada, de cabello lacio, largo, oscuro; vestía un pantalón de mezclilla y una sudadera, se veía demacrada y con ojeras.

Sofía se hace la prueba porque tuvo relaciones sin protección, la última en enero, con un hombre casado que es su pareja. Al principio de la relación usaban el condón siempre, pero después él le dijo que ya no lo usaría porque estaba sano, dándole el argumento que cada vez que su esposa se embaraza a los dos les hacen análisis para conocer su estado de salud. Él tiene 5 hijos.

Sofía aceptó no usar el condón porque le dio confianza lo de los análisis y porque, como ella conoce a los niños y se ven sanos porque no se enferman de nada.

Dice estar “enferma” de dependencia emocional porque no sabe poner límites y cuando lo hace, son de una manera superficial y, si se traspasa, no vuelve a decirlo porque siente culpa debido a que su pareja amenazaba con dejarla. En sus relaciones de pareja ella dice que siempre se sacrifica por la otra persona, es decir, que esté y se sienta contento, satisfecho, sin problemas. Siempre espera que la traten de la misma manera, pero nunca lo ha recibido, y eso le causa culpa y se dice que todo es su culpa.

En esta relación, rompieron alrededor de 10 veces y en cada una de ellas, ella se sentía desesperada. Le pedía que le explicara cómo era esa desesperación y me dijo que no quería estar sola en su casa porque le daba claustrofobia y sentía que se ahogaba; por eso estaba todo el día en la calle haciendo lo que fuera para no regresar a la casa y sentirse así.

Sofía estaba muy nerviosa, constantemente se tronaba los dedos de las manos, sus respuestas eran muy específicas.

Ella dijo que era una tonta porque cómo siendo una maestra y teniendo toda la información sobre la infección, estaba haciéndose la prueba.

La primera se la hizo porque había tenido relaciones sin protección con su pareja que constantemente la engañaba.

Sofía repetía, de manera insistente, ser adicta a las relaciones destructivas porque cada vez que se terminaba una relación, se acordaba y se sentía igual que el primer día de clases en el kinder: ella le rogaba a su mamá que no la dejara y se le abrazaba a una pierna, la maestra la metía al salón y le daba juguetes pero, ella se sentía sola y abandonada.

Le pregunté qué es lo que ha hecho para no sentirse así y salirse de esas relaciones destructivas y, Sofía ha leído libros de superación personal pero no la han funcionado por lo que, estaba considerando asistir a terapia porque con lo que estaba pasando la iba a necesitar, sobretodo si era positiva.

Le pedí que me dijera qué pasaría si, efectivamente era positiva. Sofía comenzó a llorar y dijo que viviría hasta el final y aceptaría su parte de responsabilidad, también ya no caería en la misma situación (preocuparse por el otro y no poner límites) y acudiría con un terapeuta para comenzar a trabajar en su enfermedad, para que no la vuelvan a usar como desahogo emocional y sexual.

Si su resultado es negativo, Sofía ya no pasaría por la misma angustia y exigiría el uso del condón sin importar lo que piensen de ella y pediría una prueba de VIH reciente para saber que la persona está sana.

Le hice la observación que al comienzo de su relación comienza usando condón y después ya no, cómo terminaría con ese patrón y si en verdad lo cumpliría. Sofía, un poco molesta, dijo que por eso asistiría a terapia para ya no repetir lo mismo.

Me preguntó que si eso era todo y se levantó para salir del cubículo, le pregunté si tenía algún comentario y me contestó que no; que quería salir de ahí.

La acompañé a enfermería para que le sacaran su muestra y nos despedimos.

## **Entrega de resultado.**

### **Post consejería.**

Al comenzar la sesión, Sofía estaba muy nerviosa; se veía arreglada.

*Hola Sofía ¿cómo has estado?*

Mal, estuve pensando mucho en lo que me dijiste y he sido una tonta.

*¿Por qué dices eso?*

Por lo que te conté: que no pongo límites, todo eso. ¿En dónde recibo mi resultado?

*Yo te lo doy.*

Bueno, dímelo ya.

*¿Te lo digo o lo ves?*

Dímelo.

*Tu resultado de VIH es negativo. Aquí está.*

¡¿En serio?!

*Sí, toma.*

Déjame ver.

*¿Cómo te sientes?*

Bien... muy bien. Estuve muy preocupada y traté de mantenerme ocupada, leyendo sobre todo. Muchas gracias. Estuve pensando mucho en lo que me dijiste y sé que tengo que hacer algo, sobre todo en el aspecto emocional. Me di cuenta de muchas cosas.

*¿Cómo cuáles?*

Porque mira... sé que tengo una autoestima muy baja y de ahí parte todo lo que me pasa

*¿Este resultado cambia algo de tu vida?*

Mira, creo que un poco. Desde hace tiempo sabía que debía trabajar para saber de qué manera se relaciona lo que me pasa con el desamor de mi padre y la búsqueda de aceptación de mis parejas.

*Sofía la vez pasada me dijiste que estuviste con un casado.*

Si, así es. Cuando empecé a andar con él, yo acababa de terminar una relación que me había hecho mucho daño.

*¿Cuánto tiempo pasó entre una y otra?*

Bien poco, como tres meses. Te digo que estoy enferma.

*¿Qué hizo que andaras con el casado?*

Cómo me trataba... siempre estaba al pendiente de mi. Como acababa de terminar, pensé que ahora sí había encontrado lo que buscaba.

*¿Desde el principio supiste que era casado?*

Si, pero ya sabes... él me dijo que tenía muchos problemas con su esposa. Pero no me importó.

*¿Él siempre se comportó cariñoso contigo?*

Al principio si. Pero ya después, pues... se comportaba raro: empezó a vigilarme y celarme. Yo pensé que era porque me quería.

*¿Qué hacía él?*

Si me iba con mis amigas, a cada rato estaba sonando mi teléfono y era él para saber qué estaba haciendo. Eso siempre me lo hacía.

*Me comentaste que al principio usaban condón.*

Si, mira yo como maestra siento que tengo mucha información de todo esto, por eso usábamos condón.

*Cuando dejaron de usarlo ¿cómo fue?*

Él me decía que cada que su esposa se embarazaba le hacían análisis a él y a ella y que siempre había salido bien; que le tuviera confianza o de lo contrario me dejaría.

*¿Tu aceptaste?*

Si. Yo acepté. Perdón pero no me gusta hablar de esto. ¿Sería todo?

*¿Qué sientes cuando hablas de esto?*

Es que me duele, por eso no quiero hablar. Además tengo una cita y me tengo que ir.

*¿Hay algún problema?*

*No, ninguno Sofía.*

Pues, gracias entonces.

*Que te vaya bien.*

## ANEXO 7

**María.**  
**42 años.**  
**Casada.**  
**Ama de casa.**  
**Primera prueba.**  
**Pre consejería.**

María es una señora bajita, morena, cabello corto oscuro; vestía un pantalón negro de vestir y una blusa rosa muy holgada para su complexión. Llegó acompañada de su esposo.

En noviembre, del año pasado, descubrió una infidelidad de su esposo y éste ha comenzado a bajar de peso y perder color, además ella presenta una infección vaginal ya que tiene un flujo que nunca había tenido.

Ella sabe lo necesario sobre la infección (se transmite por relaciones sexuales sin protección) a pesar de ser enfermera.

En lo que se refiere a la protección, no usa condón con su marido porque a él no le gusta, debido a que él dice que se rompen porque no sirven. Ella dice que los condones no son cien por ciento seguros y que, además no hay necesidad porque es su esposo. No es la primera vez que el esposo es infiel, pero esta le preocupa porque no hubo protección.

Le pregunto cómo se enteró y me dice que su esposo llegó y le dijo que le había sido infiel, que tenían que hacerse la prueba de VIH porque no se había protegido, pero que no había mucho de que preocuparse porque ella también es casada.

María menciona que es normal que un hombre tenga aventuras, pero hay que aguantar porque es su esposo y ella está para apoyarlo.

Le pido que me platique del flujo que presenta y me comenta que es un flujo de color verde y con mal olor; aún así, siguen teniendo relaciones sin protección. La última fue antes de hacerse la prueba.

Le comento que eso va a alterar el resultado y le doy la opción de hacer la prueba en ese momento y repetirla en 3 meses, o esperarse los tres meses y realizarla con las precauciones que se deben de tener en estos casos: abstinencia o protección.

María decide hacerla ese día y se compromete a repetirla.

María menciona que, tiempo atrás, también tuvo crestas en la vulva que fueron cauterizadas.

María da respuestas cortas y directas, siendo accesible pero no dando la importancia que se debe a la situación que está enfrentando.

Al preguntarle por qué, después de varias infidelidades y haber tenido crestas no se había hecho la prueba. Ella mencionó que esa era la manera de mostrarle su agradecimiento a su marido; le pedí que me explicara a que se refería con ser agradecida. María, de un modo cortante y directo, me dijo que estaba agradecida con él porque nunca la había maltratado, es decir nunca le había pegado; pero sobre todo que nunca le había reprochado que hace tiempo la violaron.



Le dije que si alguien sabía de esa situación y me contestó que sólo su marido, que la habían violado a los 9 y a los 17 años pero nunca dijo nada, porque en su familia todo lo que le pasa a alguien es por su culpa. Además, si le contaba a alguien, nunca la iban a querer por ser una mujer violada. Por eso ella tiene la obligación de apoyarlo, pase lo que pase.

En relación a los posibles resultados, se mostró indiferente y mencionó que se sentía triste por la infidelidad, pero que ella estaba para lo que dios quisiera y mandara. Habló más del resultado de su marido: negativo o positivo ella lo cuidaría porque lo ama y sobre todo porque es el padre de su hija. Los resultados de ella no importan mucho porque si él está bien, ella también.

María me pidió que le sacaran su sangre porque ya tenía hambre y se quería ir a desayunar.

### **Entrega de resultado.**

#### **Post consejería.**

María llegó puntual a la cita, pero esta vez estaba sola, su esposo no la había acompañado.

*Buenos días María.*

Buenos días. Vengo por mi resultado.

*Claro, tu resultado ya llegó. Aunque primero me gustaría hacerte unas preguntas relacionadas con la sesión anterior.*

¿Preguntas de qué?

*Sobre tu esposo, lo de la infidelidad, etc.*

Pues... ya le dije mi esposo me dijo que me había sido infiel, otra vez, porque yo ya no le gustaba; que hay otras mejores que yo. Lo que más me dolió fue que me engañó otra vez, pero es mi esposo; además... usted sabe... los hombres son así.

¿A qué te refieres?

Yo vi en mi casa, cuando era chica, que mi papá aparte de mi mamá tenía otras mujeres; mis hermanos también hacen lo mismo.

*Entonces, esta situación sería natural para ti.*

Pues, sí. Mi mamá nunca dijo nada.

*Antes de casarte ¿qué pensabas de esa situación?*

Pues, nada... que... como le digo... los hombres son así... y es normal. Además le estoy muy agradecida porque no me reprocha nada.

¿Te refieres a lo de las violaciones?

Sí.

¿Tendría que reprocharte algo?

No sé... pero, imagínese... nadie va a querer a alguien que lo violaron.

¿Eso crees?

Sí, porque van a pensar que una provocó la situación.

*Entonces eso bastaría para que te infecte de VIH.*

A mi me enseñaron que, cuando una se casa, tiene que aguantar para que todo esté bien.

¿Qué es todo?

La familia, soy la responsable de que la familia no se deshaga por mi culpa.

¿Qué es la familia para ti?

Yo tengo que apoyar a mi esposo, a mi hija en todos los problemas que tengan.

*¿Quién te apoya a ti cuando tú tienes problemas?*

Yo no tengo problemas.

*¿Ni uno?*

No.

*Y esta situación ¿qué es?*

Una prueba de que tengo que apoyar a mi esposo.

*¿Qué pasaría si el resultado de tu esposo es positivo?*

Lo voy a apoyar, para eso soy su esposa. Juré que en las buenas y en las malas, que en la salud y en la enfermedad y así será.

*¿Y si tú sales positiva también?*

No pasa nada.

*¿Quién te apoya a ti?*

Mi esposo. No importa cómo salga yo, si mi esposo está bien, yo también.

*¿Él ya tiene su resultado?*

No, viene mañana.

*¿Le vas a decir cómo saliste?*

Sí, él tiene que estar informado.

*¿Y él te va a decir a ti?*

No sé, supongo que sí. *¿Ese fólter es mi resultado?*

*Sí, ¿quieres saberlo ya?*

Sí, a eso vine.

*¿Te lo digo, lo ves o lo vemos juntas?*

Lo veo.

*Bueno, aquí está.*

*¿Soy negativa?*

*Sí, así es.*

*¿Ya me puedo ir?*

*Me gustaría saber cómo te sientes.*

Bien, con esto mi matrimonio ya está en paz. Es todo ¿verdad?

*Sí, a menos que tengas alguna duda o pregunta.*

No, ninguna.

*Entonces sería todo.*

Gracias.

*Cuídate mucho.*

## ANEXO 8

**Margarita.**

**47 años.**

**Unión libre.**

**Ama de casa.**

**Primera prueba.**

**Pre consejería.**

Margarita es una mujer que aparenta más edad, es blanca, llenita, va vestida con pants color negro. Esta muy nerviosa y ansiosa.

Ella desea hacerse la prueba porque su pareja está infectada de VIH y han tenido relaciones sin protección. Esto ha sido porque ella confía en él.

La información que tiene acerca de la infección es muy básica.

Con esta pareja es la segunda vez que está viviendo con él; la primera vez, estuvieron juntos un par de años y él la abandono. Cuando regresaron ella le pidió que usaran condón cuando tuvieran relaciones, pero él mencionó que estaba limpio y no tenía de qué preocuparse. Esto fue en mayo y él está infectado desde hace dos años.

Margarita empezó a sospechar que algo pasaba cuando su pareja fue internado por una diarrea que no se le quitaba y por una baja considerable de peso; le preguntó y él le dijo que los médicos le habían dicho que tenía tuberculosis, pero que no pasaba nada. Ella le creyó porque no sabe nada de la tuberculosis.

Hace 20 días que no han tenido relaciones porque ella no lo desea, esta situación hace que su pareja la insulte y le pegue. Margarita cree, que la falta de deseo, sea por la menopausia o porque está preocupada de que no sabe nada de su esposo.

Ella está casada con un hombre que en enero se fue a trabajar a E.U. y no ha sabido nada de él; cuatro meses después, se vuelve a encontrar a su pareja actual y comienzan a vivir juntos. Esta pareja sabe la situación de Margarita y no le importa.

Le preocupa mucho un resultado positivo, porque le daría vergüenza con sus hijos y cree que se suicidaría (ya lo intentó una ocasión abriendo las llaves de gas). Si es negativa ya no confiaría en los hombres y, posiblemente, terminaría la relación. Su hija y su yerno la apoyarían en todo.

Margarita y su pareja viven en la casa de la hija de ella. Esta y su esposo saben que Margarita se va hacer la prueba y que su pareja está infectada.

Está conciente del riesgo en el que está, por las relaciones sin protección que han tenido y que es muy grande la posibilidad de salir positiva. Además tiene un retraso menstrual de mes y medio que no le da mucha importancia porque cree que sea la menopausia. No cree estar embarazada a su edad, aunque no se ha hecho ningún análisis para saber.

## **Entrega de resultado.**

### **Post consejería.**

Margarita llegó media hora después de su cita, viéndose muy nerviosa y ansiosa porque había pensado que ya no se le atendería, aunque avisó por teléfono de su tardanza.

*Buenos días Margarita.*

Buenos días, discúlpeme por haber llegado tan tarde es que el camión no pasaba.

*No se preocupe, lo bueno fue que avisó que llegaba tarde.*

*¿Si me va atender?*

*Claro, no hay ningún problema.*

Es que tengo mucho miedo. Estuve pensando lo que le dije y no sé que voy hacer.

*¿Qué pensó?*

En todo... en mis hijos, en mi, en mi pareja, en todo.

*¿Alguien sabe que está aquí?*

Si, sabe mi hija y mi yerno que venía hoy por mi resultado. Mi hija me iba acompañar, pero no pudo.

*¿Ellos la apoyan?*

Si, me dijeron que no me preocupara de nada, que todo iba salir bien. De hecho me dijeron que les llamara en cuanto tuviera el resultado.

*¿Y su pareja?*

Mire... él me dijo que ya se había hecho la prueba, pero que él no tenía nada.

*¿Cuándo se la hizo?*

Al otro día que yo... de hecho vino aquí y fíjese... como sabía que hoy yo venía, me dijo que pidiera su resultado para que se lo llevara... sino me iba a, con el perdón de la palabra, a madrear.

*¿Eso le dijo?*

Si, pero *¿verdad que no me lo pueden dar?*

*No, eso se lo debieron de haber dicho a él cuando vino.*

Yo eso le dije, pero me dijo que le valía madres, que yo se lo tenía que llevar a me iba a madrear.

*¿Él siempre es así?*

Si, señorita, siempre ha sido así.

*¿También la primera vez que vivió con él?*

Toda la vida ha sido así.

*¿Y por qué regresó con él?*

Es que yo me sentía muy sola, ya ve que mi esposo se fue a E.U., entonces cuando lo encontré me dijo que estaba solo, que su anterior pareja lo había abandonado y que nadie lo quería. Entonces, como yo sentí muy feo... pues, lo quise cuidar.

*¿Cómo que sintió feo?*

Si... verlo solo, se veía enfermo, desarreglado. Además yo ya había sido su pareja y me sentí con la obligación de cuidarlo.

*¿Obligación por qué?*

Porque ya había sido su pareja y lo vi bien mal.

*¿Cuánto tiempo pasó de que se encontraron a que regresaron?*

Uy... bien poquito... como quince días.

*¿Quién le propuso a quién regresar?*

El a mi.

*¿Desde el comienzo él fue violento?*

Es que mire... él toma mucho y luego llega a la casa bien borracho y es cuando me pega... bueno, a veces.

*¿Cómo a veces?*

Cuando él llega de la calle y no me habla, sé que viene enojado y, si le pregunto qué le pasa se desquita conmigo. Por eso mejor ni le muevo.

*Entonces nada más le pega cuando está borracho.*

Si.

*La vez pasada me dijo, que usted vió que tomaba medicinas y sospechó algo.*

Una vez lo vi que estaba tomando unas medicinas y le pregunté para qué eran y me dijo que no tenía porque decirme, porque yo no entendería de esas cosas. Tiempo después llegó tomado y me dijo que esas medicinas eran porque tenía sida, que yo se lo había pegado porque me había acostado con muchos hombres; después, cuando ya se le había bajado, quise platicar con él para que me dijera la verdad y apoyarlo, pero él me dijo que eso no me importaba y que si él se hubiera quedado con su anterior pareja, esto no le habría pasado. Que yo tenía la culpa de todo lo que le pasaba.

*¿Y lo de la tuberculosis?*

Ah, es que empezó a bajar mucho de peso y, yo le decía que fuera al médico para que lo revisara. Ya después de mucho tiempo fue al seguro y lo internaron como tres días y cuando salió, me dijo que le habían dicho que tenía tuberculosis.

*¿Usted le creyó?*

Pues, si. Por eso es mi pareja.

*¿A qué se refiere?*

Pues si... cuando una tiene una pareja, hay que apoyarla en las buenas y en las malas.

*¿Si su pareja es positivo, la va a apoyar?*

Espero en dios que no... pero si sí, lo tengo que hacer.

*¿Y si usted es positiva?*

Ay no señorita. He rezado mucho para que todo salga bien.

*Pero han tenido relaciones sin protegerse.*

Si, pero... es que... cuando yo no quiero tener relaciones con él, se enoja y me dice que debería agradecer que está conmigo porque vieja y gorda, quién me va a querer así; para que ya no me insulte, termino aceptando tener relaciones y me dice que soy una puta, que no tengo respeto por mí, porque primero digo una cosa y luego digo otra.

*¿Alguna vez usted le pidió que usaran condón?*

Mire, cuando yo le decía que usáramos condón, él se enojaba mucho y me empezaba a decir que con quién me había metido, que era una puta y me amenazaba con matarme y robarme mis ahorros. Además de que les diría a mis hijos y nietos que yo tenía sida.

*Y, aún así, usted planea seguir con él.*

Mi hija me dice que lo deje, que para qué quiero estar con alguien que me dice eso y que ni me mantiene.

*¿Él no trabaja?*

Si, pero todo se lo gasta, no me pregunte en qué porque no sé.

*¿Entonces?*

Yo trabajo en lo que sea, porque él nunca me da gasto. Vivimos con una de mis hijas y la mayoría de los gastos los cubre mi yerno, y no se me hace justo que estemos de arrimados y no demos nada. Él muchas veces llega a comer y no se pone a pensar de dónde salió para comprar la comida.

*¿Le platica usted a su hija lo que ocurre?*

No, lo que pasa es que, como vivimos con ella... pues se entera.

*¿Ha considerado dejarlo?*

No crea, a veces lo pienso, pero me da miedo estar sola.

*¿Usted es casada?*

Si.

*Si regresa su marido ¿qué va a hacer?*

No... estoy segura de que él ya no regresa. Desde que se fue no he sabido nada de él.

*Regresando con su actual pareja. ¿han platicado de esta prueba?*

Yo trato de platicar con él, pero él siempre me dice que esas son tonterías, que de qué me preocupó, que él tiene tuberculosis; pero que si yo tengo sida, es por mi culpa. Pero, fíjese que ahorita que venía para acá, me encontré a la señora que vivía con él y me dieron ganas de preguntarle por qué lo había dejado.

*¿Cómo para qué?*

Es que a mi se me hace que ella si sabe que él está contagiado... que por eso lo dejó.

*¿A usted le ayudaría en algo saber si ella sabía?*

Yo digo que si, porque qué tal si ella se lo pasó.

*Pero usted no se cuidó.*

Si, pero así yo sabría de dónde vino todo.

*¿Y si su esposo la infectó a ella?*

Bueno... también puede suceder.

*Ahora lo que importa es usted.*

Si.

*Aquí está su resultado, quiere verlo o yo se lo digo.*

No sé... es que tengo mucho miedo, ¿Qué tal si salgo positiva?

*La única manera de quitarse la duda es viéndolo.*

Dígamelo usted.

*Su resultado a VIH es negativo.*

Gracias a dios, yo sabía que todo iba salir bien.

*Pero la tiene que repetir.*

*¿Se equivocaron?*

*No, pero usted tuvo relaciones hace veinte días, eso puede afectar este resultado.*

O sea ¿no es seguro?

*Al cien por ciento no. Tal vez en esa relación de hace veinte días usted se infectó y todavía no sale en la prueba.*

Si, entiendo.

*Por eso se la tiene que repetir en 3 y en 6 meses.*

*¿Y ya con eso?*

*Siempre y cuando usted no tenga relaciones y, si las tiene, que sean protegidas.*

¿Con condón?

*Si, con condón.*

Es que él no va querer. ¿Y si lo traigo para que usted le explique?

*De todos modos, él tiene que venir por su resultado y, ya que lo tengamos aquí, le explicamos.*

Él no va venir... lo conozco y sé que no va venir.

*Él sabrá qué hacer. Mientras usted cuídese mucho, ya tenemos un resultado negativo y esperemos que los demás sean así.*

Si, de hecho mejor no voy a tener relaciones con él.

*¿Ya se hizo la prueba de embarazo?*

Si, salió negativo.

*¿Tiene alguna pregunta?*

No me van a dar el resultado de él ¿verdad?

*No, él tiene que venir.*

No, pues entonces seria todo. Muchas gracias.

*Cuídese mucho y nos vemos en tres meses.*

Si, yo regreso.

*Que le vaya bien.*

Gracias.

El seguimiento estaba programado para Enero del 2005, pero Margarita no regresó.

Su esposo no fue por su resultado, que es positivo.