

Procesos de alternación en mujeres embarazadas con VIH: estrategias para la disminución de riesgos vinculados con la salud sexual y reproductiva

Mónica Paulina Hernández Leyva
Universidad Nacional Autónoma de México

Edith Yesenia Peña Sánchez
Instituto Nacional de Antropología e Historia

Mayra Lilia Chávez Courtois
Instituto Nacional de Perinatología

Resumen

La presente comunicación tiene por objetivo analizar los cambios y estrategias que las mujeres embarazadas con VIH realizan para disminuir riesgos vinculados con la salud sexual y reproductiva. Se desarrolló una investigación sociomédica de corte biocultural con metodología cualitativa que integra seis casos en los que se realizaron entrevistas a profundidad a usuarias del Inper. El análisis enfatizó los procesos de socialización y alternación de la construcción social de la realidad y su articulación con la condición de VIH y estado de embarazo. Trabajarlos a nivel microestructural implicó retomar cuerpo, género, reproducción y vinculación afectiva. El análisis mostró que las estrategias se desarrollan dentro de una red dialéctica de potencialidades y vulnerabilidad, dependen del momento del diagnóstico, experiencia y redes de apoyo de las mujeres; ejemplo de ello fue el uso del condón masculino, que se conceptualiza sólo con parejas ocasionales, y con parejas estables su uso se torna complejo por las estructuras de género; igual que la reproducción: no siempre se presenta como un deseo, sino a consecuencia de la desigualdad cultural en las relaciones de pareja, la conceptualización de cuerpo, la realidad de la enfermedad y el padecer que impacta sobre el consumo de tratamientos antirretrovirales.

Palabras clave: mujer, embarazo, alternación, VIH, riesgo.

Abstract

It is the following communication's aim to analyze the changes and strategies pregnant women with HIV carry out to reduce risks related to sexual and reproductive health. We developed a bio-cultural, social-medical investigation utilizing a qualitative methodology that is integrated by six cases. For that matter, we conducted in-depth interviews on Inper users. The analysis emphasized the socialization and alternation processes in the social construction of reality and their interaction with HIV and pregnancy. In order to investigate them at a microstructural level, it was necessary to consider the ideas of body, gender, reproduction and bonding process. The analysis showed that the strategies are developed within a dialectic network of potentialities and vulnerabilities that are related to the moment of diagnosis, experience and the women's support networks; for example, the use of male condom that is taken into account only with temporary mates, its use turns more complex when we talk about steady mates due to gender structures. Same case with reproduction, it is not always presented as a desire but as a consequence of cultural inequality in relationships, the body representation, the illness reality and the suffering associated to the antiretroviral drugs consumption.

Keywords: woman, pregnancy, alternation, HIV, risk.

Introducción

Esta investigación retoma como planteamiento la propuesta de Berger y Luckman sobre la construcción social de la realidad, específicamente, los conceptos de socialización y alternación que dan cuenta de los procesos de aprendizaje e internalización de la realidad social en el individuo a través de la interacción con el medio y lo que ellos denominan intersubjetividad, y los cambios en la vida cotidiana a partir de momentos de cambio como puede ser el diagnóstico de VIH o el embarazo, momentos que forman parte de una trayectoria de salud sexual y reproductiva más amplia.

El objetivo de esta comunicación es analizar las estrategias creadas por mujeres embarazadas que contrajeron el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para disminuir riesgos en torno a su salud sexual y reproductiva. El análisis se realiza desde el marco de la antropología de la sexualidad y la antropología en salud, enfoques que han resaltado por descartar los esencialismos y analizar la realidad como constructo social; en dicho análisis se enfatiza que los comportamientos son aprendidos como parte de un proceso de socialización. La antropología sexual y la antropología de la salud eslabonan desde su particular visión relacional enfoques de acercamiento socioculturales, psicosociales y bioculturales. La antropología sexual,¹ como disciplina:

¹ A su vez, la antropología en salud, que permite plantear acercamientos a la antropología de la sexualidad, se define como una perspectiva que permite establecer "relaciones estructurales a escala multidisciplinaria con ciencias naturales y sociales. Esta subdisciplina estudia los problemas de salud humana y

describe, compara y analiza, la variabilidad y diversidad sexual del *Homo sapiens sapiens* y las representaciones y prácticas sexuales de los conjuntos sociales y culturales en tiempos y espacios determinados. Existe una diversidad de comportamientos en el ámbito sexual que no pueden apreciarse como conductas aisladas sino que son finalmente una amalgama que resulta del proceso de socialización y sexualización (que están dados a partir de los códigos, normas y valores culturales), la experiencia personal, la identidad sexo-genérica y sexo-erótica [Peña, 2013: 115].

Estos enfoques se conjugan a través de la teoría del construccionismo social para dar una interpretación a la sexualidad. El construccionismo como corriente teórica en la investigación antropológica de la sexualidad profundiza sobre los procesos y términos en que los sujetos se asumen como entes sexuados y conciben el cuerpo; analiza los medios por los que la sociedad otorga roles e identidades a partir de tipos de comportamiento, enfatiza cómo los individuos se autoidentifican y son identificados en un intercambio dialéctico de consenso social y subjetividad (Peña y Hernández, 2011). Es decir, desde estos enfoques es posible plantear investigaciones en las que se profundiza sobre los distintos niveles de realidad social: micro, *meso* y macro, al enfatizar los mecanismos sociales mediante los cuales el individuo representa, vive y regula el cuerpo, la salud, la enfermedad y la sexualidad en un intercambio dialéctico.

Se considera que la realidad social, en determinados contextos culturales, económicos y políticos, coloca a los individuos en situaciones de vulnerabilidad que pueden desencadenar la transmisión del VIH que se asocia al ejercicio sexual; sin embargo, también el ejercicio reproductivo se ve mermado porque no todos los embarazos son producto del deseo de las mujeres, esto además influye en las decisiones y estrategias para hacer frente al proceso de embarazo y padecimiento durante la trayectoria de atención. Diagnóstico y embarazo son dos momentos que forman parte de periodos de exacerbación dada la susceptibilidad biológica y el rompimiento con las percepciones de la vida cotidiana.

Autores como Kendall (2014), Herrera y Campero (2014), Peña y Hernández (2015) evidencian que los órdenes sociales ligados a la sexualidad se vinculan con cuerpos sanos, atléticos, heterosexuales, con fines reproductivos y en caso de que alguno de éstos no se cumpla, existen mecanismos de control social que se ejercen sobre los individuos. Así, Berger y Luckman mencionan que esto sucede cuando un proceso de institucionalización no se ha dado totalmente; cuanto más se institucio-

los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y económico-políticos; busca analizar las mediaciones que explican las formas de enfermar, atenderse y morir de los individuos en grupos determinados. Para ello es necesario tomar en cuenta las características y peculiaridades de la interacción entre distintos niveles, individual, cultural y/o social, en este intercambio es que se posibilita o limita la resolución de problemas de salud" (Peña, 2012: 119).

naliza un comportamiento, más controlado se vuelve, y “cualquier desviación radical que se aparte del orden institucional aparece como desviación de la realidad y puede llamársele depravación moral, enfermedad mental o ignorancia a secas” (Berger y Luckmann, 1968: 87).

El vivir con VIH y ejercer la maternidad es uno de los puntos que en determinados espacios aún se conceptualiza como una desviación radical del orden institucional; a la vez, en cada una de ellas se trata de un proceso de transformación de la realidad subjetiva, donde la forma de hacer frente al embarazo dependerá de las herramientas y red de apoyo social disponible para cada una de ellas, y por lo cual puede conceptualizarse como un proceso de alternación.

El acercamiento con las participantes fue a través del Instituto Nacional de Perinatología (Inper), institución de tercer nivel dependiente de la Secretaría de Salud que brinda atención ginecoobstétrica e infectológica a mujeres embarazadas con VIH. La invitación a participar se hizo fuera de los espacios de consulta, se explicaron los fines y objetivos, se aclararon dudas y se entregó carta de consentimiento informado; los criterios de selección fueron delimitados a partir de una etapa previa de la investigación en la que se revisaron los expedientes, se seleccionaron los casos y se establecieron criterios de inclusión: mujeres con VIH cuyo diagnóstico se les haya realizado durante o previo al embarazo, usuarias en control prenatal en el Inper, referenciadas de instituciones de salud o el Inper, elección de método anticonceptivo posterior al evento obstétrico y participación voluntaria. Se integraron seis casos de mujeres embarazadas con VIH, cuyas características sociodemográficas y económicas se observan en el cuadro 1.

Un acercamiento a los procesos de socialización, sexualización y alternación

Para establecer los procesos de socialización secundaria y alternación en la sexualidad que han desarrollado las mujeres, se retoman los ejes transculturales planteados por Peña (2015) para el abordaje de la sexualidad: cuerpo, género, reproducción y vinculación afectiva, componentes que permiten analizar los cambios en la representación y práctica de la sexualidad de manera integral. Esto implica que la socialización nunca termina y que los contenidos que los sujetos internalizan se encuentran en constante amenaza de la realidad subjetiva: el carácter endeble de la socialización secundaria torna vulnerable la realidad subjetiva. Para hacer frente a ello la sociedad genera mecanismos de legitimación para el mantenimiento de la realidad: rutina y crisis; el primero se da con la rutina de la vida cotidiana, elemento básico de la institucionalización en relación dialéctica con otros significantes en distintos niveles de la realidad social, la confirmación implícita de acciones cotidianas.

En situaciones de crisis los recursos son de hecho iguales que para la rutina; sin embargo, las confirmaciones de la realidad son explícitas e intensas, aunque siguen

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los casos

	<i>Sandra</i>	<i>Catalina</i>	<i>Graciela</i>	<i>Viviana</i>	<i>Mariela</i>	<i>Yadira</i>
<i>Edad</i>	31	28	18	26	23	31
<i>Lugar de origen</i>	Edomex	Veracruz	Edomex	CDMX	Edomex	Oaxaca
<i>Residencia</i>	Edomex	Edomex	Edomex	CDMX	Edomex	Edomex
<i>Ocupación</i>	Empleada	Hogar	Hogar	Comerciante	Empleada	Hogar
<i>Escolaridad</i>	Secundaria	Secundaria	Secundaria	Secundaria	Secundaria	Secundaria
<i>Religión</i>	Católica	Católica	Católica	Católica	Cristiana	Cristiana
<i>Estado civil</i>	Soltera	Unión libre	Unión libre	Casada	Unión libre	Unión libre
<i>Socio-económico</i>	2	1	1	1	1	1
<i>Gestas</i>	1	4	1	4	3	3
<i>Hijos con VIH</i>	0	1	0	0	1	0
<i>Estatus de la pareja actual</i>	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo

formando parte del proceso de socialización secundaria. Los rituales colectivos e individuales son estrategias de este tipo, y aun cuando no representen un cambio total, sí se dan transformaciones de la realidad subjetiva. La alternación se presenta como el proceso de transformación disruptivo más importante, dado que se da una resocialización que podría asemejarse a la primaria, porque radicalmente vuelven a atribuir acentos de la realidad, reproducen en gran medida la identificación afectiva con los elencos socializadores de la niñez. Lo que la distingue es que éstos no surgen de la nada; al contrario, implican un problema de desmantelamiento al desintegrar ciertas estructuras anteriores de la realidad subjetiva; para que un proceso de alternación exista deben estar presentes determinadas condiciones sociales y conceptuales:

- Una condición social de plausibilidad que sirva como base para la transformación; los otros significantes establecen una identificación fuertemente afectiva: son ellos los que han de actuar como guías para penetrar en la nueva realidad en el frente a frente.
- El individuo alternizado se enfrenta a su mundo anterior de la estructura que lo sustenta corporal y mentalmente. Existe una reorganización del aparato conversacional.

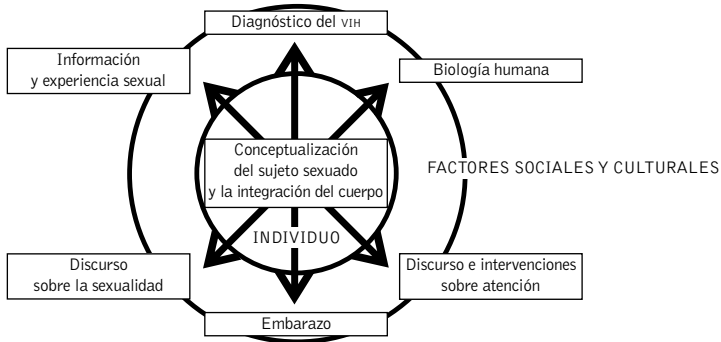


Figura 1. Factores que intervienen en la reconceptualización de la sexualidad. Fuente: Adaptado de Peña y Hernández (2015).

La alternación es un aparato legitimador para las transformaciones que se asumen como nuevas, existe una ruptura con la biografía subjetiva, hay una distinción sobre lo que antes creía y ahora sabe (Berger y Luckmann, 1968). El embarazo con VIH se presenta como una situación en la que se plantean cuestionamientos sobre las mujeres, sus funciones corporales, relaciones sociales, laborales, afectivas, su lugar y papel en la sociedad, que modifican su ser y estar en la sociedad. Peña y Hernández (2015) plantean que ante estos cambios disruptivos en la vida cotidiana (como en el caso de enfermedades crónicas o adquisición de alguna discapacidad) se da un cuestionamiento no sólo del sistema establecido, sino que se ve como una situación en la que al individuo se le adjudica un rol y lugar social de manera externa, el cual tiene que asumir aun cuando no esté de acuerdo porque lo margina socialmente.

En las mujeres este papel implica asumir la condición de VIH y la del embarazo, tomar el tratamiento antirretroviral, acudir constantemente a las citas y, en caso de realizar prácticas sexuales, mantener siempre el uso del condón. En este sentido, el embarazo en sí mismo representa un rompimiento con el orden médico, dado que se mantuvieron relaciones sexuales “desprotegidas”. En la medida en que las personas aprenden a través de la socialización, interiorizan la concepción occidental del cuerpo, la cual se encuentra íntimamente vinculada con la del género; esta última les da sentido y entendimiento de ellas mismas como individuos (realidad subjetiva) que adquieren las pautas de comportamiento y pensamiento, legitiman y reproducen el orden social para que éste se mantenga como tal (figura 1).

Por ello el diagnóstico de VIH se considera como un momento que irrumpe y se configura de manera diferenciada según género, edad, condición socioeconómica y redes sociales; también da cuenta de que la forma en que se adquiere el virus se relaciona con condiciones culturales determinadas a partir de estructuras sociales interiorizadas. En el caso de las mujeres coincide que ninguna buscó realizarse la

prueba, sino que a todas se les ofreció esta opción en los servicios de salud, ya fuera por el embarazo o debido a la detección del virus de algún familiar (hijos o pareja). Ninguna de ellas concebía la posibilidad de adquirir VIH, ya que la representación acerca de quién puede contraerla está enraizada en sectores poblacionales específicos: hombres homosexuales y trabajadoras sexuales.

Es hasta el momento en el que el personal comunica y nombra el diagnóstico cuando ellas adquieren la estructura específica para la construcción del padecimiento, a partir de sus representaciones previas sobre el VIH, lo que el personal de salud comunica y lo que escucha en el entorno social. A excepción de Graciela —que lo adquirió por transmisión vertical—, las demás asociaban el VIH como sinónimo de muerte, ninguna de ellas conocía o tenía información respecto de los tratamientos antirretrovirales.

En cuanto a su relación de pareja y vida sexual y la vinculación de esto con el diagnóstico, puede referirse que los estatutos de la cultura sexual dominante impactan en la subjetividad de mujeres y hombres; tales estatutos plantean que una vez establecida la pareja, la sexualidad femenina se liga a la procreación y el cuidado de los hijos; los ideales culturales sobre fidelidad sexual y monogamia vuelven difícil en las mujeres reconocer la posibilidad de que su relación no sea congruente con estos factores, aun cuando exista la evidencia o sospecha de lo contrario (Kendall y Pérez, 2004).

Las estructuras de género desalientan el conocimiento de las mujeres sobre su cuerpo y placer, pues aun cuando las mujeres tengan información sobre cómo mantener relaciones seguras y consensuadas, las representaciones de género permean y generan condiciones poco favorables para la comunicación o negociación de la práctica sexual en la pareja. El conocimiento del diagnóstico, como lo menciona Herrera (2015), coloca a la persona y su núcleo en un estado de incertidumbre, no sólo por lo desconocido e inesperado que puede ser el proceso mismo de vivir con VIH, sino porque desestabiliza su estructura de pareja y lo que ésta representa en la solución de lo cotidiano; lo que era aparentemente conocido y concebido como seguro, deja de serlo: “Yo siento que por mi esposo (lo contraje), él me infectó, fue él quien empezó con sus malestares [...] yo no era una persona que dijera, con varias parejas” (Entrevista Yadira, 2016).

El análisis muestra que el proceso del diagnóstico desestabiliza las estructuras de la vida cotidiana en distintos niveles —ya sea que coincida o no con el embarazo—, ya que implica la aceptación de la nueva condición de salud, el seguimiento médico, la toma del tratamiento ARV, los exámenes de laboratorio, los cambios en los hábitos alimenticios y las relaciones sociales.

Cuerpo, género y reproducción en mujeres con VIH

El cuerpo, al ser un espacio de socialización, es también sujeto de control y orden social: la sexualidad y el género, al remitir directamente a él, se configuran a partir de normas sociales. La realidad física y biológica existe; no obstante, las formas de

pensamiento y acción que se configuran en torno a éste son aprendidas a través del lenguaje y la interacción, lo que es permisible y prohibido culturalmente. El diagnóstico dio cuenta de las representaciones y prácticas asociadas al VIH y la sexualidad; en este apartado se ahondará en lo que sucede una vez que la transmisión ha tenido lugar. Se comentaba desde el inicio de esta comunicación que el embarazo en mujeres con VIH no siempre se presenta como un deseo y ejercicio pleno de derechos; de las seis participantes, sólo dos mencionaron haber deseado el embarazo por el que actualmente se atendían en el Inper, y otras dos buscaron interrumpirlo; sin embargo, la presión familiar, así como la objeción de médicos a realizar este procedimiento, limitaron el ejercicio de sus derechos.

Existe una ambivalencia entre la normativa biomédica y la de género; el principal discurso para el ejercicio sexual en personas con VIH es el condón: cuando se presenta un embarazo no planeado, el personal de salud reprende a la mujer, por ejercer su vida sexual sin el uso del condón, pero poco se problematiza sobre las condiciones, deseos o posibilidades de las mujeres con su(s) pareja(s). Por otro lado, cuando las mujeres desean interrumpir el embarazo no falta personal que alude a la objeción de conciencia, sin remitir a la mujer a otro servicio que le realice la intervención.

Los estatutos de género ligados a la reproducción permean en el personal de salud y el entorno familiar, generando contextos de vulnerabilidad para las mujeres; son condicionantes sociales que estuvieron involucrados en la transmisión del VIH, así como en el ejercicio reproductivo posterior a la infección. El cuerpo es el espacio donde se expresan la enfermedad y el embarazo; los signos o síntomas son visibles para las mujeres, y a partir del diagnóstico el cuerpo comienza a ser asumido como un lugar de significancia e intervención biomédica que se exagera con el embarazo, ya que la atención se concentra en esta especie de binomio que en las políticas públicas se denomina prevención de la transmisión perinatal.

En consecuencia, durante el embarazo en condición de VIH existe una reconfiguración de las normas de pensamiento y acción, donde el papel del personal y la institución médica es de gran importancia en la conformación de las decisiones que las mujeres han de tomar respecto a su proceso de atención y su vida sexual y reproductiva. Pruebas de sangre, estudios de laboratorio, efectos adversos de los tratamientos, el desarrollo del embrión durante el embarazo y el parto son procesos latentes durante esta etapa.

Existen otros componentes que entran en acción, pero se consideró que durante el embarazo la interacción con el personal y el escrutinio médico se intensifica, de ahí que lo que se diga en la institución biomédica impacte en las decisiones de las mujeres. Al ser un proceso dinámico de internalización y externalización de la realidad, la atención al embarazo constituye un momento de ruptura dentro de la vida de las mujeres.

La imagen, que hasta antes del diagnóstico era de normalidad, cambia; las relaciones sociales —entrelazadas por parámetros en los que sexualidad, reproduc-

ción y vinculación afectiva eran parte de la vida cotidiana— ahora también son sujetas al escrutinio médico, lo que genera tensiones en la práctica y representación. Estas experiencias abren la posibilidad del autoconocimiento del cuerpo; sin embargo, la mediación con el servicio médico está siempre presente, se enfatiza tener mayor atención y cuidado desde parámetros biomédicos (adherencia al tratamiento, uso del condón, alimentación saludable), de esto depende que el estado de salud se mantenga estable, que no se presenten coinfecciones para tener un menor riesgo de transmitir el virus y se mantenga una vida relativamente parecida a la que las mujeres estaban acostumbradas antes de la condición de salud que ahora viven: “[...] ahora tengo que cuidarme más, cambio un poquito porque ya son más cuidados, ¿no? Hay muchos riesgos, tengo que cuidar de no cortarme, en la higiene, en las relaciones (sexuales), en todo eso, me cuido bastante” (Entrevista Viviana, 2016).

Ya se comentaba que entre los discursos médico-sanitarios más constantes dirigidos a todas las personas con VIH está el del uso del condón en toda práctica sexual, cualquiera que sea el estatus serológico de la pareja, ya sea para prevenir la transmisión o la reinfección. En los casos de las participantes éste se encontró como un discurso internalizado; sin embargo, en la práctica no siempre se llevó a cabo y las mujeres con diagnóstico previo mostraron mayores complejidades para realizarlo, a diferencia de las de diagnóstico reciente. Esto se debe a que las nociones y formas de pensamiento previas al diagnóstico están vinculadas con la construcción social del género, órdenes sociales que se establecieron como realidad objetiva. Para las mujeres que comenzaron relaciones con parejas seronegativas, un punto de gran importancia fue comunicar el diagnóstico, y aun cuando existía el temor al rechazo, lo consideraron relevante. Sólo una de ellas pidió apoyo al personal de salud para la comunicación del estatus serológico, en los otros casos fueron ellas quienes se encargaron de platicarlo con sus parejas: “[...] yo le conté todo a él, cuando llevábamos como tres meses y pensé ‘me va a rechazar’ pero no, ahora siempre me apoya y me dice que me tome mis medicamentos, llegaba la hora y me decía ‘ya métete a tomar tus medicamentos’, hasta le hacía burla que parecía mi papá” (Entrevista Graciela, 2016).

A excepción del caso de Graciela, que desde pequeña ha configurado el VIH como parte de sí misma, en las mujeres cuyo diagnóstico se da por transmisión sexual, el cuerpo se asume como sexuado; se posee un sexo biológico que en conjunto con ciertas características anatómicas permite que se identifiquen como mujeres: el cuerpo en sentido individual adquiere sentidos que le otorgan pautas de comportamiento que se espera sean cumplidas a escala social (Peña y Hernández, 2015).

Estas formas sociales se cristalizan en el cuerpo y se representan a través de la comunicación, los roles y el estatus social; también marcan cómo ha de ser el actuar individual y la interacción en lo social. Si antes del diagnóstico la sexualidad se vivía como un espacio de “normalidad”, con cierto control por parte de la pareja y el espacio bio-

médico, a partir del diagnóstico se ve restringida. En un primer momento, debido a la carga moral de la enfermedad: este ámbito es negado y existe un cuestionamiento a las formas de vinculación erótico-afectivo. En el ámbito de la sexualidad, el cuerpo de las mujeres se nulifica hasta consensuar con sus parejas los términos en la relación a partir del diagnóstico; sólo entonces la vida sexual se retoma: “[...] de hecho, él se sintió culpable y, bueno, quiso hablar conmigo, me estaba pidiendo disculpas, que lo perdonara, que si por él yo me había infectado, fue así que lo perdoné y decidimos que nada más quedara entre los dos” (Entrevista Yadira, 2016).

A partir de ese momento el discurso biomédico de la sexualidad adquiere gran relevancia: la internalización de las prácticas sexuales siempre con preservativo, la construcción del riesgo siempre latente; transmitir el virus, ya sea que la pareja lo tenga o no, son parte de las representaciones que se espera que las mujeres integren a su vida. Lo que muestran los casos es que aun cuando se brinda información constante, la práctica sexual no siempre se ejerce en los términos que la institución biomédica espera. La decisión de ejercer nuevamente la sexualidad, ahora de manera protegida, se ve mediada por las construcciones de género, la negociación del uso del condón pasa por procesos intermedios, ya sea que la pareja sea o no serodiscordante:

[...] mi esposo es de esos que no les gusta usar [condón], normalmente cuando vamos a consulta el doctor le dice ‘es que lo debe de usar, cada uno está tomando medicamentos diferentes, no es lo mismo’ pero pues aun así mi esposo luego dice que no, yo la verdad no siento la gran diferencia con el condón que sin el condón, pero él dice que sí [hay diferencia], por eso no lo usamos [Entrevista Catalina, 2016].

En los casos en que ambas personas de la pareja viven con VIH, el sexo no protegido se presenta como un riesgo, por la posibilidad de reinfectarse. Los argumentos de las personas para explicar que no utilizan preservativo se vinculan con que su uso se piensa sólo en relaciones esporádicas, sin compromiso afectivo. Cuando la relación pasa a ser “estable” se considera que su uso ya no es necesario, las mismas nociones de género que intervinieron para que ocurriera la transmisión aparecen de nuevo en la vivencia con VIH; esto se dio de manera similar en todas las parejas, fueran o no serodiscordantes. Para Graciela, quien tiene más años con el diagnóstico, ejercer la sexualidad sin preservativo con su pareja es una forma de sentir que el VIH no permea todas las áreas de su vida. Aunque ella también asocia que con la pareja estable el uso del condón es innecesario, un punto a resaltar es que ella negoció con su pareja estos términos:

Yo le he dicho a él que si estaba seguro, porque yo no quiero estar usando, se siente raro vivir con tu pareja y estar usando [condón], pero también es importante que sepa y decida, porque está el riesgo, pero me dijo “no importa, así seríamos dos

los que tomamos el medicamento” y le dije “¿seguro?” Me dijo “sí, yo no quiero usar” [Entrevista Graciela, 2016].

Si bien el riesgo es una noción que ella reconoce y piensa para ambos, la práctica sexual sin condón se concibe a partir de los parámetros sociales de lo que es una relación estable, sumado a que ella considera que en los servicios de salud no le han hablado de otras formas para ejercer la sexualidad que no sea con el condón masculino. Su pareja se realiza pruebas de escrutinio cada tres o seis meses para conocer su estado serológico, ambos están sorprendidos de que hasta el momento todas sus pruebas sean no reactivas. Esto la ha llevado a asumir que algo pasa con la toma de tratamientos, pues ella los atribuye a que cuando su carga viral está indetectable las probabilidades de transmisión son menores, aunque es un tema sobre el que el personal no le ha hablado y hasta el momento ella tampoco ha considerado relevante preguntar.

Las mujeres que incorporaron el condón como una práctica recurrente en su vida sexual fueron aquellas que recibieron el diagnóstico durante el embarazo, con el riesgo de transmitir el virus a sus parejas; además de que la apropiación del discurso médico, en el que se menciona que usar el condón previene otro tipo de infecciones de transmisión sexual, se internalizó y se llevó a cabo, retomar este aspecto de su vida no ha sido sencillo, ya que para ellas el uso del condón también está asociado con intercambios esporádicos. Indudablemente existe el deseo de dejar de utilizarlo, y una de las informantes mencionó que desde el nacimiento de su hijo ha disminuido el uso del preservativo.

El ejercicio sexual en las mujeres se encuentra inmerso en el discurso normalizador, donde se privilegia el intercambio sexual con la pareja a través de la monogamia, si bien existe una reconceptualización de su sexualidad. Se debe mencionar que a partir del diagnóstico surge el cuestionamiento y esfuerzo de que la sexualidad puede ser vivida de otra forma; así, la comunicación del diagnóstico a la pareja antes de que inicie la vida sexual, la negociación del uso del condón, e incluso la toma de medicamento para prevenir la transmisión forman parte de las estrategias desarrolladas por las mujeres en este ámbito.

El embarazo como proceso de alternación

La percepción de los cuidados durante el embarazo fue variable: en las mujeres con diagnóstico previo que además tenían la experiencia de otras gestas, fueran o no con VIH, concibieron que los cambios en su entorno cotidiano fueron relativamente pocos. El consumo de tratamientos fue uno de los cambios más relevantes; Yadira y Catalina, que iniciaron o retomaron la toma de tratamiento antirretroviral (ARV, por sus siglas en inglés) antes de su embarazo, presentaron cambios considerables respecto a los embarazos previos, la presencia de malestares por la toma del medicamento fue recurrente durante todo ese periodo, aunque también una sensación de tranquilidad o felicidad.

Para las mujeres diagnosticadas durante el embarazo el inicio de la toma de medicamentos implicó una exacerbación de la trayectoria del padecimiento: la imagen corporal se vio mermada porque todas presentaron efectos adversos: mareos, diarreas, fatiga, cambios de humor. La medicalización implicó una ruptura y, al mismo tiempo, una exigencia de cambio en la relación que establecían con el "cuerpo" antes del diagnóstico (Herrera y Kendall, 2014). La representación del consumo de medicamento está asociada al autocuidado de forma similar a lo que plantean Herrera y Kendall (2014), donde retoman los planteamientos de Merleau-Ponty (1957) en el sentido de que la enfermedad puede ser una forma de hacer consciente el cuerpo, en este caso a través de la toma de tratamiento con antirretrovirales.

Seguimiento médico, adherencia al tratamiento, alimentación saludable y el uso del condón en toda práctica sexual son situaciones emergentes; cuando el cuerpo se ve sometido a un cambio biológico, aunque éste no sea perceptible a simple vista, rompe con el estereotipo social de la normalidad y se inicia un proceso de adecuación a partir del nuevo esquema. El cuerpo se concibe como el mismo, pero con ciertos cambios (Peña y Hernández, 2015). Un ejemplo de ello fue que las mujeres dan mayor prioridad al conocimiento de los signos y síntomas que se presentan por los tratamientos ARV, algún malestar en la zona genital u otra parte del cuerpo.

Estos cambios se reflejan en lo individual (cuerpo) pero también a escala social (imagen corporal), ya que a partir de la adquisición del virus existe un impedimento para la vida social. Los imaginarios que se han configurado en torno al embarazo con VIH tienen una connotación negativa, las mujeres tienen el temor de ser juzgadas como "diferentes". De aquí que con la imagen corporal y personal se pretenda mantener y mostrar un estado de salud óptimo: no decaído, delgado o enfermo que permita que el entorno social intuya que el embarazo se vive con la infección. De hacerlo se puede presentar un trato diferencial, ése que se da a los sujetos que la sociedad categoriza como "diferentes"; en consecuencia, elegir con quién compartir el diagnóstico se establece como una estrategia, el no decir es un acto de resiliencia: "[...] decidimos que se quedará entre él y yo porque [...] Yo ya nada más tengo un tío, él sí tiene a su mamá, padrastro y hermano, pero sabe cómo son y ahora sí que su mamá es cristiana y habla del VIH, pero lo que dice es por los gays y no [...] son cosas que preferimos no decirles nada" (Entrevista Yadira, 2016).

En la vida cotidiana esta decisión puede implicar que la red de apoyo se desvanezca durante el embarazo, parto, posparto y los meses consecuentes. Por ejemplo, ante el temor de que su familia y la de su esposo conocieran el diagnóstico, Catalina prefirió ya no vivir en su estado natal, lo cual tuvo como consecuencia que el apoyo de la familia en el cuidado de los hijos, así como el ingreso económico, se redujera considerablemente.

En el caso de Yadira y Viviana, que cuentan con una red de apoyo amplia entre su familia, el diagnóstico implicó un cambio en su interacción con ellos, debido a las

representaciones asociadas con el VIH. Lo anterior generó que ellas optaran por no compartir el diagnóstico y establecieran distancia ante el temor de que sus familiares sospecharan sobre su estatus serológico, pues la situación ha implicado cuestionamientos por parte de aquéllos respecto al constante escrutinio médico durante y después del embarazo, a lo que ellas han tenido que decir que tienen presión alta o diabetes.

El ejercicio sexual es otro de los rubros que se ve modificado: las condicionantes biomédicas para practicarlo son recordatorios de que no es posible que la persona tenga acceso al estado óptimo de salud. Por ello es que cuando el personal de la clínica indaga sobre la toma de medicamentos o las formas en las que se ejerce la sexualidad, las mujeres contestan que tienen un *colchón* de medicamentos o que no se les olvida tomar el medicamento, que procuran siempre tener prácticas sexuales con condón (aun cuando esto no sea así).

Asociado al ejercicio sexual, la reproducción es otro de los ámbitos permeados a partir del diagnóstico: la vivencia del embarazo con VIH rompe con la estructura de los cuerpos aptos para la reproducción, aquellos que mantienen un estado óptimo de salud, donde no hay presencia de la enfermedad. Cuando las mujeres comparten con el personal de salud su embarazo, argumentan que éste se presentó debido a que el preservativo se rompió, lo cual se hace con el objetivo de demostrar al personal que se tiene adhesión a los lineamientos y recomendaciones; no hacerlo implica que se le cuestione y en ocasiones exista una reprimenda.

Esta interacción entre el personal de salud y las usuarias se relaciona con los discursos y prácticas estructurales que delimitan el campo de acción para ambos sujetos (personal de salud y usuarias). La experiencia de las mujeres al estar en contacto con el orden médico las ha dotado de herramientas para hacer frente a los cuestionamientos del personal respecto a su vida sexual y la presencia del embarazo. Es una dialéctica caracterizada por la asimetría de poder en la relación médico-paciente que la refuerza y reproduce.

Para las mujeres es preferible decir que el condón se rompió a mencionar que no desean usarlo o no se encuentran en condiciones de poder negociar con sus parejas (cuestión que surgió en las entrevistas y está ampliamente documentado por autoras como Kendall, Herrera y Campero), mientras que el personal tampoco indaga sobre los deseos reproductivos de las mujeres o las condiciones en las que están ejerciendo su vida sexual (libre, consensuada). Así:

[...] en el discurso médico el paciente es tratado en tanto que enfermo y en la medida en que demuestra su disposición a ser razonable [...] a someterse al orden con el fin de recuperar las características propias del "hombre": en primer lugar, la libertad, que le hace escoger la razón. A diferencia del "hombre", el enfermo es siempre sospechoso de tomar decisiones contrarias a su salud, seguir los dictados del "organismo" en lugar de prescripciones desagradables, mentir [Clavreul, 1983, en Herrera y Kendall, 2014: 89].

Los límites del control médico son fuente de tensiones y frustración para las usuarias, pero también para el personal de salud (Herrera y Kendall, 2014). Aunque existe una reconceptualización del cuerpo y la identidad, las modificaciones a partir del diagnóstico en estas mujeres no siempre refieren a un proceso de alternación, hay elementos, como el papel social de la maternidad y la reproducción, que siguen presentes. La reproducción es un elemento ligado a la sexualidad que se asume idealmente como parte de una relación estable entre personas de distinto sexo, en un contexto de pareja estable o matrimonio.

Llama la atención el hecho de que por lo menos en dos de los casos la paridad se encontraba satisfecha desde antes del último embarazo; anteriormente se problematizó en los factores sociales que intervinieron para que ambas mujeres decidieran continuar el embarazo. Sandra, aunque no tenía su paridad satisfecha, consideraba que no era el momento adecuado para ejercer la maternidad, de ahí que Graciela fuera el único caso de un embarazo planeado. Al relacionar el tema de la reproducción con los deseos reproductivos se encontró que el momento del diagnóstico tiene un papel de importancia; de los seis casos, sólo Graciela optó por un método anticonceptivo temporal, las demás eligieron la oclusión tubaria bilateral; sin embargo, lo que movilizó a unas y a otras para elegir este método fue distinto.

En el caso de las mujeres con diagnóstico previo, la elección de ese método estuvo ligada a la paridad satisfecha, situación que en dos de los casos se dio desde antes de la última gesta. El VIH aparece como un factor asociado a gastos económicos para la atención del embarazo más que como un factor de movilización para la decisión del método anticonceptivo. Contario a lo que sucede con las mujeres que recibieron el diagnóstico durante el embarazo, su principal motivo para elegir este método fue el temor de exponer a otro producto a adquirir el VIH, sumado también a factores socioeconómicos: todas ellas consideraron que en este momento sus vidas no están en las condiciones óptimas para tener otro embarazo.

Consideraciones finales

Las acciones médicas para disminuir la probabilidad de transmisión perinatal se encaminan al producto; aunque se piensa poco, se considera mejorar las condiciones fisiológicas de las mujeres más allá de la etapa del embarazo. Las acciones realizadas en los espacios de atención para temas asociados a la salud sexual y reproductiva sólo consideran parámetros biomédicos: adherencia al tratamiento, escrutinio médico, laboratorios, el ejercicio sexual con condón y, de ser posible, otro método anticonceptivo (después del embarazo), cesárea electiva, supresión de la lactancia materna, aumentar el consumo de verduras, frutas y proteínas, realizar ejercicio e identificar los síntomas y signos de alarma obstétrica.

Sin embargo, las mujeres no siempre coinciden con las concepciones planteadas desde la perspectiva biomédica; para ellas el cuidado de no transmitir se concibe a

partir no sólo del riesgo biológico, sino también social: medidas como evitar cortarse o tener heridas cuando sus hijos están cerca de ellas, así como no decir su estado al círculo cercano son parte de las acciones de cuidado con las que buscan no exponer a sus hijos.

En cuanto al ejercicio sexual, el personal de salud concibe como única estrategia para tener prácticas sexuales seguras el condón masculino. Para ellas, en cambio, esta acción no siempre se puede llevar a cabo aun cuando se piense; tampoco existen las posibilidades de negociación con sus parejas; la constante intervención sobre el cuerpo, y sobre ejercer los vínculos afectivos y la vida sexual sin preservativo, para ellas es una estrategia que les permite significar que no todas las áreas de su vida están permeadas por la presencia de la enfermedad.

Las informantes consideran que existe riesgo de transmitir el virus a sus parejas a través del contacto sexual, conceptualizan el uso del condón como una práctica segura; sin embargo, la vivencia de la sexualidad con una pareja estable se concibe sin el uso del condón. La ambivalencia entre el reconocimiento del riesgo y los atributos sociales que se le dan a la pareja estable las colocan en una situación de vulnerabilidad, pues buscan usar el condón de forma recurrente; pero sus parejas no conciben esta práctica del cuidado (tanto en el caso de parejas donde ambos tienen el diagnóstico como serodiscordantes). Cabe mencionar que existe la idea de que con los medicamentos no se requieren mayores cuidados, lo que lleva a reflexionar sobre las concepciones mediáticas que se han construido en torno a la vivencia con VIH durante los últimos años, sobre todo a partir de la llegada de los tratamientos antirretrovirales.

El reconocimiento del cuerpo y las prácticas de autocuidado se tornan complejos en la realidad; la práctica de los sujetos ante la confluencia de los discursos biomédico y de género y la realidad socioeconómica en que cada una de ellas vive condiciona las decisiones. Las estrategias desarrolladas para hacer frente tanto al embarazo como a la presencia del VIH se vinculan al medio social, la propia biografía y, por ello, la experiencia personal. De ahí que una informante que lleva más años viviendo con la enfermedad estableció como negociación con su pareja el uso o no del condón, a diferencia de lo sucedido con otras usuarias, en cuyo caso no se estableció como una práctica consensuada entre la pareja, sino como parte de un mandato social.

La experiencia del embarazo se configura de manera diferenciada: el momento del diagnóstico, el tiempo viviendo con VIH, las redes de apoyo y la situación de acceso a recursos económicos son codeterminantes en este proceso, donde se abre la posibilidad de resignificar no sólo el padecimiento sino la concepción identitaria y de interacción. En los casos de mujeres con diagnóstico previo al embarazo, esta situación se vivió más como un proceso de socialización secundaria; todas ellas tenían nociones de los embarazos con VIH; aunque la noción del riesgo estaba presente, la reproducción se concibe como un derecho, discurso que ha tenido cada vez más presencia en el espacio biomédico: la intervención de la sociedad civil en el di-

seño de campañas contra el estigma, la discriminación y la reivindicación de derechos de las personas con VIH son puntos que han ido cobrando relevancia.

El embarazo es un momento de cambio, en el que se experimentan procesos de resocialización: los signos y síntomas del medicamento y las constantes intervenciones sobre el cuerpo son codeterminantes en esta internalización de la nueva realidad. Es un proceso complejo que, en general, las mujeres viven con el apoyo de uno o dos miembros de su familia; aunque todas las parejas conocen el estatus serológico, no todos mostraron apoyo durante esta etapa. En general son madres y padres quienes están al tanto de las necesidades de las mujeres y las apoyan no sólo en lo económico, sino también en el cuidado de los hijos, el acompañamiento al espacio de salud y una vez que el bebé ha nacido.

El cuidado de los hijos y los roles en el hogar se siguen estableciendo desde la perspectiva de la normativa de género: aunque hubo tres varones que se involucraron de manera activa en el cuidado de los hijos, por lo general este tipo de actividades sigue recayendo en las mujeres. Un cambio enunciado en dos de ellas ante la situación económica fue comenzar a tomar clases de belleza o algún otro oficio para incrementar el ingreso al hogar, pues saben que con el hijo que llega los gastos se dispararán.

A partir del análisis teórico se plantea que proporcionar a las mujeres otras herramientas y elementos para ejercer la sexualidad aumenta las posibilidades de que el embarazo se viva o no como un proceso de alternación. El placer y el autoconocimiento del cuerpo son nociones de las que poco se habla en los servicios de salud; en el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos, la apropiación y conocimiento del cuerpo es una de las principales estrategias promovidas para ayudar a significar y ejercer prácticas de autocuidado, a partir de la identificación del cuerpo como espacio de la decisión propia. El proceso de resocialización permitiría atribuir nuevos valores y referentes ante la vivencia de la sexualidad en la enfermedad, así como de la conformación identitaria.

Que la experiencia y la vida cotidiana se configuren desde una perspectiva en derechos humanos, libre de prejuicios, implicaría que la red social de apoyo aumente y se encuentren otras posibilidades de apoyo moral y económico: por lo menos cuatro de las mujeres expresaron deseos de involucrarse en la vida laboral para contribuir económicamente en los gastos del hogar, pero también como un deseo de realizar actividades no asociadas al cuidado de los hijos; indagar en la construcción del plan de vida es parte de las otras estrategias que permitirían a las mujeres concebir que no todos los aspectos de su vida se encuentran permeados por la enfermedad, vivir con VIH es parte de su vida, mas no la vida misma.

Referencias bibliográficas

Berrio, Lina (2013), *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud: procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa*

- chica de Guerrero*, tesis de doctorado en ciencias antropológicas, UAM-Iztapalapa, México.
- Berger, Peter L., y Thomas Luckmann (1968), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Brofman, Mario, René Leyva Flores, y Mirka Negroni (2004), *Movilidad poblacional y VIH/sida: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Brocklehurst, Peter, y Jimmy Volmink (2007), "Antiretrovirals for Reducing the Risk of Mother-to-Child Transmission of HIV Infection", en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, DOI: 10.1002/14651858.
- Campos-Navarro, Roberto, Diana Torrez, y Elia Nora Arganis-Juárez (2002), "Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México", *Saúde Pública*, vol. 18, núm. 5, pp. 1271-1279.
- Castiel, Luis David, y Carlos Álvarez-Dardet (2010), *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- ChávezCourtois, Mayra Lilia, Raymundo Canales, y Ricardo Figueroa-Damián (2016), "Percepción cultural respecto al embarazo no planeado en mujeres gestantes viviendo con VIH", *Revista Chilena de Salud Pública*, vol. 20, núm. 1, pp. 29-35.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (2013), *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de sida. Actualización al cierre de 2013*, Ciudad de México, Censida, recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_CIERRE_2013A.pdf>, consultada el 10 de enero de 2017.
- Clavreul, Jean (1983), *El orden médico*, Barcelona, Argot.
- Herrera, Cristina, y Lourdes Campero (2002), "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/sida: constantes y cambios en el tema", *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 6, pp. 554-564.
- , Tamil Kendall, y L. Campero (2014), *Vivir con VIH en México: experiencias de mujeres y hombres desde un enfoque de género*, México, El Colegio de México.
- Kendall, T. (2012), *Prevention of Vertical HIV Transmission and the HIV Response for Women in Latin-America*, tesis de doctorado, The University of British Columbia, Okenagan.
- (2014), "Consequences of Missed Opportunities of HIV Testing during Pregnancy and Delayed Diagnosis for Mexican Women, Children and Male Partners", *PLOS One*, vol. 9, núm. 11, recuperado de: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109912>>, consultada el 9 de febrero de 2018.
- , y Gabriela García (2013), "Prevención y atención al VIH en mujeres y su integración con la salud materno-infantil: rezagos mexicanos para lograr los objetivos del desarrollo del milenio y cumplir con la declaración de compromiso sobre VIH y sida", en Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coords.), *Monitoreos, diagnós-*

- ticas y evaluaciones en salud materna y reproductiva. Nuevas experiencias en contraloría social*, México, CIESAS/Comité Promotor por una Maternidad Segura en México/Observatorio de Mortalidad Materna de México, pp. 225-244.
- , e Hilda Pérez Vázquez (2004), *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas: necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario*, México, Colectivo Sol.
- Merleau-Ponty, Maurice (1957), *Fenomenología de la percepción*, México, FCE.
- Peña Sánchez, Edith Yesenia (2003), *Los entornos y las sexualidades de las personas con discapacidad*, México, Conaculta-INAH/Edufam.
- (2011), "Antropología sexual: bases teóricas y metodológicas", en Anabella Barragán y Lauro González, *La complejidad de la antropología física*, México, ENAH-INAH, t. II, pp. 289-314.
- (2012), *Enfoque biocultural en la antropología. Alimentación, nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo*, México, Conaculta-INAH.
- , y L. Hernández (2011), *Iguales pero diferentes: diversidad sexual en contexto. Memorias*, México, INAH (Divulgación).
- (2015), *Entre cuerpos y placeres. Representaciones y prácticas sexuales en personas con discapacidad adquirida*, Monterrey, UANL.
- Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (1994), *Mujer y sida*, México, El Colegio de México.
- Quintana, Alberto (2006), "Metodología de investigación científica cualitativa", en A. Quintana y William Montgomery, *Psicología: tópicos de actualidad*, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, pp. 47-84, recuperado de: <<http://www.ubiobio.cl/miweb>>, consultada el 10 de marzo de 2017.
- Ruiz Olabuenaga, José Ignacio (1995), *Metodología de la investigación cualitativa*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- Recoder, María Laura (2011), "Médicos, pacientes y consultorios: un abordaje etnográfico de las consultas médicas en la atención del VIH/sida", *Runa*, núm. 1, pp. 63-82.
- Sontag, Susan (2008), *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*, Barcelona, De Bolsillo.
- Uribe, P. (2012), "La prevención de la transmisión vertical", en José Ángel Córdova Villalobos, Samuel Ponce de León Rosales y José Luis Valdespino (eds.). *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*, México, Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública/Censida/Ángulos del sida.
- Vargas, Luis Alberto, y Leticia Casillas (2007), "Aportaciones de la antropología física para la comprensión de algunos problemas de salud", en Magalí Civera Cerecedo y Martha Rebeca Herrera Baustista (coords.) *Estudios de antropología biológica*, México, IIA-UNAM/INAH/Asociación Mexicana de Antropología Biológica, pp. 774-785.
- Villarroel, Gladys E. (2007), "Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad", *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, vol. 17, núm. 49, mayo-agosto, pp. 434-454.