FEMINIDADES Y MASCULINIDADES

MÓNICA GOGNA
(compiladora)

FEMINIDADES Y MASCULINIDADES

Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia

CEDES
Centro de Estudios de Estado y Sociedad

© CEDES

Coordinación editorial:
Mónica Gogna
Alicia de Santos
Nina Zamberlin

Auspicio: Fundación Ford
Oficina para la Región Andina y el Cono Sur

ISBN: 950-9572-18-7

CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)
Sánchez de Bustamante 27
(1173) Buenos Aires - Argentina
Tel.: 54 11 4865-1707/1704
Fax: 54 11 4865-0805
E-mail: salud@clacso.edu.ar
Web site: http://www.cedes.org

In memóriam
Juan José Llovet
Por confiar en que llegaríamos a este puerto.

ÍNDICE

Currículos 11
Prólogo 15

SECCIÓN I

Yo (no) soy. Tú eres. Él es.
La sexualidad de mujeres polisintomáticas
de sectores empobrecidos desde la perspectiva
de los servicios de atención primaria de salud
VALERIA CALDERÓN PINTO 23
Anexo 71

Reproducción y erotismo: el caso de la doble
protección. Aportes a la sexualidad femenina
ANA CRISTINA GONZÁLEZ VÉLEZ 75

Intocables, desconocidas, desconocibles:
mujeres que entregan a sus hijos
MARÍA FABIANA CARLIS 127

SECCIÓN II

Discontinuidades en el modelo hegemónico
de masculinidad
HUMBERTO ABARCA PANIAGUA 193

"La otra mitad". Un estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad
NINA ZAMBERLIN 245

La aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/sida. El caso de los hombres que tienen sexo con otros hombres
JAVIER RODRÍGUEZ MORALES 303
Anexo 367

CURRÍCULOS

HUMBERTO ABARCA PANIAGUA

Sociólogo, Universidad de Chile. Es coautor del libro *Futuro y Angustia* (*La juventud popular y la pasta base de cocaína en Chile,* 1996*).* Ha realizado investigaciones en materias relacionadas con juventud, uso de drogas inyectables, estudios de comunicación y evaluación de proyectos. En 1997 fue coordinador y actualmente es integrante de la Red de Estudios de Masculinidad de Chile. A partir de 1999 se desempeña como investigador asociado del Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. En la actualidad es becario del Tercer programa de Formación de Investigadores de la Fundación Carlos Chagas (Brasil), con cuyo auspicio realiza el estudio "El Feo, el Sucio y el Malo: un estudio sobre masculinidad y violencia entre barras bravas en Chile".

VALERIA CALDERÓN PINTO

Psicóloga Clínica, Universidad de Chile. Actualmente es candidata del Postítulo en Terapia de las Artes mención en Musicoterapia (Universidad de Chile).

Encargada del Equipo Psicosocial en el Consultorio de Esmeralda de la I. Municipalidad de Colina (1994-2000), Coordinadora del Programa de Prevención del Embarazo Adolescente y de Educación de la Afectividad y Sexualidad del Joven de la I. Municipa-

lidad de Lo Espejo y del Centro de Estudios e Intervenciones Sociales (1992-1993).

Docente en el Equipo de Terapia Sistémica de la Clínica Psiquiátrica (1998-1999), en la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile (1998). Desde 1996 desarrolla también la atención clínica en consulta particular.

María Fabiana Carlis

Trabajadora Social. Docente en la Universidad de Morón, la Universidad Nacional de Luján y la Universidad Abierta Interamericana. Asistente de investigación del Área de Educación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Maestranda en Trabajo Social en la Universidad Nacional de La Plata en convenio con la Pontificia Universidad de San Pablo, Brasil. Supervisora Capacitante del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) Proyecto Regional Oeste. Ex integrante de diversos equipos de salud. Ex becaria del Programa de Residentes en Investigación Social sobre Salud Reproductiva y Sexualidad (CEDES).

Ana Cristina González Vélez

Médica, egresada de la Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia. Becaria del Programa de Becarios Residentes en Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad, CEDES.

Durante seis años trabajó en PROFAMILIA, primero en la parte asistencial y posteriormente como asesora de la Dirección Ejecutiva en el tema de género y derechos sexuales y reproductivos y como investigadora. Ha sido docente de la Universidad Nacional, Facultad de Ciencias Humanas, y trabaja activamente en *advocacy* (promoción y defensa) en derechos sexuales y reproductivos, dentro y fuera de su país, Colombia. Ha participado activamente en el movimiento de mujeres en Colombia y es parte del equipo coordinador nacional de la Red Nacional de Mujeres y representante de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe para la Conferencia Internacional sobre Investigación en Salud para el Desarrollo que se realizará en Bangkok en octubre del año 2000. Es autora de varios artículos en género y salud de las mujeres.

Javier Rodríguez Morales

Licenciado en Historia y Geografía, Universidad de La Serena, Chile y Licenciado en Antropología, Universidad Austral de Chile.

Director del Centro de Educación y Prevención en Salud Social y SIDA, CEPSS-Valparaíso y Miembro del Directorio Nacional de CEPSS, Chile (1993-1998).

Actualmente es consultor de estudios sociales en el Área de Evaluación y Estudios de la Corporación Chile Ambiente en la ciudad de Santiago de Chile. Es autor de varios artículos sobre sexualidad y sida.

Nina Zamberlin

Bachelor of Arts en Estudios Internacionales y Sociología, Hamline University, St. Paul, Minnesota, Estados Unidos. Estudios de posgrado en metodología cualitativa; salud reproductiva y sexualidad.

Investigadora del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina. Coordinadora y asistente de diversas investigaciones sobre masculinidad y salud sexual y reproductiva para el CEDES y la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACYT). Docente del Seminario de investigación "Cuerpo y sexualidad en la adolescencia", Cátedra de Sociología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Miembro del Foro por los Derechos Reproductivos y de Punto de Unión Asociación Civil Humanitaria.

PRÓLOGO

Este libro es la culminación de un largo proceso. Los artículos que aquí se presentan contienen resultados de seis investigaciones realizadas por jóvenes profesionales egresados de la segunda cohorte del Programa de Becarios Residentes en Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES, Buenos Aires, Argentina). Este programa, equivalente al de un *Master of Arts* en Ciencias Sociales con énfasis en Salud Reproductiva y Sexualidad, se inició en 1994 con apoyo de la Fundación Ford. Del mismo se han graduado hasta el presente once jóvenes profesionales de Argentina, Chile, Perú y Colombia (siete mujeres y cuatro varones).[1]

Los proyectos en cuestión fueron concebidos durante la estadía de los becarios en el CEDES (marzo de 1996 a febrero de 1997) y desarrollados luego en los respectivos países (Argentina, Colombia y Chile) mediante un subsidio otorgado por la mencionada Fundación.

1. A partir de Junio de 1997 los becarios residentes cursan la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES-FLACSO) y participan de actividades de formación y de investigación en la temática de salud reproductiva, sexualidad y género, área en la cual desarrollan sus tesis de maestría. Cuatro son los becarios residentes (dos varones y dos mujeres) incluídos en las primeras dos cohortes de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (1997-1999 y 1999-2001).

En la génesis de esta iniciativa jugaron un rol preponderante nuestro amigo y colega Juan José Llovet (responsable académico del Programa de Becarios Residentes) y la Sra. Bonnie Shepard, a cargo del Programa de Salud Reproductiva de la Fundación Ford (Oficina para la Región Andina y el Cono Sur) entre 1992 y 1998.

Para el desarrollo de los protocolos de investigación, los becarios contaron con el asesoramiento de sus tutores: Silvina Ramos (proyectos de Fabiana Carlis y Ana Cristina González Vélez), Juan José Llovet (proyectos de Javier Rodríguez Morales y Valeria Calderón Pinto) y Mónica Gogna (proyectos de Nina Zamberlin y Humberto Abarca Paniagua). Las investigaciones fueron realizadas entre julio de 1997 y julio de 1998. Las desarrolladas en Chile y Colombia contaron con el asesoramiento de profesionales locales[2] y las realizadas en Argentina fueron supervisadas por las investigadoras del CEDES.

Los informes finales de investigación, presentados entre fines de 1998 y comienzos de 1999, fueron sometidos a un proceso de revisión externa, en el que participaron destacadas profesionales: la Dra. Elsa López (Directora de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires), la Dra. Edith Pantelides (Investigadora del Centro de Estudios de Población y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y Coordinadora del PRASSAR (Programa Regional sobre los Aspectos Sociales de la Reproducción Humana-CENEP/OMS, Buenos Aires)), la Dra. Ana Ma. Fernández (Profesora Titular de la Universidad de Buenos Aires) y la Lic. Teresa Valdés (Directora del Area de Género de FLACSO-Santiago de Chile). Sobre la base de estos informes[3] y tomando en cuenta las críticas y sugerencias

2. CEDES firmó convenios de colaboración con FLACSO-Chile y Profamilia-Colombia, instituciones que fueron sede de los proyectos de Abarca Paniagua y González Vélez respectivametne.

3. Las versiones completas se encuentran disponibles en la biblioteca del CEDES. Abarca, Humberto. *El traje del rey. Un estudio exploratorio sobre la masculinidad en Chile* (107 págs.); Calderón Pinto, Valeria. *Yo (no) soy Tú eres Él es. Un estudio descriptivo de la sexualidad de mujeres que consultan en el nivel primario de atención en salud.* (81 págs.); Carlis, Fabiana. *La cara invisible de la adopción: mujeres que entregan a sus hijos* (164 págs.). González Vélez, Ana Cristina. *La doble protección: una conexión entre sexualidad y reproducción* (226 págs.); Rodríguez Morales, Javier. *La aceptabilidad del riesgo respecto del VIH-SIDA: el ca-*

de evaluadoras y orientadores, los becarios elaboraron los artículos reunidos en este volumen.

Todo el proceso requirió más tiempo y esfuerzos de lo previsto, los que quizás no se reflejen cabalmente en el "producto final". Entendemos que tanto el desarrollo del proyecto como la tarea de convertir el informe en un artículo para divulgación han sido importantes instancias de aprendizaje para estos jóvenes profesionales. Por una parte, la experiencia les ha permitido entrever los desafíos de diversa índole que el trabajo de investigación supone. Por otra, los sensibilizó respecto de la necesidad de ampliar y profundizar su bagaje teórico y metodológico para abordar con rigor y creatividad los complejos problemas del campo de la salud reproductiva y la sexualidad.

Esperamos que los artículos presentados, ciertamente perfectibles, sean juzgados como lo que son: el resultado de primeras experiencias de investigación. Ellas han generado corpus de rica información utilizando diversas combinaciones de técnicas cualitativas (entrevistas, grupos focales, análisis de documentos, relatos de vida, etc.) y ofrecen recomendaciones para el diseño de intervenciones educativas y el mejoramiento de las prácticas asistenciales.

El libro está estructurado en dos secciones. La primera de ellas contiene los trabajos que han centrado la atención en las experiencias de mujeres de sectores populares en relación con la sexualidad, la reproducción y la maternidad, respectivamente.

El trabajo de Valeria Calderón Pinto explora las percepciones y vivencias de la sexualidad de un grupo de mujeres que consultan por malestares físicos y/o psicológicos no asociados a patologías médicas en centros de atención primaria de salud en dos comunas de la zona norte de Santiago de Chile. El estudio muestra que en la gran mayoría de los casos la sexualidad es vivida como una tarea más de las prescriptas por el rol de esposa antes que como una fuente de intimidad con la pareja y de placer sexual.

El trabajo de Ana Cristina González Vélez analiza las perspectivas de mujeres usuarias de los servicios de salud sexual y repro-

---

so de los hombres que tienen sexo con otros hombres (111 págs.) y Zamberlin, Nina. *La otra mitad: un estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad* (119 págs.).

ductiva de Profamilia (Colombia) y de los profesionales de la institución frente a la problemática de la "doble protección" (la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH-sida). El estudio revela la existencia de una "división sexual del trabajo" que otorga a las mujeres la responsabilidad de evitar los embarazos no deseados y a los varones la de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. También ilustra la compleja trama de creencias, expectativas, sentimientos y significados que dificultan la adopción de conductas preventivas y, en particular, de la doble protección.

El trabajo de Fabiana Carlis aborda la problemática de las mujeres que entregan sus hijos en adopción, desde el punto de vista de los profesionales que intervienen en este proceso (agentes de justicia y equipo de salud) y de los medios de comunicación social. La autora destaca la "invisibilización" de que son objeto las mujeres que transgreden el mandato cultural que equipara la condición de mujer a la de madre, que se traduce en la ausencia de datos básicos acerca de ellas en las historias clínicas y los expedientes judiciales.

La segunda sección contiene trabajos que, en términos amplios, pueden inscribirse en la línea de investigación acerca de la/s masculinidad/es. Uno de ellos (Abarca Paniagua) centra la atención en la identidad de género mientras que los otros dos analizan la problemática de la sexualidad en su interfase con la adopción de conductas preventivas de la salud reproductiva en varones heterosexuales (Zamberlin) y en hombres que tienen sexo con hombres (Rodríguez Morales).

El trabajo de Humberto Abarca Paniagua reconstruye, a partir de los discursos de varones de estratos medios y bajos de diferentes generaciones, las constantes y las fracturas del modelo hegemónico de la masculinidad. El trabajo muestra la persistencia de un modelo tradicional que ordena el mundo a partir de la dicotomía público-privado y de una división sexual del trabajo (los afectos, los cuerpos y los deseos, al decir del autor) que redunda en un reparto desigual de los deberes y los derechos entre hombres y mujeres al tiempo que revela las zonas "oscuras y dolorosas" de este orden de cosas y describe incipientes cambios.

El trabajo de Nina Zamberlin explora las representaciones sociales de varones de sectores populares (adolescentes, jóvenes y adultos) acerca del control de la fecundidad y describe la manera

en que éstas inciden en su conducta sexual y, en particular, en la adopción de prácticas anticonceptivas. La autora muestra que la anticoncepción es considerada un área de dominio y *expertise* femenina, en la cual los varones participan escasamente y que la preocupación de ellos se centra principalmente en prevenir el contagio de las enfermedades de transmisión sexual. Finalmente, el trabajo de Javier Rodríguez Morales explora los factores que inciden en la aceptabilidad del riesgo de contagio del VIH/sida en hombres de clase baja que tienen sexo con otros hombres, con la intención de ofrecer recomendaciones para campañas de prevención culturalmente apropiadas y más eficaces. El autor describe y analiza los términos con que se autodefinen los sujetos del estudio así como el conjunto de riesgos a los que se sienten expuestos y las estrategias que implementan para evitar el contagio del VIH/sida.

Para finalizar, creemos que como conjunto los trabajos ilustran con claridad que el género, característica esencial de la identidad, moldea significativamente la forma en que varones y mujeres se conciben a sí mismos y conciben sus alternativas de acción en aspectos tan fundamentales como la vida sexual, la reproducción y el ejercicio de la maternidad/paternidad. Esperamos que los hallazgos y los interrogantes que estos trabajos presentan también refuercen la convicción de los/as lectores de que resulta imperioso seguir trabajando por la democratización de las relaciones entre los sexos/géneros y la vigencia plena de los derechos sexuales y reproductivos.

Mónica Gogna[4]

4. Investigadora del CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad) y del CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas).

Sección I

YO (NO) SOY. TÚ ERES. ÉL ES

La sexualidad de mujeres polisintomáticas de sectores empobrecidos desde la perspectiva de los servicios de atención primaria de salud

VALERIA CALDERÓN PINTO

Agradezco a las mujeres que prestaron sus voces para construir esta historia, cuyas palabras espero haber podido interpretar desde la socialización de género compartida, y también desde nuestras diferencias.

A los profesores y personas que trabajan en CEDES, quienes apoyaron y guiaron este estudio e hicieron que mi permanencia en esa institución fuera inolvidable.

A mis compañeros de beca con quienes teoricé, discutí y hablé por horas acerca de este tema y de otros.

A la Fundación Ford, por apoyar y financiar esta iniciativa.

A Jaime Acuña, Omar Robles y Pilar Gaviria, directores y ex directora de los consultorios Colina, Esmeralda y El Barrero.

A Tatiana Barraza, Maira Torres y Margarita Carrasco, matronas del Consultorio de Esmeralda, por su generosidad.

A mi equipo de trabajo del consultorio.

A Fanny Berlagoski y Renata Ortega, por el apoyo emocional y teórico.

A Claudio Duarte, por su guía en este mar que es la investigación. A Lorena Valdebenito, Ximena Plubins, Javier Rodríguez y Marisol Castillo, por su amistad.

Este trabajo está dedicado a Inés, Yolanda, Marcela, Jessica, Rosa, Verónica, Cecilia, Leonor, Nancy, Teresa, Carmen, Raquel, Lucía, Judith, María, Sofía, Iris, Ester, Marta, Paula, Palmira, Viviana, Magaly, Soledad, Jacqueline y Lidia.

A las mujeres de mi familia, a mi madre Margarita y mis hermanas Pamela y Paulina.

A las mujeres de mi vida.

PRESENTACIÓN GENERAL

1. Presentación

Este estudio aborda la problemática sexual de usuarias del sistema público de salud. A través de la descripción de sus historias de vida, sus pautas de socialización de género y sus prácticas sexuales, indaga sobre las relaciones que se establecen entre la sexualidad y el surgimiento de malestares físicos, emocionales y sexuales.

La socialización de género sitúa a la mujer en una condición de marginación y postergación social. Ésta le impone modelos que generan ciertos padecimientos, que Mabel Burin define como "malestares propios del género". Así, las mujeres vivirían en un conflicto permanente entre lo que desearían hacer consciente o inconscientemente y lo que prescriben sus roles, lo que origina la aparición de síntomas diversos (Burin, 1990, pág. 20).

Tradicionalmente, la sexualidad femenina ha estado asociada a los procesos reproductivos, y se han negado y reprimido aquellos aspectos vinculados al erotismo. Según Andrea Rodó, la mayoría de las mujeres no experimenta deseos ni orgasmos y no valora la sexualidad como algo placentero sino como un acto funcional asociado a la maternidad (Rodó, 1992, pág. 21).

Estudios realizados tanto en Chile como en otros países, demuestran que la sexualidad es un área conflictiva de la vida de las mujeres (Giberti, 1994; Rodó *et al.*, 1994). En una investigación realizada en un policlínico de medicina general en Chile el 34% de las mujeres indicó tener disfunciones sexuales. Éstas se presentaron asociadas a problemas tales como conflictos de pareja y maltrato en el hogar (Aliaga *et al.*, 1994, pág. 154). Además, cada vez son más las mujeres que consultan por embarazos no deseados y relaciones sexuales displacenteras, y, aunque aprecian la oportunidad de hablar y preguntar, el sistema de salud estatal no cuenta con espacios para acoger estas inquietudes. El Ministerio de Salud chileno ha desarrollado pocas acciones que aborden la salud sexual de

la mujer, y no cuenta con marcos conceptuales que permitan su comprensión.

Hay dos elementos que confluyeron a la hora de pensar el estudio. En primer lugar, en la atención primaria faltan investigaciones que consideren los aspectos psicosociales de la sexualidad. Éstas permitirían orientar líneas de acción tanto preventivas como de tratamiento, que ayudarían a aumentar la eficacia del sistema de salud frente a la gran demanda y el gasto social que significa la atención de las mujeres. En segundo lugar, interesa contribuir con elementos que mejoren las condiciones de vida de las mujeres de estratos sociales bajos, y en particular, de las mujeres estudiadas. Así, se propone considerar los problemas sexuales como parte de la asistencia clínica preventiva y curativa, y entregar herramientas para detectar relaciones entre la sexualidad y los motivos que llevan a las mujeres a consultar, de modo que se eviten intervenciones iatrogénicas y se tengan en cuenta los significados de la sexualidad para cada mujer.

La presente investigación se realizó en dos consultorios del nivel primario de atención en salud estatal, destinados a los sectores de estratos sociales bajos. El estudio focalizó la atención en mujeres usuarias del sistema, llamadas "polisintomáticas". Estas se caracterizan por presentar malestares físicos y psicológicos que aparentemente no se explican ni remiten a causas orgánicas definidas.

2. Objetivos del estudio

El estudio aborda la problemática sexual de las mujeres polisintomáticas y en él se indaga por las relaciones que se establecen entre ésta y la sintomatología física, emocional y sexual que presentan. La hipótesis plantea que existe una relación directa entre los problemas sexuales y estos malestares.

El objetivo general del trabajo es indagar y describir las relaciones que existen entre las problemáticas sexuales y los malestares que presentan mujeres polisintomáticas en la atención primaria de salud.

Los objetivos específicos incluyen:

a) Identificar los rasgos característicos de la socialización de género de las mujeres polisintomáticas.
b) Describir los malestares físicos, psicológicos y sexuales que

presentan estas mujeres, explorando las relaciones que establecen entre éstos y otras situaciones de sus vidas.

c) Describir y analizar las conductas y las prácticas sexuales de estas mujeres.
d) Describir y analizar el contexto y las experiencias sociales en que se han desenvuelto sus vidas.

3. Contexto del estudio

La presente investigación se realizó en dos comunas de la zona norte de la ciudad de Santiago, capital de Chile. Este sector ha tenido un gran crecimiento demográfico en los últimos años. Se trata de un área que, aunque predominantemente agrícola, ha tenido un gran desarrollo hacia lo urbano. La zona presenta una alta concentración de pobreza y está dividida en varias comunas, dentro de las cuales se encuentran Colina y Huechuraba.

De acuerdo con el último censo de 1992, Colina tiene una población de 52.769 habitantes. La principal fuente de trabajo sigue siendo la agricultura, a pesar de que las grandes extensiones de campos de cultivo con las que contaba han sido vendidas para convertirse en "parcelas de agrado".[1] Esto ha perjudicado a sus habitantes ya que han perdido sus fuentes de trabajo y han visto transformado su hábitat (Ilustre Municipalidad de Colina, 1994).

Huechuraba es una comuna situada al extremo norte. Cuenta con una población de 61.341 habitantes. Se trata de una comuna joven: un tercio de la población es menor de dieciséis años (Ilustre Municipalidad de Huechuraba, 1996).

El crecimiento demográfico y el alto porcentaje de usuarios del sistema de salud público que presentan estas comunas obligó a la creación de dos nuevos consultorios: Esmeralda, de Colina y El Barrero, de Huechuraba, escenarios del estudio.

4. Resultados del estudio

La investigación encontró que las mujeres se comportan sexualmente con patrones propios de una socialización de género rígida.

1. Extensiones de tierra que anteriormente eran cultivadas y que en la actualidad se utilizan para construir viviendas con grandes jardines.

Se muestran pasivas frente a la búsqueda del placer, ven las relaciones sexuales como una tarea más del rol conyugal y se perciben como madres antes que como sujetos sexuados. Si bien vivencian problemas en el área sexual, como por ejemplo, falta de deseo, no establecen una relación directa entre éstos y los malestares que presentan en este ámbito ni con la socialización de género. Sin embargo, otros malestares físicos y psicológicos, como el desgano o el dolor de espalda, se perciben directamente relacionados con los roles socialmente asignados a las mujeres.

II. MARCO TEÓRICO

1. La construcción del género femenino y la sexualidad

La sexualidad es un fenómeno humano constitutivo de la vida de los hombres y las mujeres. Según Dixon Mueller, comprende tanto la capacidad física para la excitación y el placer como los significados personales y socialmente compartidos, relacionados con el comportamiento sexual y con la constitución de las identidades sexuales y de género (Dixon Mueller, 1996). Esta definición considera la interrelación entre:

1. Dimensiones comportamentales y objetivas, como por ejemplo, lo que las personas hacen sexualmente con otras personas o con ellas mismas, y cómo hablan y actúan acerca de la sexualidad.
2. Dimensiones culturales y/o psicológicas, como por ejemplo, los significados adscriptos culturalmente al cuerpo, a lo que se considera erótico u ofensivo, y a lo que es apropiado hacer o decir para los hombres y las mujeres.

La sexualidad es parte de la identidad personal, es decir, todas las personas tienen un conjunto de ideas y creencias acerca de sí mismas como seres sexuados y acerca de cómo deben conducirse. Según Marta Lamas (1995, pág. 62), la identidad se construye en tanto los seres humanos son a la vez cuerpos sexuados y seres socialmente construidos, que se definen sobre la base de procesos identificatorios culturales y psicológicos y no sólo en relación con las diferencias sexuales anatómicas. Los primeros pasos del proce-

so de construcción de la identidad se desarrollan en relación con el cuerpo. Al nacer, los niños son tratados según su especificidad anatómica, dando paso a una nueva diferenciación desde la lógica del género. Esta autora define el género como la "simbolización cultural de la diferencia anatómica" que va a expresarse tanto en las prácticas, las ideas y los discursos que determinan lo que es propio de los hombres y de las mujeres, como en la forma en que éstos perciben e interpretan el mundo.

Siguiendo esta línea, para Emilce Dio Bleichmar (1992, pág. 128) el género corresponde al "sexo asignado", que define como "el dimorfismo de respuesta que generan los progenitores a partir de la forma de los órganos sexuales externos del bebé". Más comprehensivamente, "el género es un conjunto de prescripciones y prohibiciones para el ejercicio de una conducta, así como un sentimiento del ser que se reconoce femenino o masculino, por desempeñar las actividades y conductas propias de su condición, y es reconocido por los otros en tanto se ajusta a ese desempeño".

A lo largo del siglo XX se ha ido aceptando la idea de que la sexualidad no es "natural" sino que tiene una dimensión cultural y subjetiva, lo que hace que su expresión esté estrechamente ligada a los contextos históricos y culturales. En el contexto específico de América latina y de Chile, la sexualidad se construye a partir de una identidad genérica basada en el símbolo de la Virgen María, que representa principalmente la imagen de Madre Universal. El ideal mariano, más que una práctica religiosa, es un estereotipo cultural que provee a hombres y mujeres de cualidades y patrones conductuales particulares y categorías de género que, según Sonia Montecino (1993, pág. 32), definen lo femenino como madre, y lo masculino como hijo. Este imaginario sexual presenta un vacío de lo masculino en tanto padre. Como respuesta a este vacío surge una figura masculina que se relaciona con el mundo femenino a través de la violencia, la lucha de poder y la conquista. Se trata de una "presencia que llena el espacio que está fuera de la casa; pero que impone en ella un hálito fantasmático de su imperio, aunque sea sólo por evocación o visión fugaz".

La misma autora (1993, pág. 60) plantea que los contenidos genéricos presentes en la cultura latinoamericana, y especialmente chilena, se construyeron en el proceso de mestizaje que tuvo lugar en la Conquista. Durante este período histórico, se produjo un encuentro entre dos culturas, la indígena y la europea: "Las circuns-

tancias experimentadas por nuestros pueblos condujeron a una gama de situaciones que sintetizan en la formación de una identidad en donde el abandono, la ilegitimidad y la presencia de lo maternal femenino componen una trama de hondas huellas en el imaginario social. Los perfiles de la mujer sola, del hijo procreado en la fugacidad de las relaciones entre indígenas o mestizos con europeos, del niño huacho[2] arrojado a una estructura que privilegia la familia legítima de la descendencia; de la madre como fuente del origen social; surgen como ademanes reiterativos en el devenir del territorio […]. La experiencia del abandono ha sido el tópico insistente de la constitución genérica mestiza: la mujer solitaria (por fuga o por muerte de su pareja), los hijos desvalidos por la ausencia del padre o por ambos progenitores. En suma la repetición de una renuncia que se ancla en el afecto".

La adquisición de los roles y de los contenidos genéricos forma parte del proceso de socialización en el que están implicados, entre otros, la familia, la escuela, los medios de comunicación y los grupos de pares. Estos transmiten mensajes verbales y no verbales que moldean actitudes y comportamientos en relación con la sexualidad. Un concepto más clarificador del proceso de socialización sexual es el de desarrollo psicosexual, que se define como el proceso mediante el cual "una persona adquiere la identidad de género, adquiere los roles sexuales, se orienta hacia la elección de objeto sexual y los comportamientos sexuales que la llevan a aparearse y reproducirse en una sociedad que lo tipifica genéricamente" (Carranza, s/a, pág. 88). Es decir, los componentes del desarrollo psicosexual podrían definirse como identidad de género, roles sexuales, orientación sexual, adquisición del patrón de cópula y aprendizaje del comportamiento erótico y afectivo.

Desde una visión tradicional, los roles femeninos y masculinos están claramente diferenciados, se trata de roles complementarios. Se reconoce que esta construcción social y psicológica del género es el pilar de la construcción de la inequidad social y de la discriminación y marginación de la mujer de las esferas del poder social, económico, político y religioso. Según Ivonne Szasz (1995), la desigualdad entre los hombres y las mujeres se expresa en la experiencia individual de la sexualidad. Para la mujer se prescribe una sexuali-

2. Hijo ilegítimo, no reconocido por el padre.

dad pasiva en la que la satisfacción personal queda supeditada a la del compañero sexual, y que tiene como eje central la reproducción. La identidad femenina queda estrechamente vinculada a la maternidad sin posibilidad de pensar una sexualidad disociada de los procesos reproductivos. Se trata de una sexualidad negada, en la que la mujer se desapropia de su cuerpo sexuado. Se define lo femenino como un "ser para otros" y el cuerpo de la mujer, como un "cuerpo para otros". Esta construcción de la identidad implica importantes consecuencias para su salud, al cuestionar la posibilidad de cuidar de su bienestar, de experimentar placer y recibir apoyo emocional, de tener vida personal y un proyecto más allá de la vida conyugal y la maternidad.

2. El malestar

Para Mabel Burin, la construcción del género sexual femenino es uno de los determinantes clave de la salud de las mujeres. Históricamente, este género se ha encontrado en condiciones de desigualdad y subordinación con respecto al masculino, que impone jerarquías que lo desvalorizan. Las mujeres asumen numerosas funciones que forman parte de los roles maternos, domésticos y conyugales, y adquieren, así, una imagen de sí mismas en la que deben adecuar sus comportamientos a los modelos instituidos socioculturalmente. Esta autora propone la noción de *malestar* como una categoría de análisis de esta realidad, y lo define como una sensación subjetiva de padecimiento psíquico. El malestar, que se expresa a través del síntoma, surge cuando las mujeres vivencian contradicciones entre sus deseos y necesidades y los mandatos sociales de los roles de género (Burin *et al*., 1990). Se trata de un fenómeno complejo que no puede ser entendido sólo desde una visión biomédica sino que debe considerar la interrelación de diversos elementos como "punto doloroso de integración de factores biológicos y psicosociales, de encrucijada entre naturaleza y cultura" (Onnis, 1996, pág. 14).

Para Andrea Rodó, el cuerpo de la mujer es el vehículo a través del cual se expresa simbólicamente este punto doloroso, develando constantemente el peso de los estereotipos sexuales y de la discriminación genérica (Rodó *et al.*, 1994). Para Ana María Daskal (1994, pág. 27), la mujer expresa a través de los síntomas la "denuncia de un estado de cosas, de una forma de vida insatisfacto-

ria, de presiones y mandatos contradictorios, de sobrecarga, de exigencias inhumanas, de falta de valorización, de ausencia de reconocimiento de las propias necesidades, de cansancio, de falta de espacio personal, de autopostergación, de pérdida de reconocimiento, de atención, de ayuda, de cariño, de protesta, de transacción entre los propios deseos y las presiones y mandatos".

Para explicar el surgimiento del síntoma en el ámbito de la sexualidad, Eva Giberti (1994, pág. 5) propone la tesis de la "incompletud". Plantea que, desde la niñez y a través de las diferentes etapas del desarrollo psicosexual, no se entregan herramientas que permitan a la mujer simbolizar las experiencias frente a las sensaciones y los sentimientos que derivan de su cuerpo. Por lo tanto, el síntoma presta una voz a aquello que no se puede verbalizar. Según esta autora "la existencia de fuentes de placer generadas por el propio cuerpo no es un dato que habitualmente se incluya en la construcción de la subjetividad, lo cual enrarece las vinculaciones de la mujer consigo misma y su cuerpo".

El campo del conocimiento de los procesos de salud y enfermedad femeninos en áreas como la sexualidad, la salud mental y la reproducción, ha estado tradicionalmente hegemonizado por el saber médico masculino. Se ha descripto a la mujer como vulnerable, y se ha abordado este proceso desde el punto de vista de la patología, como ha sido el caso de la maternidad, la menstruación y la menopausia. Del mismo modo, se las ha definido como hipocondríacas, histéricas, neuróticas, enfermas y locas, "psiquiatrizando" y "cosificando" el cuerpo femenino. Se han establecido criterios de normalidad según pautas masculinas, por lo que existe la creencia tácita de que los hombres son normales en tanto que las mujeres no lo son. Esta visión del proceso de salud-enfermedad, es cuestionada desde algunas corrientes feministas y desde las ciencias sociales, al proponer que la formación sociocultural del género influye y determina los modos de enfermar y las condiciones de salud de las mujeres, y debe ser un concepto presente en el análisis de éstos (Burin *et al.*, 1990; Doyal, 1995; Dunk, 1989; Giberti y Fernández, 1989; Szasz, 1995; Torres, 1996; Rodó *et al.*, 1994).

3. Las prácticas sexuales

En nuestra cultura, hombres y mujeres poseen guiones culturales que organizan la secuencia de lo que se debe hacer en un acto

sexual. Estas pautas permiten codificar y comprender tanto los comportamientos personales, como las prácticas sexuales de los otros (Simon y Gagnon, 1984).

La excitación, el placer, la satisfacción sexual y la constitución de la intimidad sexual son elementos de cómo las personas se conducen sexualmente, que tienen que ver con aspectos como la constitución de la pareja sexual, el grado de satisfacción que se obtiene en las relaciones sexuales y la visión que se tiene de las capacidades sexuales.

Para efectos de este estudio, se va a considerar la construcción de intimidad como un elemento importante para el desarrollo de una sexualidad femenina satisfactoria. La intimidad idealmente definida debería construirse en una relación horizontal entre las personas, en la que cada una es validada en su individualidad, puede ejercer sus derechos, se hace responsable de su propia sexualidad y valora la sexualidad del otro. Se incluye como dimensión de la conducta sexual y corresponde a la relación que se establece entre compañeros sexuales, en la que, además de la respuesta sexual, se produce un espacio comunicacional de sentimientos, necesidades e iniciativas.

Según Carl Whitaker (1992), la intimidad, vista como una tarea del desarrollo humano, se construye a lo largo de la vida y evoluciona durante el proceso de crecimiento. El recién nacido se encuentra en profunda intimidad con su madre en una relación de proximidad, cercanía y cuidado. Más adelante, la intimidad se convierte en un proceso en el que el bebé se mira a sí mismo, se acaricia y se mima. Una vez que esto se logra, es capaz de ver a los demás y percibir la intimidad física de los otros hacia él y viceversa. También capta la proximidad de los otros entre ellos y va adquiriendo patrones de intimidad a través del proceso de asimilación de modelos parentales, entre otros. Más tarde, la persona aprende a relacionarse con un "otro" u "otra" y a establecer relaciones íntimas con compañeros sexuales. La idea que subyace a este concepto es la existencia en los seres humanos de la necesidad de ligarse a otros individuos de forma "segura", lo cual implica que la persona pueda ser vista en su totalidad, expresarse con libertad y ser reconocida por el otro/a.

III. METODOLOGÍA

Esta investigación es un estudio descriptivo, realizado a través de un enfoque metodológico cualitativo.

El universo de referencia son las mujeres que se atienden en los consultorios Esmeralda, de Colina y El Barrero, de Huechuraba. Sus edades fluctúan entre los veinticinco y cuarenta y cinco años, y se sitúan en el estrato social bajo.

La muestra incluye a mujeres derivadas de algún programa del consultorio bajo el diagnóstico de mujer "polisintomática", y completan un conjunto de catorce casos en el Consultorio de Esmeralda y doce casos en el Consultorio El Barrero. Se define como mujer "polisintomática" a aquella persona que presenta:

- Muchos síntomas orgánicos que no se vinculan a ninguna enfermedad determinada, es decir, no existe una explicación médica luego de realizar una historia clínica y un examen físico detallados.
- Consultas médicas frecuentes con hallazgos negativos.
- Síntomas emocionales con ansiedad o depresión.

La mayoría de las mujeres de la muestra son casadas o tienen relaciones de convivencia de varios años. Se dedican principalmente a las tareas del hogar y al cuidado de los hijos. Tienen tres hijos como promedio.[3] Los ingresos que perciben son bajos y provienen, en su mayor parte, del trabajo de sus parejas. Desempeñan labores ocasionales, vinculadas a los servicios domésticos y al trabajo de temporada en áreas rurales.

Para la recolección de información se realizaron veintiséis entrevistas en profundidad y para el tratamiento de los datos se utilizó el análisis de los contenidos de las narrativas.

IV. ANÁLISIS

El presente capítulo analiza la relaciones entre los malestares que presentan las mujeres y las pautas de socialización del género femenino.

3. Para mayor información ver anexo A.

1. Breve reseña de ciertas historias de vida

> *Nunca se sabrá cómo hay que contar esto, si en primera persona o en segunda, usando la primera del plural o inventando continuamente formas que no servirán de nada [...].*
>
> *Vamos a contarlo despacio, ya se irá viendo qué ocurre a medida que lo escribo […].*
>
> Julio Cortázar
> "Las babas del diablo"

Para situar el tema y presentar a las protagonistas de este estudio, se ha construido una historia anónima a partir de los testimonios vertidos por ellas, haciendo un recorrido desde el pasado para dar un marco al presente.

> ¿Cuento mi vida no más así? Mi vida fue una vida triste, pero buena. Mi mamá tenía que trabajar para alimentarnos, nunca nosotros tuvimos juguetes, ropa nueva ni nada. Incluso, a veces no tenía cómo darnos educación porque no teníamos útiles, de repente nos regalaban los vecinos en el colegio y así fuimos saliendo […] Nosotros no salíamos, no tuvimos como ahora que los niños juegan en la calle, no tuvimos esa facilidad que tienen los niños ahora, de ninguna manera, todo el día encerrados. Mi mamá con mi papá no se llevaba muy bien, no congeniaban. Había espacios bien felices y otros espacios bien tristes porque mi papá era muy celoso y esos eran los motivos de las peleas, y mi mamá era muy callada, no lo sacaba de eso, sino que lo escuchaba no más cuando la retaba. Cosas que él se imaginaba porque yo veía que no había motivos, porque mi mamá era muy de la casa. Mis recuerdos de la escuela […] bonitos porque había niños tan buenos y compañeros de curso, así que era distinto de aquí en la casa. Uno como que más salía de la rutina, en el colegio lo pasaba mejor uno. No me dio la cabeza para seguir estudiando, pero es que ya después los mismos problemas de la casa, así que no quise estudiar. Mi papá era celoso, no me dejaba pololear.[4] Un día me fue a buscar allá a la casa, me pegó con una correa me acuerdo, de esas gruesas. Empecé

4. Estar de novio/a.

> a alegar y le eché un garabato[5] a mi papá y él me dio otro charchazo.[6] Yo le dije que me iba a ir y él me dijo: "Ya, si te querís ir, ándate". Tengo mala suerte porque hice la primera relación y quedé al tiro[7] embarazada. Con el tiempo me empezó a crecer la guata.[8] Entonces ahí le tuve que decir a mi mamá que estaba embarazada. No me pegó, en todo caso, me retó y de ahí fuimos a hablar con los papás del chiquillo éste y aclararon entre ellos sus atados.[9] No me salió muy bueno mi marido, le gustaba el trago, tuvimos hartos problemas, me costó amansarlo un poquito. Ya llevo como tres años tranquila. Igual bebe pero no es lo mismo porque antes me golpeaba, pero a medida que yo lo he ido dejando solo cambió un poco. De ahí ya no hay golpes, de repente su garabato, sus peleas. Usted sabe que cuando el hombre es agresivo, lo primero es el garabato, pero de ahí a golpes, no. Yo le digo a mis hijos, a mi esposo le converso, voy a llegar a los cincuenta y mis hijos van a estar grandes, yo quiero hacer otra cosa que a mí me satisfaga, les digo yo […] Siempre ha sido así que la persona tiene que luchar […] a pesar que yo como que soy para los demás ¿ah?, pero siempre tengo la esperanza que van a llegar los años que voy a hacer algo que a mí me guste.

Las historias de vida de las mujeres están marcadas por el dolor. Provienen de familias pobres en las que la subsistencia cotidiana no deja espacio para relaciones de protección, sobre todo en el ámbito de los afectos. Tuvieron que trabajar desde pequeñas, y comúnmente dejaron de estudiar alrededor de los doce años para hacerse cargo del cuidado de los hermanos. Esto se debe a que muchas de las entrevistadas son hijas mayores. El momento coincide con la edad de la primera menstruación, que marca un paso importante hacia la asunción de otras tareas propias del género.

La escuela está catalogada como un espacio de recreación frente a las pesadas labores tanto del hogar como extradomésticas, sin embargo, el estudio es poco estimulado por los adultos. La mayoría de las veces en sus hogares no se les permitía jugar en la calle ni tener amigos, por lo que refieren "no haber tenido niñez" ni libertad.

5. Palabra fuerte, insulto.
6. Golpe fuerte en la cara.
7. En seguida.
8. Vientre.
9. Problemas.

Las relaciones con las madres están llenas de culpas. Por una parte, se las admira por haberlas criado, y, por otra, se reconocen grandes abusos, malos tratos y desvalorizaciones. Les dijeron cosas traumáticas con respecto a la menstruación y la sexualidad, y no tenían mucha comunicación con ellas, lo cual significó no encontrar respuestas a sus curiosidades de niñas ni acogida a sus penas.

Muchas mujeres fueron castigadas por tener novios y sólo algunas pudieron socializar con personas de su edad y realizar actividades propias de las etapas vitales por las que atravesaban. La mayoría se casó con el hombre con el cual iniciaron su vida sexual coital. Empezaron convivencias muy jóvenes "allegadas"[10] en las casas de suegros o padres, y con un proyecto de familia ligado a la casa propia y a los hijos. Se advierten historias en las que prima el sacrificio, el esfuerzo y la soledad.

2. La construcción de las pautas de género femenino y el malestar

A. Establecimiento de las pautas de género femenino. La mujer es de la casa y el hombre de la calle

En las entrevistas aparecen muchos de los atributos que usualmente definen modos de ser femeninos tradicionales, como la espiritualidad, la pureza, la abnegación, el amor sacrificado y la negación de la sexualidad y el erotismo. Algunas características que las mujeres usan para describirse son: ser limpias, tanto en las labores del hogar como en la sexualidad, solidarias, bondadosas, cariñosas con los hijos, confiadas, trabajadoras, responsables, y muy preocupadas por el bienestar de otros, que ellas expresan como "pensar demasiado en los demás".

La bondad parece ser un rasgo esencial e ideal para ellas, y se sienten incapaces de expresar odio, rabia, o sentimientos negativos hacia otros. Siguiendo la idea del sacrificio personal en pos del bienestar familiar como modelo de accionar femenino, prefieren perdonar a ser rencorosas, y reprimir y silenciar la pena antes que molestar a los otros con su llanto. En algunos casos, los modelos

10. Familias que viven con otras familias, quienes las acogen mientras acceden a una vivienda propia.

del ser femenino las enfrentan a contradicciones como la que expresa una de las entrevistadas:

> Yo soy cariñosa con mi hija, con mi marido, con mi nieto. Siempre me ha gustado ser abierta con todos. A veces yo no me explico, yo soy buena, me porto bien con él y no sé por qué él se pone a tomar y se olvida de mí, eso es lo que me molesta, me duele (Cecilia, 40 años).

Se idealiza una imagen de mujer buena en la que la expresión de rabia no está permitida socialmente, sin embargo, esta agresividad se vierte en los hijos, los maridos o en ellas mismas, mediante la enfermedad, la culpa, los golpes u otras conductas castigadoras.

Las mujeres refieren diversos agentes de socialización como la Iglesia, los amigos/as y la escuela. Sin embargo, los modelos más mencionados para la adquisición de las pautas de género son las figuras paterna y materna. El proyecto de vida es "ser mujer", o sea, madre, esposa y dueña de casa. Se percibe cierta obligatoriedad en seguir este plan trazado como "destino" ineludible, lo que a fin de cuentas no asegura la felicidad ni una buena relación de pareja como les contaron sus padres, madres o profesores.

> Yo decía, si soy mujer voy a criarme como mujer, como todas las mujeres y nada más, nunca me puse a pensar qué es lo que puedo hacer (Marta, 31 años).

> Siempre fui hecha más para la casa, no para salir a trabajar (Iris, 36 años).

En los hogares se establecen roles diferenciados para los hombres y para las mujeres. Ellas deben hacerse cargo del cuidado de los hermanos y las labores domésticas, en tanto ellos pueden destinar más tiempo al ocio y/o a los estudios.

El "ser sufriente" aparece como otro rasgo esencial de la feminidad, ya que la idea de pecado, el sentimiento de culpa, las carencias y los sufrimientos derivados de la pobreza y la socialización de género, cruzan sus vidas.

> Ella me transmitía ser una persona sociable, amistosa, que yo demostrara que era una niña servicial, que era dueña de casa, que era una señorita (Carmen, 37 años).

> Lo que podía hacer una mujer, que teníamos que ser hogareñas, nuestros estudios, ser limpias, porque el hombre va a trabajar y la mujer siempre ha sido una dueña de casa (Jacqueline, 24 años).

> Mi mamá nos dijo que la mujer era siempre más sufrida que el hombre, porque el hombre era de la calle y la mujer era de la casa (Lidia, 27 años).

La madre enseña cómo *debe ser* la vida para su hija. Se presenta un patrón de relación genérica bastante rígido en el cual, según define una entrevistada: "La mujer es de la casa y el hombre de la calle". La mujer no *debe* relacionarse con personas ajenas a su hogar, lo que la obliga a permanecer aislada.

> Ella me enseñó a ser como soy ahora: "Hija siempre su casa, si usted tiene algún problema económico, lo soluciona usted, pero nunca andar donde la vecina; me convida sal, me convida tecito. Nunca con la amiguita". Yo soy una persona muy de mi casa (Palmira, 44 años).

Por lo general, las madres de estas mujeres no han establecido muchas relaciones de confianza, por lo tanto, las hijas carecen de modelos relacionales que les permitan sentirse valoradas, expresar sus deseos o compartir pensamientos más existenciales e íntimos.

> Mi mamá era muy desconfiada con nosotros, nunca sentimos la confianza de madre, teníamos miedo a ellos [los padres]. Por eso yo le digo a mi hija que me diga lo que le gusta, si le pasa algo, que me mire como amiga (Lucía, 32 años).

La relación de las mujeres con la figura materna es ambivalente. Muchas relatan que sus madres trabajaban fuera de la casa y que no estuvieron disponibles para sus necesidades afectivas durante la infancia. Fueron madres estrictas y castigadoras, víctimas también de malos tratos por parte de sus parejas. Sin embargo, les enseñaron a cocinar, a llevar una casa, y se encuentran agradecidas porque las vieron hacer "sacrificios" para criarlas. Se identifican con esta figura en tanto deben asumir los mismos roles sociales, y se crea un lazo de lealtad y una sensación de imposibilidad de transgredir estas pautas relacionales.

Otras mujeres tuvieron relaciones muy apegadas a las madres y no contaron con espacios para diferenciarse y para asumir su pro-

pia forma de ser. Sus vidas estaban destinadas a cuidarlas, y su muerte significó un duelo intenso, difícil de superar.

La mayoría creció en ambientes hostiles debido a la pobreza y a problemas tales como la violencia, la marginalidad, el hacinamiento, la falta de recursos para la educación y el cuidado de la salud. Pocas mencionan una infancia feliz como si la vida sólo fuera la emergencia de sobrevivir.

> Me sentía que sufría mucho y nadie me comprendía, nadie me aconsejaba, nadie me hablaba, y mi mamá nunca me habló, mi padre me hablaba con violencia, con insultos (Raquel, 32 años).

> Nunca escuché "mi niñita", no me acuerdo que nos hayan dicho cosas bonitas. A mi papá siempre le tuve distancia, pero no porque fuera un hombre sucio sino porque no tenía ese acercamiento. Mi mamá también era fría, entonces como que uno vivía cada uno en su mundo, como podía se las arreglaba dentro del amor que necesita para crecer (Magaly, 33 años).

Las mujeres describen otras relaciones que ponen de manifiesto el contexto afectivo en el que crecieron:

1) El padre

Las mujeres describen a sus padres como hombres callados, cerrados, fríos, distantes en sus relaciones afectivas, y ausentes en su crianza. La figura paterna se muestra restrictiva y normativa, con un importante rol en las enseñanzas relativas a la sexualidad. Sus mensajes transmiten la idea de peligro al que se ven expuestas las hijas frente a personas del sexo opuesto. Hablan de padres que las "cuidaban", evidenciando el deseo de los progenitores de controlar su sexualidad. El padre se muestra celoso, castigando, desconfiando, amenazando y provocando culpa y miedo, que las mujeres significan como "respeto".

> Mi papá nunca nos dejó pololear tranquilas. Uno va viendo las cosas feas. Siempre me decía, cuidadito con andar con ese, me pegaba una pura mirada no más […] no le gustaba que uno saliera de la casa ni que en la casa hubiera chiquillos, la puerta con llave […] Yo no fui una persona que me llevaran castigando, pero yo tenía miedo y más que miedo, respeto (Cecilia, 40 años).

Relatan episodios de violencia ejercida por el padre hacia sus madres, o directamente hacia ellas. Así, este modelo de relación se cristaliza en la forma que viven sus actuales relaciones de convivencia, en las que el abuso es parte de las interacciones entre los hombres y las mujeres.

> Una vez por defender a mi mamá, él salió persiguiéndome a la calle y yo caí adentro de un hoyo. Gracias a Dios que él no me vio y pasó de largo. Me salvé de la paliza que él me iba a dar, pero siempre le daba a mi mamá (Raquel, 32 años).

> Mi papá le pegaba fuerte, la dejaba desmayada y nosotros ahí tratando de hacerla volver y éramos chicos. Le pegaba a mis hermanos tanto, los echaba de la casa. A mi mamá la echó de seis meses de embarazo del menor porque decía que ese hijo no era de él (Verónica, 39 años).

2) Los hermanos y las hermanas

La relación entre hermanos es importante ya que son los únicos compañeros de juegos y defensores frente a los peligros de la calle y de la casa. Entre hermanas existe mayor solidaridad que entre hermanos y hermanas. Con ellas comparten destinos comunes.

> Tenía dos amigas pero yo jugaba más con mis hermanos. Hacíamos juegos del colegio, del almacén, de la mamá y papá, de los tíos. Después ya cuando éramos grandes empezamos a callejear,[11] a jugar al pillarse,[12] a saltar, pero fue un trayecto cortito (Magaly, 33 años).

> Entre mis hermanas compartíamos los quehaceres. Una lavaba la loza, la otra hacía la comida cuando mi mamá salía, la otra lavaba, la otra planchaba o hacía el aseo (Lidia, 27 años).

Estas relaciones de cuidado que se dan en la infancia, constituyen un factor de protección frente a los riesgos de hogares en los que los adultos están ausentes, y en los que no existen redes de apoyo. Algunas mujeres mantienen en la actualidad buenas relaciones con las hermanas, quienes las ayudan y acogen sus preocu-

11. Estar en la calle.

12. Juego que consiste en tratar de atrapar a una persona que corre y huye del perseguidor.

paciones. Cuando estos vínculos no existen, las mujeres están más aisladas y, por lo tanto, proclives a la aparición de malestares y sintomatología depresiva.

> A pesar que mi mamá siempre nos ha tenido alejadas, nosotros tratamos de estar unidas. Este fin de semana fui a la casa de una de ellas. Aunque yo esté enojada con ella, yo me acerco a ella o ella se acerca a mí (Ester, 31 años).

3) Las amigas

Las amigas, cuando las hay, también constituyen factores de protección para las mujeres, en tanto participan de relaciones en las que son valoradas y comprendidas. Sin embargo, muchas prefieren no tenerlas porque desconfían de otras mujeres debido a los mensajes negativos que se les transmitió con respecto a estos vínculos.

> Las amigas son traicioneras, son malas, tú crees que son amigas y no lo son (Lucía, 32 años).

Las mujeres establecen pocas relaciones de amistad durante la infancia y no desarrollan habilidades para tener amigas y confiar en otras personas fuera de la familia. Comúnmente, no mantienen relaciones fuera de las madres o hermanas.

En resumen, las relaciones afectivas durante la infancia proporcionaron poco soporte emocional a las mujeres, aunque les permitieron desarrollar otras habilidades para subsistir, como la capacidad de buscar sustento y pedir ayuda a las instituciones comunales. En sus hogares y escuelas, se les enseñó que "ser mujer" implica la realización de roles asociados a las labores de la casa, la maternidad y el establecimiento de una pareja. Se niega lo referido a "lo personal", entendido como el "ninguneo"[13] de necesidades, deseos, proyectos, en favor del mantenimiento y el control de la organización familiar.

13. El término "ninguneo" se utiliza en esta investigación para designar las postergaciones de necesidades, deseos y sueños que hace la mujer en favor de otros. Se incluye la negación del cuerpo, la sexualidad y el erotismo, lo cual favorece la aparición de malestares. Es una expresión que se utiliza también en otros países, como Venezuela.

B. El malestar: encrucijada entre naturaleza y cultura

La hipótesis planteada por el estudio establece una relación entre los síntomas que presentan las mujeres y la forma en que viven y sienten su sexualidad. Los roles asignados a los géneros prescriben para ellas una sexualidad negada y supeditada a la pareja sexual.

1. La queja inicial

En la descripción inicial de sus malestares, las mujeres hacen referencia tanto a aspectos físicos como emocionales.

> Empiezo a sentir desgano al cuerpo, tengo ganas de estar acostada. Me duelen todos lo huesos, hasta las piernas para caminar me duelen, con la calor es peor (Nancy, 45 años).

> Me siguen las jaquecas, entonces ya no es una cosa psicológica no más. Mi organismo como que no responde mucho, y si fuera que yo diga por la intranquilidad, se me hubiera acabado la intranquilidad y los malestares en mi organismo (Carmen, 37 años).

Los órganos que parecen estar más asociados al dolor, son la cabeza, el estómago y los órganos sexuales. Ciertos malestares como los síntomas menstruales y las aflicciones que produce el "tratamiento",[14] se encuentran asociados a problemas sexuales como la falta de deseo sexual.

> Siempre he sufrido de dolor de cabeza. Ese dolor es terrible, parece que te vuelves loca. Un tiempo fui al médico y me dieron una interconsulta y me mandaron a una casa aquí en la Avenida La Paz (Hospital Psiquiátrico de Santiago) (Ester, 31 años).

> Paso con dolor de cabeza, con jaqueca, unas jaquecas terribles, malestares. Cuando me enfermo[15] me dura nueve días, me dan contracciones, me pongo de mal humor y cuando voy a orinar parece que estuviera sacándome todo de la cintura para abajo (María, 25 años).

14. El tratamiento se refiere a los métodos anticonceptivos mecánicos como la T de Cobre.

15. Se refiere a tener el período menstrual.

> Cuando tengo relaciones me duele de repente, a veces sangro. Eso en parte me preocupa un poco, me lo voy a tener que sacar. Es típico que muchas mujeres dicen: oye, el tratamiento que se me corrió, que lo tengo incrustado, que esto y lo otro (Sofía, 33 años).

Se alude al sistema nervioso para describir tanto el malestar físico como el emocional, refiriendo que la enfermedad "les toma los nervios" o que "les da muchos nervios".

> He andado tensa, nerviosa, pesaba 84 u 85 kilos y ahora estoy como en 78 kilos. Estoy bajando porque me toma muy fuerte los nervios y no me dan ganas de comer. Tengo dolores de cabeza, desgano, lo único que quiero es dormir (Teresa, 40 años).

Los síntomas emocionales más frecuentes son la tensión, la angustia, la irritabilidad, el desánimo, el miedo, la culpa y las ideas suicidas. Algunas describen padecimientos en los que predominan las alteraciones emocionales, los que generalmente son categorizados por las instituciones de salud como "trastornos emocionales". Este diagnóstico no considera la especificidad de las formas de enfermar de las mujeres relacionadas con su vida cotidiana y el ejercicio de los roles de género tradicionales, y resta importancia al malestar al definirlo como un problema intrapsíquico.

> Ando súper deprimida, no tengo ganas de nada, todo me molesta [...] he llegado a un límite que estoy histérica total (Jacqueline, 24 años).

> Me he sentido como bien angustiada [...] siempre me ha costado dormir (Iris, 36 años).

El sentimiento de miedo es reiterativo. Se asocia a la posibilidad de quedarse sola, a hipotéticas desgracias familiares, y/o a la amenaza constante de la violencia vivida en sus hogares. También, se lo considera como respuesta a la sensación de no estar desempeñándose bien en sus roles y creer que pueden perder a sus familias por no cumplir con sus expectativas.

> Otro miedo que siento es cuando mi mamá me dice: vamos a ir a tal parte, levántate, tienes que darte ánimo, pero si yo estoy así no puedo llegar a esa parte, no me siento capaz (Jessica, 30 años).

Las mujeres, hace mención a un "antes" como situación ideal en la que se encontraban en mejores condiciones físicas y emocionales. Sus cuerpos están doloridos y no les permiten realizar las actividades cotidianas con la misma rapidez y efectividad. Aparece la idea de un cuerpo no resistente, no apto, no ya como una máquina averiada, sino como un organismo que falla en la realización de sus funciones. El recuerdo de un "antes" mejor las remite a la sensación de invalidez, y, por tanto, nuevamente al miedo y la angustia.

Los síntomas que presentan las mujeres les permiten consultar por su salud y dejarse un tiempo para el descanso. Esto, a pesar de que se vive con culpa, es uno de los pocos espacios de autocuidado permitidos socialmente. Estar enferma físicamente es un fenómeno manejable, se puede consultar al médico, se dejan ayudar y el grupo familiar les presta mayor atención. Sin embargo, se permiten un breve período de malestar ya que el miedo a no poder realizar eficazmente las tareas, las impulsa a seguir trabajando a pesar del dolor.

Se observa que los malestares emocionales, al ser más difusos y desconocidos, invalidan más que los físicos. Las mujeres expresan su confusión diciendo "no sé qué me pasa". El desgano y la falta de ánimo invaden la vida y dificultan la realización de tareas cotidianas. Socialmente, se los evalúa como flojera o manipulación de los otros a través de los afectos.

En relación con la sexualidad, los síntomas como la falta de deseo, los dolores producto del "tratamiento" o las enfermedades en los órganos sexuales no forman parte de la queja inicial. A las mujeres les cuesta hablar de este tipo de malestares ya que creen que son problemas personales, y, por lo tanto, pertenecientes al ámbito privado.

2. Explicaciones y soluciones intentadas

Las causas comúnmente atribuidas a los malestares son los problemas económicos, los familiares y de pareja, los vinculados al ejercicio de los roles adscriptos socialmente (tanto con relación a un mal desempeño como a una protesta frente a la rigidez que no posibilita nuevas performances) y los emocionales.

> Se juntan muchas cosas, mucho que hacer, hay problemas, preocupaciones, sobre todo en estos meses que tiene que correr tanta plata, o sea, matrícula, pagar cuántas cosas (Carmen, 37 años).

Las soluciones que vislumbran se relacionan a mejorías en los aspectos antes señalados, y a cambios en la forma en que se desarrolla la vida cotidiana. Muchas mujeres explican que cuando se sienten mal les gustaría estar solas y acceder a espacios donde puedan realizar otras actividades aparte de las comunes, como trabajar fuera de casa.

> Es muy aburrido, muy monótono, siempre los fines de semana lo mismo. Estuve un tiempo trabajando (fuera de casa) ayudó harto la plata. Me sentí bien conmigo misma, uno tiene un cambio. Yo soy trabajadora, soy responsable, tengo buen carácter, me llevo bien con toda la gente, no quiero llevarme sentada viendo tele, no es vida para mí (Rosa, 42 años).

Otra solución intentada por las mujeres es la consulta de salud, en la que usualmente se demanda medicación. Cuando no se puede establecer una causa física al dolor, se construye la idea de causa emocional, para la cual se recetan antidepresivos, hipnóticos y ansiolíticos. Un intento de solución efectuado por las instituciones de salud es la derivación a instituciones psiquiátricas en donde también se da este tipo de tratamiento. Llama la atención la cantidad de mujeres que han tenido algún contacto con profesionales de la salud mental a lo largo de sus vidas.

> Me dijeron que tenía trastornos emocionales, que tenía que ver al psicólogo, que tenía algo emocional (Judith, 25 años).

> Estaba tomando diazepán[16] porque tenía insomnio. Lo dejé de tomar porque dije que ya estaba dependiendo de la pastilla. Yo creo que era más psicológico que nada (María, 25 años).

3. Consecuencias del malestar en la trama de la vida cotidiana

Las mujeres son las principales ejecutoras de las labores domésticas, ya sea en su realización directa o mediante su organización y control. Se trata de trabajos y responsabilidades que implican gran gasto energético y poco tiempo para el ocio.

Generalmente, se les exige estar disponibles para los requeri-

16. Medicamento para el insomnio.

mientos emocionales de su familia. Evitan peleas con la pareja, demuestran comprensión y dejan de lado la expresión de pensamientos y sentimientos. Si socialmente se espera que ellas regulen la vida afectiva del grupo familiar, ¿qué pasa cuando la propia emocionalidad de la mujer está "aproblemada" o "frágil? La mayoría de las veces se sienten culpables, lo que genera más miedo y angustia.

> Tengo un dolor a este brazo. No me hice los exámenes porque siempre la plata para esto y para esto otro, para mí nada (Rosa, 42 años).

> Desde chica he tratado de hacer las cosas bien, aunque yo me esté muriendo por dentro, para que todo el mundo se sienta feliz. No importa lo que yo sienta (Leonor, 27 años).

En los siguientes puntos, se dan algunos ejemplos de la forma en que la mujer queda inhabilitada para cumplir con los roles del género, debido a los malestares:

a) El rol de dueña de casa

Uno de los roles que tradicionalmente se asigna a la mujer es el de dueña de casa, sin embargo, el desgaste que producen estas actividades, manifestado a través de quejas y síntomas, las inhabilita para cumplir eficientemente con él.

> En la casa mantengo todo impecable, soy fanática del orden, del aseo. Yo trabajo (fuera de casa) y mi trabajo es bien pesado, tengo mucha falta de sueño. De repente yo quisiera dormir todo un día y que nadie me despertara, pero no puedo, tengo que levantarme a hacer el aseo, darle desayuno a mis hijos (Sofía, 33 años).

b) El rol de madre

Las entrevistadas se definen como buenas madres, siempre preocupadas del bienestar de sus hijos. Un mal desempeño en este ámbito es vivido con culpa. Expresan una gran necesidad de educar mejor de lo que ellas fueron educadas y los malestares impiden la realización de este deseo.

> Al menos como mamá he cumplido, siempre he dado lo máximo para que las niñas estén bien alimentadas, tengan todas sus cosas or-

denadas, en la casa igual, ahora que he estado mal físicamente, uno hace las cosas como puede, trata de que esté todo bien (Carmen, 37 años).

c) El rol de esposa en la relación sexual

Para las mujeres, este rol parece estar menos incorporado a su vida y se hace poca mención a la satisfacción personal como objetivo de las relaciones sexuales, que consideran más bien como reguladoras de la vida familiar. Los malestares se presentan como una excusa válida para no tener relaciones sexuales y estar menos disponibles. Esto, por un lado, les permite decir "no" frente a relaciones que no desean, pero por el otro, se sienten culpables y temerosas de perder a sus parejas por no desempeñar bien este rol.

Cuando vamos a tener una relación de pareja, me da vergüenza, no me siento bien. Él me dice que yo soy su mujer. Desconfío que él se vaya con otra mujer (Lucía, 32 años).

Con mi esposo estamos lo más bien haciéndolo y de repente me viene un dolor que me agarra todo. Me pongo a llorar porque me duele y él me dice: a lo mejor te estoy haciendo daño. Yo le digo que no, que soy yo. Le echo la culpa al tratamiento porque desde que me lo puse empecé a sentir malestares; ya no era lo mismo, ya no sentía, si yo antes sentía algo de buscarlo, de acariciarlo, ahora ya no lo siento (María, 25 años).

En la sexualidad se dan dos tipos de negaciones. Por un lado, los malestares que surgen en este ámbito imposibilitan la realización del rol de esposa, por tanto deben ser negados para seguir funcionando en esta área, y por el otro, las experiencias sexuales son difíciles de compartir y comunicar, por lo tanto se silencian, se ocultan y se anulan.

Otro tipo de "ninguneo" femenino es la invisibilización del cuerpo en las actividades cotidianas. Las mujeres funcionan sin conciencia de su cansancio y de sus malestares hasta que se enferman. Sólo tienen presente la cabeza y las manos, y niegan el resto del cuerpo. Se experimentan fenómenos de despersonalización, como si no fueran ellas sino otra persona la que está funcionando.

Yo a veces me he dado cuenta que he estado tan preocupada haciendo cosas, que después me veo como perdida, como que no existo,

> una cosa tan rara, como que no me veo, yo digo, es una persona que está haciendo esto y esto otro, pero no veo cara (Carmen, 37 años).

Cuando se produce una toma de conciencia frente al malestar, algunas mujeres protestan frente a la sobrecarga de trabajo, a los múltiples problemas que deben resolver cotidianamente y manifiestan su cansancio. Sin embargo, los mandatos y las presiones propias de los roles les impiden un cuestionamiento mayor, y llegan sólo a la queja. No alcanzan a vislumbrar salidas y vuelven a invisibilizar los síntomas, culpándose y asumiéndolos como un problema personal y/o psicológico.

En los relatos muchas mujeres expresan el deseo de irse, de alejarse, de desaparecer. Este "irse" oscila entre dejar al marido y el intento de suicidio, como ilusión de alternativa frente al malestar. También puede ser otra forma de invisibilización y ninguneo, ya que se utiliza como recurso para escapar al destino de mujer y para llamar la atención frente al dolor.

> Hace tres sábados intenté matarme porque ya no doy más y me tomé cuarenta pastillas y dos botellas de pisco.[17] Cuando me encontró mi hija me llevó a la posta, tenía intoxicación por alcohol y las pastillas que me había tomado (Teresa, 40 años).

El registro de los malestares en la mayoría de las mujeres es "contractual",[18] en el sentido que va en contra de los mandatos recibidos acerca del ser mujer, como sustentar, tolerar, aguantar, callar, pasar desapercibidas, ser incondicionales en el afecto y estar disponibles sexualmente pero sólo para la pareja.

3. Conductas y prácticas sexuales

En este capítulo se realiza un recorrido biográfico que integra las vivencias correspondientes a los primeros acercamientos a la sexualidad y a la primera relación sexual para comprender las experiencias sexuales presentes. Además, se describen la intimidad sexual y las prácticas sexuales de las mujeres del estudio.

17. Alcohol de alta graduación.
18. Término utilizado por Ana María Daskal (1990).

A. Visiones acerca de la sexualidad

La mayoría de las mujeres entrevistadas recibieron mensajes negativos sobre el cuerpo y sus funciones, como no tocarse la zona genital, no mostrarse desnudas, y reprimir la curiosidad con respecto a ellas y los demás. Algunos mensajes fueron directos, como cuidarse de ser tocadas donde "no se debe", en cambio otros se caracterizaron por omitir información. Los padres y las madres, u otras figuras adultas, desviaron las preguntas de las niñas diciendo que no tenían edad suficiente para enterarse de "ciertas cosas" vinculadas a las relaciones sexuales. Las mujeres describen adultos "cerrados" frente a las preguntas, o "chapados a la antigua".[19] En consecuencia, los cambios del desarrollo como la menarca, fueron vividos con temor, desconocimiento y culpa.

> Mi mamá siempre se tapaba [el cuerpo], decía que los niñitos no podían verse con las niñitas, cuando veía a alguien dándose besos, decía que era cochino, feo, malo, siempre se habló mal del sexo (María, 25 años).

> Lo que más recuerdo de mi papá que me dijo una vez: sabes qué Raquel, el hombre no se acerca a la mujer solamente por amistad, tienes que tener cuidado porque cuando un hombre se embarra[20] se baña e igual va a ser hombre, cuando la mujer se embarra la van a calificar como se comporte (Raquel, 32 años).

Las mujeres aprendieron que las relaciones sexuales pueden ser fuente de desagrado. Refieren no haber tenido una educación sexual que les ayudara a vivir sus diferentes experiencias en el desarrollo sexual y que les mostrara los aspectos positivos del ejercicio de la sexualidad, como el placer sexual.

> Cuando nos casamos nos fuimos de luna de miel a la playa y yo siempre le tuve temor a eso, porque en mi casa siempre con respecto a las relaciones se hablaba de algo malo (María, 25 años).

Actualmente, existen entre las mujeres polisintomáticas dos vi-

19. Se refiere a padres anticuados.
20. Se ensucia, se echa a perder.

siones acerca de la sexualidad. La mayoría presenta una visión negativa de la sexualidad y de las relaciones sexuales. Sus propias vivencias han estado marcadas por experiencias como el abuso sexual, la violencia sexual, la falta de deseo, la baja autoestima sexual, el aprendizaje traumático del uso del cuerpo en las relaciones sexuales y/o las malas relaciones de pareja. Estas mujeres viven las relaciones sexuales más desde el deber de esposas que desde sus necesidades y deseos.

> Anoche tuvimos sexo. Yo no quería pero como es el hombre que te hace cariño [...] yo pienso, bueno el hombre lo necesita. Por mí, ojalá que nunca tuviéramos relaciones (Marta, 31 años).

La minoría refiere una visión más positiva de la sexualidad y las relaciones sexuales. Estas mujeres dicen que es algo bueno, asociado al amor o a experiencias placenteras que han tenido o tienen. Se plantea que para tener una buena vida sexual es necesario contar con una pareja que las sepa estimular, las trate bien, las respete y con la que establezcan buena comunicación.

Las mujeres que expresan tener relaciones sexuales placenteras, poseen parejas con estas características, lo que podría implicar que el establecimiento de una pareja empática y respetuosa puede ser un factor de protección frente a los problemas en el ámbito sexual.

> Es un placer de mujer, porque uno tiene que hacerlo, porque ya uno tiene una pareja, ya como que el cuerpo le pide (Lidia, 27 años).

> Creo que tiene un lugar más importante que antes no lo merecía. Ahora pienso que es algo que va relacionado con todas las cosas en realidad. Antes yo veía que era una obligación no más, ahora veo que no (Jacqueline, 24 años).

> Para mí el sexo es algo maravilloso, lindo, pero haciéndolo con alguien que realmente te haga sentir. Siempre he dicho que si te vas a acostar[21] con alguien, acuéstate porque tienes esa necesidad, y tienes que sentir como un amor para que esta persona te toque. Para mí el sexo no es cualquier cosa, va incluido con la palabra "amor". Así, sexo-amor (Sofía, 33 años).

21. Tener relaciones sexuales.

A lo largo de las entrevistas, las mujeres hablan de un cambio de enseñanza entre su generación y la de sus hijos. Le dan importancia a la comunicación y muestran una postura un poco más abierta que sus padres frente a los temas de la sexualidad. Además, los medios de comunicación y las escuelas aportan nuevos conocimientos, que estimulan el aprendizaje dentro de la familia.

B. Primeros acercamientos a la sexualidad

Estos relatos acercan a las mujeres a las épocas del primer beso o del primer enamorado y de los juegos infantiles, que se recuerdan como hechos inocentes más que como juegos sexuales. Más tarde, las caricias y los acercamientos están socialmente censurados y deben darse en el marco de una relación de "respeto". El respeto implica la prohibición de tocarse y tener relaciones sexuales antes de casarse, y en su nombre se refrenan los deseos y se tranquiliza la ansiedad de perder el control frente a los juegos eróticos. Esta prohibición regula las necesidades, y de cierta forma, aplaza el inicio de la vida coital.

> Fui bien polola,[22] pero todo sanamente, nunca más allá de besos, cariño en la cara. Parece que no despertaba a la parte sexo todavía" (Sofía, 33 años).

> La primera vez fue como a los dieciséis años, me tocó los pechos.[23] Ese día le dije, calma, aquí no es llegar y tocar. Le dije que si yo lo respetaba a él, que me respetara (Jacqueline, 24 años).

C. La primera relación sexual

Generalmente, la primera relación sexual coital ocurre antes de casarse. Para la mujer, la virginidad pierde su importancia como prohibición social, en el momento en que se enamora o se siente segura de comenzar una relación de convivencia con esa persona. Aparecen experiencias traumáticas y violentas, por ejemplo, algunas mujeres que se casaron "vírgenes" fueron forzadas a tener re-

22. Tener muchos novios.
23. Senos.

laciones en su noche de bodas como parte del contrato matrimonial. Muchas recuerdan haber sentido miedo, vergüenza, angustia y desconocimiento. Estas experiencias son consideradas por ellas como favorecedoras de dificultades en el establecimiento de relaciones de pareja, o dificultades en sus relaciones sexuales actuales.

> Nosotros nos casamos, y llegó el momento que me tenía que acostar con él y yo tenía miedo. Yo no quería acostarme con él. Mi primera relación con él no la voy a olvidar nunca porque fue muy violenta, sufrí mucho, incluso me pegó. La segunda noche tuve relaciones con él pero puro llorando, el dolor era menos. Después él empezó a explicarme que ya después no iba a sentir nada y así fue, pero nunca se me olvidó (Teresa, 40 años).

En algunos casos, la primera relación sexual fue producto de la curiosidad por conocer lo que siempre se les ocultó. Algunas reconocen haber sentido placer aunque después lo nieguen, diciendo que "perdieron la cabeza" o que "no supieron cómo sucedió". Otras, acceden a las demandas de las parejas por miedo a perderlas, produciéndose una nueva desapropiación frente a lo que sienten.

> Los cabros[24] buscan los lugares más solos, era de día y yo estaba asustada porque podía aparecer cualquier persona ahí donde estábamos, entonces no me acuerdo de haberlo disfrutado, ellos disfrutan más que uno (Iris, 36 años).

Existen pocas experiencias descriptas como positivas, Sin embargo, en estas tampoco se asume el propio deseo y no están exentas de temores y de desconocimientos.

> Lo hice más por saber lo que era. Él tenía deseos y lo hicimos, pero me daba miedo porque no sabía qué me iba a pasar. Me gustó sí, después yo le dije que era bonito, entonces ahí me entusiasmé más que nos casáramos. Hasta que llegó la hora en que nos fuimos a casar y ya estaba la guagua[25] hecha (Yolanda, 32 años).

> Él me hizo perder la cabeza, fue bonito, lo pasamos bien. Yo encuentro que él es muy delicado, se dio espontánea (Rosa, 42 años).

24. Jóvenes.
25. Bebé.

Muchas mujeres dejan en manos del hombre el primer encuentro sexual, y creen que es él quien debe enseñarles a conducirse sexualmente. Queda en evidencia el mandato social de la pasividad femenina frente a su propia sexualidad, que supeditan su satisfacción a lo que el hombre "le" haga.

D. Construcción y expresión de la intimidad sexual

Según las mujeres, la construcción de intimidad es un elemento importante para el establecimiento de relaciones de pareja y/o relaciones sexuales satisfactorias. Muchas echan de menos espacios de comunicación más profunda en los que se sientan consideradas y respetadas.

Las mujeres distinguen dos formas de intimidad:

1) La primera habla de la relación sexual propiamente tal, como por ejemplo, cómo se llevan en la "cama" con sus maridos.

2) La segunda incluye, además de las relaciones sexuales coitales, otros elementos como, la comunicación, ser comprendidas y reconocidas en sus necesidades, y demostraciones de afecto que trascienden las relaciones sexuales. Las mujeres hablan de nuevas actitudes que deberían desarrollar sus maridos, como acompañarlas a comprar, tener un momento para tomar la once[26] juntos y conversar, o ser saludadas por ellos cuando llegan del trabajo.

> Yo digo que va en uno la intimidad, en conversar, la comprensión, en tenerse confianza (Paula, 26 años).

> A veces el hombre cree que ya con hacerlo listo. Yo le digo que no, que tenemos que conversar, porque en ese sentido mi marido es bien frío, él cree que ya, hacerlo y listo (Viviana, 30 años).

Las mujeres se quejan de no ser consideradas, lo que genera rabia y emociones que dicen no comprender pero que derivan en no

26. La once es la merienda de la tarde, que consiste en té y/o café y pan.

querer tener relaciones sexuales o no ser afectivas físicamente con las parejas.

> Él en el día no es cariñoso. Digo yo: bueno, pero por qué cuando uno se va a acostar solamente se acercan al lado de uno. Cómo va a ser todo el tiempo eso no más, cómo no te van a dar ganas de conversar, de decirme salgamos a la plaza, a dar una vuelta, o salir como salíamos cuando pololeábamos, o saquemos a los niños (Yolanda, 32 años).

1. Requisitos para la intimidad

Las mujeres mencionan algunos elementos que están afectando la intimidad sexual con las parejas y que se establecen como requisitos para su construcción y desarrollo:

1) El espacio físico

Es difícil contar con un espacio físico para tener relaciones íntimas, ya que las viviendas son pequeñas y no tienen suficiente aislamiento acústico. La falta de privacidad se asocia a la vergüenza de ser escuchadas por los hijos y que éstos se den cuenta de que su madre lleva una vida sexual activa. Se podría pensar que es sólo la condición de hacinamiento lo que les impide tener relaciones sin preocuparse, sin embargo, a pesar de que algunas cuentan con habitaciones suficientes para todos, hacen que los hijos menores duerman en las piezas como excusa para no tener relaciones que no desean.

> Siempre que voy a tener relación con mi marido estoy preocupada. No me da vergüenza, pero a veces como que siento [...] que él se apure y quede más tranquilo. Siempre ando con la cuestión metida de las chicas mías que me van a ver (Viviana, 30 años).

> Se supone que uno tiene que tener un espacio para uno. Entonces estar ahí con mi hija a mí me da vergüenza. Le digo a él, ustedes quieren vivir el momento y se acabó y no piensan que los demás están ahí (Cecilia, 40 años).

Además, las mujeres piensan que sus sentimientos maternales están por sobre sus necesidades sexuales, y experimentan contradicciones entre éstos y sus deseos.

> Cuando yo estoy con mi marido estoy nerviosa, que no me vayan a ver las niñas, que no me vayan a sentir las niñas, porque, yo no sé si será que soy a la antigua, pero no quiero que mis hijas sepan lo que tengo con mi marido. Mi hija de diez años dice que nació a donde yo me di besos con mi marido, y yo no quiero que mi hija pierda esa imagen porque no quiero que madure y sepa cosas que todavía no tiene por qué saberlas (Raquel, 32 años).

Ellas se quejan de que a los hombres no les preocupa ser vistos ni escuchados por los hijos, y piensan que está en la "naturaleza sexual" masculina expresarse más abiertamente. Además, algunas dicen haber escuchado a sus padres tener relaciones sexuales y querer evitar estas experiencias negativas a los hijos. Sintieron a sus madres llorar o aguantar las quejas, mientras estaban siendo forzadas.

> Era una sola pieza y nosotros teníamos la cama nuestra a los pies de la de ellos. Yo sentía que mi mamá hacía sonar los dientes. Era espantoso (Verónica, 39 años).

2) La enfermedad

Las mujeres se excusan en sus dolores, como una forma de poner límites cuando no quieren tener relaciones sexuales o cuando quieren disminuir su frecuencia.

> Él [el marido] sabía que yo sufría, que no dejaba que me tocara como había de ser porque sufría, me dolía, me daba miedo. Como le digo, años y años (Cecilia, 40 años).

> Yo le digo a mi marido, "no, estoy enferma, no deseo", "ya" –me dice–, "está bien" (Raquel, 32 años).

3) Los problemas y la vida cotidiana

Las mujeres mencionan diversas problemáticas que afectan seriamente las relaciones sexuales y de intimidad con sus parejas:

La rutina

La rutina de las tareas que realizan, repetitivas y carentes de novedad, es un motivo muy mencionado para que la satisfacción sexual disminuya. Además, se sienten con poca libertad para expresarse espontáneamente, dado que no han sido socializadas en

la búsqueda activa de placer. Esta última conducta genera desconfianza en sus parejas.

> En cuanto a la sexualidad hemos tenido problemas, pero a lo mejor ha sido culpa de ambos, se pierde la magia con el tiempo. Él ya cree que es un matrimonio consumado porque lleva tantos años, porque hay hijos, entonces se pierde ese encanto. He sentido muchas veces esa añoranza de sentir esa magia y ya no sentir ese matrimonio tan rutinario (Carmen, 37 años).

Las infidelidades

Las infidelidades se relacionan con una disminución de las ganas de tener relaciones sexuales, aunque no es una asociación que establecen las mujeres. Expresan que sienten rabia cuando están con sus parejas, pero no saben por qué, o que no pueden sentir placer porque están pensando en la otra mujer. Algunas veces se definen como "difíciles" de satisfacer sexualmente, pero no integran la frustración y desconfianza que producen estas situaciones.

> A veces puedo estar en la intimidad con él, pero mi pensamiento no está ahí, estoy pensando, esto mismo que me está haciendo a mí se lo hace a la otra, entonces de repente como que se forma un bloqueo como de empujarlo y hasta aquí no más llegamos (Sofía, 33 años).

La sobrecarga de trabajo

Las rutinas diarias y el exceso de trabajo son grandes desgastes para las mujeres, se sienten agotadas y abusadas, y lo expresan en sus relaciones sexuales.

> Levantarse en la mañana, ir a trabajar, llegar a la casa, hacer las cosas, acostarse, que el marido la moleste y que uno no quiera nada, ojalá por él fuera todos los días (Yolanda, 32 años).

Además, este estudio pone en evidencia la ausencia de "intimidad intrapsíquica", lo cual es un requisito para poder construir y mantener vínculos de intimidad con otros.

La intimidad intrapsíquica

Los roles asignados socialmente a las mujeres dejan pocas opciones para desarrollar la capacidad de estar solas con ellas mismas, de cuidarse, de protegerse y de reconocerse. Parece ser que

ninguna entrevistada tiene tiempo para el ocio, la diversión, el descanso y los placeres, que quedan postergados y superados por la urgencia del diario vivir. Algunas plantean que cuando se dan tiempo para descansar, están constantemente pensando en qué es lo próximo que deben hacer, o son presionadas por sus parejas que les exigen cumplir con sus labores.

Las mujeres tienden a evitar los espacios de introspección, ya que las enfrentan a problemas sin resolver, a sus temores, a sus contradicciones, a sus ganas de irse, de cambiar, al miedo a la muerte, al miedo de no poder cumplir con los requerimientos de los roles, a las frustraciones con sus parejas, a la rabia de sentir que no tienen quien las ayude, las acoja, las apoye, y a la soledad.

E. Relación sexual y pareja sexual

1) El deseo y la iniciativa

Para las mujeres, la pareja sexual determina cuándo y cómo tener relaciones sexuales, y actúan según el mandato tradicional de la pasividad femenina. Cuando experimentan deseo, lo ocultan y esperan que el hombre tome la iniciativa.

> Yo nunca lo he buscado a él, si él me busca lo hacemos, si no, no. Es raro cuando yo quiero algo. Cuando lo empiezo a acariciar, él se da vuelta porque quiere que yo le diga qué es lo que ando buscando. Me dice, "¿tenís ganas?". "Sí". "Y ¿por qué no me buscái?" Yo le digo porque el hombre tiene que buscar a la mujer, porque mi mamá siempre decía que el hombre siempre tenía que buscar a la mujer (María, 25 años).

La vergüenza frente al hecho de mostrar el cuerpo o de mostrarse excitadas, es uno de los factores que las mujeres aluden para no tomar la iniciativa. Aprendieron de padres y madres, quienes también se avergonzaron de su propia sexualidad, a censurar sus conductas autoexploratorias y a reprimir cualquier expresión sexual.

> Él me dice a mí: "Tú nunca tomas la iniciativa, siempre tengo que tomarla yo"; puede que yo sienta ganas con él pero para mí la vergüenza es más grande y no me deja hablar, a pesar de que ya soy una mujer vieja ya, con años, igual me da vergüenza (Nancy, 45 años).

También influye en la falta de iniciativa, el precepto social que

enseña a las mujeres a mostrar menos experiencia sexual que los hombres. Si muestran interés e iniciativa se sienten expuestas a sospechas, quejas y recriminaciones de parte de sus parejas.

> Después se pasa la película que tengo otro hombre (Jacqueline, 24 años).

> Él siempre me busca a mí, de verdad que yo a veces lo he buscado, pero como que se siente, no sé, sorprendido, me dice: "¡Chica qué te pasó!" (Carmen, 37 años).

Las mujeres entran en un doble vínculo que sólo pueden resolver mediante la anulación del deseo y, por tanto, de la iniciativa. El doble mensaje dice:

- No se debe mostrar deseo, porque las mujeres que expresan sus necesidades sexuales o muestran experiencia en las relaciones sexuales, no calzan con el prototipo de "buena esposa".
- Se debe mostrar deseo porque la pareja sexual se queja de no ser querida y considerada y no se está cumpliendo con una de las funciones del rol de esposa.

El síntoma puede surgir como forma para resolver este conflicto. Una "buena esposa" debe satisfacer sexualmente al esposo, pero debe esperar que él defina los términos en los que se desarrollará la relación sexual. Muchas veces, se obligan a tener relaciones sexuales como acto reparatorio frente a la falta de deseo o la culpa de no estar cumpliendo satisfactoriamente el rol de esposas. El síntoma es una forma de comunicar a la pareja que existe una disconformidad en este ámbito, permite poner un límite a relaciones no deseadas y libera a la mujer de asumir su sexualidad, su excitación, su deseo o, al contrario, su no deseo.

> Cuando tengo un problema con él y lo juzgo injustamente, me dan ganas de abrazarlo, que él se sienta bien y me disculpe. Tal vez no se lo pida con palabras, pero sí íntimamente hablando. No importa que yo no acabe,[27] yo me siento la mujer más feliz si él está bien (Lucía, 32 años).

27. Tener un orgasmo.

Las mujeres creen que el cariño físico que expresan a sus parejas las va a llevar siempre a una relación sexual, incluso si no la quieren. Hay poca capacidad para poner límites e ir hasta donde ellas quieran. A partir de esto, de rabias no conocidas o reconocidas, y de una mayor facilidad para expresar afecto a los hijos, dejan de acariciar a sus parejas.

> Yo nunca tomo la iniciativa. A mi guagua yo le hago cariño porque siento que la adoro, pero con él no. De repente le hago un cariño o le doy un beso, pero es bien raro (Magaly, 33 años).

> Si yo le hago cariño él cree que tenemos que tener relaciones, y a veces yo no quiero eso. Le digo que a veces yo estoy con él para que no se enoje, por darle en el gusto, porque ni siquiera tengo ganas. Él dice que yo nunca tengo ganas (Verónica, 39 años).

Las mujeres sienten que no tener orgasmos es un problema personal, no vincular, lo que genera un rechazo fóbico a la relación sexual. La pareja no es evaluada como fuente de satisfacción, por ser hombres violentos, alcohólicos, infieles, o afectivamente distantes. Sin embargo, sabemos que las relaciones de pareja son interaccionales, es decir, cada miembro tiene responsabilidades. Se podría plantear que, en tanto las mujeres no se apropien de su sexualidad o desarrollen su autonomía, les será difícil experimentar una sexualidad placentera. Se sabe que sus contextos de vida no favorecen el desarrollo de estas habilidades, pero es un camino que hay que recorrer para que no sea la enfermedad la solución a estas problemáticas.

> Me costaba a mí sentir ganas de estar con él. En el momento mismo no me daban ganas y al final terminaba él y yo quedaba. Entonces como que le tuve distancia, me molestaba que me tocara, me molestaba tener relaciones con él. Yo creo que ahí empezó a fallar la cosa porque ya no empecé a tenerle deseos, ya no sentía nada por él (Iris, 36 años).

Como contrapartida al modelo tradicional de la sexualidad femenina, surgen sólo algunos relatos de mujeres que no ocultan su deseo y que ponen la iniciativa como responsabilidad de ambos. Aprecian sus relaciones sexuales y de pareja, son capaces de decir lo que quieren y reconocen que los hombres no tienen más necesidades sexuales que ellas.

> Cuando vemos que ni él quiere ni yo quiero, nos respetamos. Así, ni yo le exijo a él ni él me exige a mí (Palmira, 44 años).

> Cuando yo quiero tener relaciones con él me baño, me pongo ropa interior más coqueta, me echo colonia, por acá, por allá. Y él solamente con mirarme cuando yo estoy desnuda, con sostén, se excita, se pone ardiente, yo lo provoco y me siento así media coqueta, aunque soy media gordita yo, pero a él le encanta. Dice que sólo con mirarme se seduce al tiro (Paula, 26 años).

2) El placer sexual

Pocas mujeres experimentan satisfacción en sus encuentros sexuales, es decir, "llegan" al orgasmo, "acaban" o "se van" según sus términos. Cuando esto sucede, las relaciones sexuales se caracterizan por períodos largos de seducción y estimulación mutua, caricias, conversación, juegos y variación en las posiciones sexuales.

> Es una persona que me hace sentir bien en el sexo. No es brusco, es suave. Me empieza como a conquistar primero, no es llegar ya, te penetro y listo, no. Hemos experimentado de varias formas y lo hemos comentado, es decir, qué sentiste, te molestó esto, esto otro. Nunca hemos tenido mala comunicación en cuanto a eso. Me encanta que me toque, que me hable por ejemplo, que me empiece a excitar (Sofía, 33 años).

Describen, además, relaciones en las que hay amor y comunicación. Una de las entrevistadas refiere "haberse sacado la Polla Gol[28] con su pareja. Lo anterior podría constituir un factor de protección frente a las dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales, como ya se mencionó.

> Él decía que los dos teníamos que tener el mismo placer, o sea, lo ideal era que ambos acabáramos en el mismo momento para que los dos quedáramos satisfechos. Eso era lo que a mí me gustaba realmente de él, porque él hacia que los dos sintiéramos lo mismo. Él me enseñaba algo que yo no sabía (Soledad, 24 años).

28. Se refiere a un concurso de apuestas de fútbol, en el que se pueden obtener grandes sumas de dinero como premios.

> Yo creo que por eso hemos estado juntos, una porque nos comprendemos y nos queremos y porque cada relación es distinta, cada relación que tenemos queda algo de rico (Paula, 26 años).

Las que no obtienen satisfacción sexual no experimentan orgasmos seguido. De hecho, algunas refieren nunca haberlos sentido y/o fingir que los tienen.

> Casi siempre finjo. Mejor no decirle nada porque yo sé que se va a enojar, porque cuando yo estoy así rara, me dice estás distante, qué te pasa. Entonces seguro que si yo le digo: sabes que yo no me excito cuando estoy contigo, se podría echar la película para atrás. Así que no le puedo decir (Jacqueline, 24 años).

> Mi hermana que tiene dieciocho años me dice que ella sabe acabar, que es rico, y yo digo, cómo es eso, qué es lo que se siente, porque no lo sé (Raquel, 32 años).

Las mujeres fingen orgasmos para evitar problemas con los maridos, y mantienen relaciones sexuales para que su masculinidad (tradicionalmente hablando) no quede en jaque. Temen decirle a sus parejas que no sienten, para no herirlos ni hacerlos pensar que se están desempeñando mal como "hombres", o para no generar celos o sospechas de infidelidades, al ver que no están satisfechas sexualmente con ellos.

Estos últimos años, se ha adquirido cierto grado de conciencia con respecto a la importancia de la sexualidad como fuente de placer. Algunas entrevistadas han dado algunos pasos hacia el ejercicio de sus derechos sexuales, como buscar información y ayuda a conflictos en esta área, sin embargo, predominan las prácticas más tradicionales que muchas veces se contraponen a lo que ellas verdaderamente sienten y que las enfrentan al malestar de vivir una sexualidad poco placentera.

Una de las entrevistadas propone algunas soluciones para tener relaciones sexuales más placenteras:

> No estar siempre en la rutina, hacer el acto sexual en la misma forma, siempre crear otras posiciones sexuales [...] jugar un poquito, pensar de acariciarse más, más cariños, más besitos, todo eso (Jessica, 30 años).

F. Valoración de las prácticas sexuales

Es usual que las mujeres no manifiesten tener mucha variación en las posiciones coitales, siendo las más frecuentes ella abajo y el arriba o ella arriba y él abajo. Algunas dicen tener fantasías sexuales, pero solamente con la pareja que tienen actualmente.

La masturbación es una conducta inusual. Algunas nunca se han autoestimulado y pocas la incorporan a las relaciones sexuales con sus parejas.

> Cuando era chica, cuando tenía once o doce años pero después no, yo creo que cuando somos todos chicos nos pasa, hacemos todo eso. Pero fue un tiempo, después no me gustó porque me dolía mucho el estómago. Mi mami nunca me vio, fue algo mío (Paula, 26 años).

> Jamás, nunca me he masturbado, a mí no me gusta tocarme mi cuerpo, y no lo hago y él (el marido) se enoja y se da vuelta y entonces me da sentimiento de culpa (Verónica, 39 años).

La masturbación, como autoerotismo y dentro de la relación sexual con la pareja, es un recurso importante que contribuye en gran medida a la obtención de orgasmos y placer sexual. Permite a la mujer explorar y conocer sus potenciales corporales para hacerse cargo de su propio placer, y enseñarle a su pareja cómo proporcionarle mayor placer sexual. Sin embargo, es una de las prácticas más inhibidas y poco integradas a la sexualidad de las entrevistadas.

G. Autoimagen sexual

Muy pocas mujeres dicen sentirse bien con ellas mismas, aunque ser atractivas se evalúa positivamente. Si se preocupan mucho de su aspecto personal reciben una sanción social ya que son vistas como "vanidosas" o "provocadoras" por otras mujeres. Además, prefieren pasar desapercibidas por miedo a posibles ataques sexuales y celos de las parejas.

> Hay personas que a uno la molestan, pero yo no hago caso, no me llama la atención. Por qué, si yo tengo marido. Yo he compartido con gente en fiestas y he visto gente que te mira con otro motivo, pero yo lo encuentro absurdo (Cecilia, 40 años).

La autoimagen sexual de las mujeres se construye sobre la base de la visión que tienen los otros de sus habilidades y capacidades sexuales. Según ésta, la mujer tiene que estar disponible para los deseos del hombre sin considerar los propios. Algunas dicen que las parejas las "cargosean",[29] es decir, se sienten atractivas para sus maridos porque ellos parecen estar siempre excitados y deseosos de una relación sexual. Generalmente, cuando no están motivadas sexualmente se definen o son definidas por las parejas, como "frías".

H. Violencia sexual

Casi todas las entrevistadas sufren y/o han sufrido alguna experiencia de violencia. La mayoría creció en hogares donde existieron malos tratos. Otras relatan hechos de violencia sexual en la infancia, como violaciones o abuso sexual.

En la actualidad, muchas mujeres viven situaciones en las que son agredidas física y sexualmente por maridos o convivientes. Otras no explicitan situaciones de violencia sexual, aunque mencionan tener relaciones sexuales por obligación. Estas acciones, según este estudio, también constituyen violencia

> Siempre he sido comunicativa, alegre, me gusta reírme y él [el marido] siempre me daba una mirada y me tenía que quedar callada, me daba miedo y si algo le parecía mal él iba y me retaba delante de quien fuera. No era tanto miedo sino que me daba pena que me dejara en vergüenza y que vieran lo explosivo que era él. Me daba miedo cuando llegaba curado,[30] una vez llegó así y la noche anterior habíamos estado discutiendo porque yo no había querido estar con él y me encerró en la cocina y me pegó y yo me tuve que escapar a la calle (Verónica, 39 años).

29. Molestan, tocan, las acosan.
30. Ebrio.

VI. CONCLUSIONES Y HALLAZGOS

1. Conclusiones

La problemática de la salud analizada desde la perspectiva de género, señala que la mujer tiene formas de enfermar relacionadas con los roles de subordinación a los que se ve sometida durante su vida. Su socialización ha prescripto roles muy tradicionales que le permiten poca movilidad y desarrollo de su individualidad, a lo que se suma la pobreza que favorece la estructuración de modelos de género rígidos.

Un gran número de mujeres tuvo que dejar tempranamente la escuela, ya que los padres consideraron innecesario que siguieran estudiando. Pocas de las que terminaron sus estudios secundarios han tenido una mayor capacitación y trabajos extradomésticos bien remunerados. Se las educó para desarrollar habilidades en la esfera de lo familiar, y desempeñar desde pequeñas tareas propias de los roles domésticos. Sus madres trabajaron para mantener los hogares y ellas debieron ejercer el rol de madres sustitutas y hacerse cargo de la crianza de los hermanos. Se las socializó para que experimentaran estos roles como expresiones "naturales" del ser mujer, y cualquier manifestación de habilidades y potencialidades que no estuviera de acuerdo con estos modelos fue reprimida y censurada.

La relación con los padres fue de mucha violencia y temor. Se les transmitió que la mujer debe obediencia y sumisión al hombre, como algo "dado", "que debe ser así". Muchas, recibieron castigos físicos y emocionales mientras aprendían a adecuar sus comportamientos a los modelos instituidos socioculturalmente.

Los cambios físicos y emocionales, resultados del desarrollo psicosexual, fueron enfrentados con desconocimiento y vergüenza. La menarca fue vivida con miedo, angustia y sorpresa. Algunas madres les comunicaron que a partir de ese momento debían "cuidarse" porque podían quedar embarazadas, pero no se les dijo qué quería decir "cuidarse". Se las instruyó en aspectos prácticos como la higiene, pero no en la utilización de métodos anticonceptivos.

En la familia de origen, la maternidad fuera del matrimonio se connota negativamente, aunque se percibe como inevitable. Se presenta una contradicción muy fuerte entre el mandato social de la maternidad y la visión del embarazo. Por un lado, se espera que las mujeres sean madres, y por el otro, surge por parte de las mu-

jeres de la familia una corriente subterránea que dice que la maternidad impide la posibilidad de un mayor desarrollo personal, de mejores oportunidades de estudio, y obliga a unirse en pareja a un hombre que no ha sido necesariamente elegido. En definitiva, a "embarrarla"[31] según señala una de las entrevistadas.

De los relatos se desprende que la virginidad puede ser tomada como un precepto que retarda pero no inhibe la iniciación de la vida sexual coital. La represión de estas conductas viene más por el lado del miedo, del desconocimiento, de "lo sucio" y "lo cochino".

Las mujeres se enfrentan a sus primeras experiencias sexuales sin saber nada acerca de lo que van a experimentar y no cuentan con nadie para conversar acerca de estas vivencias. La curiosidad es uno de los motivos más mencionados para la primera relación sexual. Se puede observar que estos encuentros están marcados por el deseo hacia el otro, que sin embargo, es difícilmente reconocido por ellas. Refieren sensaciones corporales incontrolables y "no saber en qué momento ocurre la relación", viviendo una situación "como si" estuvieran allí. Quizá sea una de las formas que tienen las mujeres para protegerse de la culpa que surge frente a las sensaciones que produce el cuerpo, las que deben ser controladas y reprimidas. Algunas relatan experiencias buenas, pero siempre dentro del marco del miedo y la ignorancia, pero la mayoría tuvo una primera relación sexual traumática. Incluso algunas fueron violadas, aunque no reconocen esta experiencia como tal, ya que consideraron "normal" esta violencia y otras quedaron embarazadas en esa primera relación.

La sensación que atraviesa los relatos es de lo velado, lo oscuro. Parecería haber poco conocimiento de sí mismas, de sus cuerpos, de sus deseos, de sus necesidades, y poca valoración de sí mismas.

Durante la infancia y la adolescencia establecen mínimas relaciones de confianza e intimidad. Tampoco se produce un acercamiento a ellas mismas, en el que a través de un acto introspectivo tomen contacto con lo que son y se pregunten qué quieren de la vida. Estas interrogantes aparecen más tarde, cuando las mujeres han criado a sus hijos y tienen tiempo libre para desarrollar otras actividades.

La vida cotidiana de las mujeres está marcada por el cumpli-

31. Equivocarse.

miento de rutinas que implican la realización de actividades agotadoras y exigentes que no dejan margen para el descanso ni la creatividad. Son vividas como propias del "ser mujer", aunque en ellas no se incluyan el cambio, el progreso y los proyectos personales. Existe poca capacidad de salir de este "destino" trazado, tal vez porque estas prácticas tan conocidas y habituales producen cierta alienación y anestesia frente a las angustias y tensiones propias de la vida cotidiana y la pobreza.

La "invisibilización" se transforma en un método de supervivencia y se activa como mecanismo de defensa frente al dolor. Es preferible no verse para no sentir y para pasar desapercibidas frente al maltrato. Al mismo tiempo, el propio cuerpo se transforma en invisible y la única forma de volver a conectarse es mediante el surgimiento del malestar. El dolor existencial de ser "ninguniadas" por años, está simbolizado en el síntoma, aunque no significado. Éste les permite evadir en parte la rutina de la vida cotidiana y las exigencias que ésta conlleva. Ellas vislumbran ciertas asociaciones entre los síntomas y sus malestares, pero los mandatos psicosociales son más fuertes que las posibilidades de cambio. Además, los problemas que enfrentan siguen siendo evaluados como fallas personales, más que condiciones de la doble marginación que implica ser mujer y pobre.

Asimismo, los malestares las invalidan en el cumplimiento de sus deberes de madre, esposa y dueña de casa, por lo que son rápidamente invisibilizados, hasta que otros emergen.

Con relación a la sexualidad y las pautas de socialización de género, los modelos presentados mostraron una sexualidad silenciada y valorada negativamente. Se les permitió poca exploración del propio cuerpo y no se les habló de aspectos positivos de la sexualidad como el placer sexual. Su ejercicio queda circunscripto al espacio del rol conyugal, que se vive con obligatoriedad. En la actualidad, muchas de sus relaciones de pareja carecen de confianza, comunicación y sustento emocional. Se quejan de la violencia que ejercen las parejas hacia ellas, y de la falta de diálogo y de búsqueda de soluciones conjuntas frente a los problemas.

La construcción de relaciones de confianza e intimidad son requisitos importantes para ellas a la hora de tener experiencias satisfactorias en las relaciones sexuales. Desean interlocutores que las validen y que les proporcionen afecto físico y emocional. El establecimiento de este tipo de vínculos puede presentarse como un

recurso de protección frente a las condiciones de aislamiento y "ninguneo" que viven y frente a los malestares.

Los malestares en la sexualidad no aparecen como queja primaria sino que se despliegan frente al análisis de sus situaciones de vida y sobre todo de la descripción de su rol conyugal. Existe una invisibilización de la violencia presente en sus vidas que incide en la falta de deseo sexual. El no deseo se percibe como falla personal frente a las demandas sexuales del otro. Casi todas las mujeres expresaron quejas en este ámbito de sus vidas, pero son poco compartidas con otras mujeres y con sus parejas.

De esta forma, en relación con la pregunta de investigación que busca relaciones entre la problemática sexual de las mujeres y la sintomatología física y emocional que presentan, se concluye que:

- Las mujeres no establecen relaciones directas entre los problemas en la sexualidad y sus malestares físicos y emocionales.
- Las mujeres no establecen relaciones directas entre sus malestares y la socialización de género.
- No todos los síntomas que presentan las mujeres se relacionan con problemas en la sexualidad.

Por lo tanto, los malestares deben comprenderse dentro de un marco más general, que relaciona los condicionantes de género femenino, con sus modos específicos de enfermar.

Se establece una pauta de relación sistémica entre síntomas y problemas en la sexualidad. Se puede decir que la forma en la que las mujeres viven su sexualidad es fuente de malestares y síntomas. A su vez, estos síntomas invalidan el cumplimiento de los roles genéricos, lo que genera nuevos conflictos sexuales. Se constituye una pauta rígida en la que la mujer no puede salir del malestar sin quedar anulada en sus necesidades, deseos e individualidad.

Surge la pregunta de ¿cómo podrían las mujeres salir de este circuito rígido sin poner en peligro su salud? A partir de los relatos hechos por las mujeres, no se encuentran visiones que contribuyan a la resolución de estos conflictos. Muchas dicen estar introduciendo cambios en la crianza de sus hijos, pero éstos están destinados a las nuevas generaciones, y no son cambios personales para ellas.

2. Implicancia de los hallazgos

Los hallazgos ponen de manifiesto la urgencia de considerar las variables de socialización de género para implementar intervenciones y políticas sociales destinadas a la promoción de condiciones de vida más saludables para las mujeres. Es necesario incluir la salud sexual en las prestaciones de servicios destinados a esta población, y que se valore la sexualidad como cualidad humana integral, no sólo vinculada a los procesos reproductivos.

Las mujeres día a día se ven sometidas a relaciones de desigualdad, opresión y falta de oportunidad, y desarrollan sólo recursos para la sobrevivencia del grupo familiar. Aquellos recursos más personales quedan de lado. Una de las acciones más importantes que se podrían realizar es la potenciación de esas habilidades, que propendieran al desarrollo de un rol más personal. Se entiende por esto, el desarrollo de habilidades de autoexpresión, autoestima, uso del tiempo libre, búsqueda de oportunidades laborales, educativas, de participación social, y privacidad. Además, se debería estimular en ellas la búsqueda del significado que tiene la sexualidad en sus vidas, para poder salir de lo que establecen los roles.

Cuando las mujeres buscan ayuda en una instancia de salud, quieren acceder a un espacio de validación, donde sean escuchadas y no culpabilizadas. Se sugiere generar un espacio donde se pueda reconocer las condiciones de vida de las mujeres y donde se vincule la carga física y emocional a la que se ven sometidas, con los malestares que presentan.

Muchas de las prestaciones son relaciones cara a cara, entre usuaria y trabajador/a de la salud. La consulta de salud debería incluir:

- La visibilización de la trama de la vida cotidiana de las mujeres y de las angustias que ésta genera.
- La visibilización de la violencia a la que muchas veces se ven sometidas, en lo privado y en lo público.
- La visibilización de la sexualidad en tanto parte de su identidad.

Así, este tipo de relaciones puede convertirse en factores de protección y prevención frente a los factores de riesgo para la salud de las mujeres, como la marginación, el desconocimiento del

funcionamiento de su cuerpo y la aceptación de la violencia y su invisibilización en las relaciones afectivas y sexuales.

Finalmente, sería conveniente que la consulta sea un espacio que aliente el desarrollo de la autonomía y el conocimiento respecto del propio cuerpo e incluya la participación de sus parejas para sensibilizarlos acerca del derecho de las mujeres a tener relaciones sexuales placenteras y seguras.

BIBLIOGRAFÍA

Aliaga, P.; Rojas, I. y Hernández, M. E.: "Fundamento para la creación y puesta en marcha de la Unidad de Sexualidad Humana en un departamento de Obstetricia y Ginecología", en *Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental*, SERNAM, Santiago, 1994, págs. 153-160.

Araya, R.; Wynn, R.; Leonard, R. y Lewis, G.: "Psychiatric morbility, detection by primary care physicians and health service utilization in primary care in Chile", *Brithish Journal of Psychiatry,* 165, 1994, págs. 530-533.

Burin, M.; Moncaraz, E. y Velázquez, S.: *El Malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*, Buenos Aires, Paidós, 1990.

Castro, V.; Manríquez, M. T. y Possel, L.: "Del enfoque asistencial a una aproximación de género", en *Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental*, Santiago, SERNAM, 1994, págs. 239-244.

Daskal, A. M.: "La vida cotidiana de las mujeres", en Isis Internacional, *El malestar silenciado, la otra salud mental*, Santiago, Ediciones de las Mujeres, 1990, págs. 83-96.

Daskal, A. M.: "Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres", en *Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental*, Santiago, SERNAM, 1994, págs. 23-29.

Dio Bleichmar, E.: "Del sexo al género", *Revista Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 18, 1992, págs. 128-136.

Dixon-Mueller, R.: "The Sexuality Connection in Reproductive Health", en Zeidenstein S. y Moore K. (eds.), *Learning about Sexuality. A practical beginning*, Nueva York, The Population Council, International Women's Health Coalition, 1996, págs. 137-153.

Doyal, L.: *What makes women sick: Gender and the Political Economy of Health*, Rutgers University Press, Nueva Jersey, 1995.

Dunk, P.: "Greek Women and Broken Nerves in Montreal", en *Medical Antropology*, 11, 1989, págs. 29-45.

Florenzano, R.; Acuña, C.; Fullerton; T. y Muñoz, C.: "Result from the Santiago de Chile Centre", en Ustun T. B. y Sartorius, N., *Mental Illness in General Health Care: An International Study*, Londres, 1995, págs. 248-263.

Giberti, E. y Fernández, A. M.: La *mujer y la violencia invisible*, Buenos Aires, Sudamericana, 1989.

Giberti, E.: "Cuando la sexualidad produce síntomas", en *XII Jornadas de Obstetricia y Ginecología,* Buenos Aires, mímeo, 1994.

Hurtado, J.: "Programas estatales de salud dirigidos hacia las mujeres: imágenes de mujer y lógicas de acción", en *Sexualidad y Reproducción: hacia la construcción de derechos*, Santiago, CORSAPS, 1994, págs. 27-37.

Ilustre Municipalidad de Colina: "Diagnóstico de Salud Comuna", Colina, 1994.

Ilustre Municipalidad de Huechuraba: "Proyecto de apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de escasos recursos de la comuna de Huechuraba", Santiago, 1996.

Lamas, M.: "Cuerpo e identidad", en Tercer Mundo Editores, *Género e Identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino,* Uniandes, Santa Fe de Bogotá, 1995, págs. 61-81.

Liberman, D.; de Piccolo, E.; de Dimant, S.; de Cortiñas, L. y de Woscoboinik, P.: *Del cuerpo al símbolo*, Santiago, Anaké, 1993.

Loketek, A.: "El problema del poder en la terapia familiar sistémica", en CEFYP, *Simposio Regional de la Asociación de Psiquiatría*, Bariloche, mímeo, 1995.

Montecino, S.: *Madres y huachos: alegorías del mestizaje chileno,* Santiago, Editorial Cuarto Propio, 1993.

Onnis, L.: *La palabra del cuerpo,* Herder, Barcelona, 1996.

Rivera, D.; Rodó, A.; Sharim, D. y Silva, U.: *Relaciones de género y sexualidad. Informe de Investigación* (Documento de Trabajo Nº 153), Santiago, SUR, 1995.

Rodó, A.: "Entre el placer y el afecto", en *Revista Proposiciones*, 21, 1992, págs. 179-184.

Rodó, A. y Sharim, D.: *Sexo, Amor y Seducción,* SUR, Santiago, 1992.

Rodó, A. s/a.: "Con la luz prendida: una experiencia de trabajo con mujeres pobladoras", en *Mujeres y medicina*, 2, págs. 16-29, AÑO????.

Rodó, A. y Rivera, D.: "La mujer y su cuerpo: disociación y conflicto", en *Sexualidad y Reproducción: hacia la construcción de derechos*, Santiago, CORSAPS, 1994, págs. 49-55.

Simon, W. y Gagnon, J. H.: "Sexual Scripts", *Society*, 22, 1984, págs. 53-60.

Szasz, I.: "Introducción: la condición de la mujer y la salud", en *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México, 1995.

Torres, C.: "La otra mirada de la Salud Mental", en *Revista Agenda y Salud*, 3, 1996, págs. 1-8.

Valdés, T.: *Venid, benditas de mi padre: las pobladoras, sus rutinas y sus sueños*, Santiago, FLACSO, 1988.

Whitaker, C.: *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar,* Buenos Aires, Paidós, 1992.

Anexo

ANEXO

Cuadro 1
DATOS ACERCA DE LAS FAMILIAS DE ORIGEN Y PROCREACIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

	Edad	Estado civil	Edad de la pareja	Años de convivencia	Nº de hijos	Nº de hermanos	N° de orden en la familia de origen
Inés	41	Convive*	32	7	2	2	Menor
Yolanda	32	Casada	36	11	2	3	Mayor
Marcela	43	Casada	46	28	4	5	Mayor
Jessica	30	Casada	31	7	S/h	2	Mayor
Rosa	42	Casada	–	18	2	–	–
Verónica	39	Casada	37	11	2	8	6ª
Cecilia	40	Casada	43	21	2	4	Mayor mujeres
Leonor	27	Soltera	S/convi-vencia	S/convi-vencia	1	2	Menor
Nancy	45	Casada	40	10	4	No sabe	–
Teresa	40	Separada	40	15	4	3	Mayor
Carmen	37	Casada	37	15	3	–	–
Raquel	32	Casada	34	10	3	–	–
Lucía	32	Casada	31	10	2	3	Menor
Judith	25	Soltera	24	6	1	8	5ª
María	25	Casada	28	8	2	6	3ª
Sofía	33	Soltera	31	9	3	5	2ª
Inés	36	Casada	39	17	2	1	Mayor
Ester	31	Convive	32	11	2	8	3ª
Marta	31	Convive	30	10	3	3	2ª
Paula	26	Casada	29	9	2	6	5ª
Palmira	44	Casada	43	2	1	7	Menor
Viviana	30	Casada	41	13	2	5	2ª
Magaly	33	Casada	27	10	2	6	3ª
Soledad	24	Soltera	S/convi-vencia	S/convi-vencia	2	4	Menor
Jacqueline	24	Convive	29	6	2	3	2ª
Lidia	27	Convive	39	9	2	5	Menor

* Convivir se refiere a tener una relación afectiva de pareja y vivir bajo un mismo techo sin estar casados legalmente.

Cuadro 2
DATOS SOBRE EDUCACIÓN E INSERCIÓN LABORAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

	Edad	Nivel de educación	Capacitación	Actividad	Ingresos*
Inés	41	4º medio	S/C	Ama de casa	120.000
Yolanda	32	8º básico	S/C	Empleada doméstica	220.000
Marcela	43	5º básico	S/C	Ama de casa	100.000
Jessica	30	4º medio	Auxiliar de párvulos	Auxiliar de párvulos	350.000
Rosa	42	5º básico	Costura	Ama de casa	200.000
Verónica	39	4º medio	S/C	Ama de casa	150.000
Cecilia	40	6º básico	S/C	Ama de casa	120.000
Leonor	27	4º básico	S/C	Asesora hogar	150.000
Nancy	45	2º medio	S/C	Temporera	160.000
Teresa	40	8º básico	S/C	Temporera	50.000
Carmen	37	4º medio	S/C	Ama de cada	250.000
Raquel	32	8º básico	S/C	Ama de casa	150.000
Lucía	32	4º medio	Auxiliar	Auxiliar hospital	200.000
Judith	25	4º medio	Auxiliar de párvulos	Auxiliar de párvulos	82.000
María	25	3º medio	Monitora de salud	Ama de casa	120.000
Sofía	33	3º medio	S/C	Operadora telefónica	150.000
Inés	36	1º medio	S/C	Auxiliar de aseo	150.000
Ester	31	8º básico	Manipulación de alimentos	Manipuladora de alimentos	120.000
Marta	31	3º básico	S/C	Ama de casa	130.000
Paula	26	8º básico	Manipulación de alimentos	Manipuladora de alimentos	160.000
Palmira	44	7º básico	Peluquería	Ama de casa	120.000
Viviana	30	6º básico	S/C	Ama de casa	120.000
Magaly	33	4º medio	S/C	Empleada doméstica	250.000
Soledad	24	8º básico	Corte y confección	Ayudante singuerista	140.000
Jacqueline	24	8º básico	S/C	Ama de casa	120.000
Lidia	27	1º medio	S/C	Ama de casa	100.000

* 525 pesos chilenos = 1 dólar estadounidense.

REPRODUCCIÓN Y EROTISMO: EL CASO DE LA DOBLE PROTECCIÓN. APORTES A LA SEXUALIDAD FEMENINA

Ana Cristina González Vélez

I. PRESENTACIÓN

La autora agradece de manera especial el apoyo de PROFAMILIA,[1] así como a todas las personas que hicieron posible la realización de esta investigación, especialmente a Marcela Sánchez, al equipo del CEDES, a Mara Viveros, Beatriz Quintero, María Isabel Plata y Magdalena León.

Se trata de la primera investigación cualitativa realizada sobre el tema en Colombia y tiene la intención de constituirse en un aporte al campo de los estudios sobre la sexualidad femenina desde la doble perspectiva de las ciencias sociales y de la salud, para lo cual considera, desde el diseño, los enfoques de género y de derechos sexuales y reproductivos como una forma de abordar de manera integral la problemática de la doble protección.

Este artículo presenta los principales elementos del plantea-

1. PROFAMILIA es una organización privada sin fines de lucro, cuya misión es prestar una amplia gama de servicios a mujeres, hombres y adolescentes, especialmente a aquellos de menor nivel socioeconómico, en el área de la salud sexual y reproductiva. Proporciona, de manera directa o indirecta más del 65% de todos los métodos de anticoncepción en Colombia y ha servido como institución para la realización del trabajo de campo de esta investigación.

miento del problema que dio origen a la investigación, los objetivos y las hipótesis que guiaron el trabajo y el marco teórico, y la descripción general de los resultados de las entrevistas realizadas tanto a usuarias como a prestadores de servicios.[2] La descripción de los resultados de las entrevistas realizadas a las mujeres usuarias enfatiza los aspectos comunes entre los cuatro grupos que se conformaron de acuerdo con el diseño, y señala también las diferencias más importantes entre éstos. En este punto la información se organiza siguiendo los ejes analíticos más relevantes a los fines de comprender la problemática de la doble protección y dar cumplimiento a los objetivos.[3] Los resultados de los prestadores se organizan siguiendo los temas más importantes de la entrevista aplicada.

Las conclusiones sobre ambos capítulos (mujeres y prestadores) están organizadas teniendo en cuenta los elementos que obstaculizan y que facilitan la práctica de la doble protección. Las recomendaciones y posibles estrategias para el logro de acciones encaminadas a promover la práctica de la doble protección, contemplan tres niveles:

- la formulación de políticas y programas
- la consejería
- la consulta médica incluye la reconstrucción de la historia sexual.

Por último, se presenta el diseño metodológico de la investigación, que comprende una explicación sobre los procedimientos de análisis.

Uno de los propósitos de este estudio ha sido el de sensibilizar al personal de salud de PROFAMILIA y de otras instituciones afines, respecto de los factores que condicionan la predisposición de las mujeres para el uso de la doble protección, y así contribuir a la

2. En adelante se hablará de prestadores, expresión que incluye tanto a las prestadoras mujeres como a los hombres, para evitar el uso de "las" y "los" a lo largo de todo el texto. Lamentamos esta limitación de la lengua castellana pero aspiramos a transformar los genéricos masculinos por usos más neutros.

3. Para consultar la totalidad de los resultados y el marco teórico, así como la propuesta de escala de autonomía sexual y reproductiva, véase el Informe final de la investigación en PROFAMILIA, Colombia.

elaboración de una política o un programa institucional para promover la doble protección.

Este propósito se basa en el reconocimiento de la necesidad de ampliar los alcances del denominado riesgo objetivo (Pravaz, 1995) del modelo biomédico, de manera que incorpore la subjetividad de las mujeres y su percepción del riesgo como insumo para la identificación de aquellas a quienes deben dirigirse prioritariamente las acciones de promoción de la doble protección.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

> *Rápidamente y sin necesidad de instrucción teórica, la conciencia sabe que ella constituye un lugar de encuentro para discursos diversos y contradictorios.*[4]
>
> HEANEY SCAMUS

La problemática del doble riesgo que enfrentan las mujeres con relación a los embarazos no planeados y la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), está claramente asociada con la práctica anticonceptiva desde épocas antiguas pero se torna actual a propósito de la aparición de la epidemia del sida durante el siglo XX (Di Giácomo, 1996, pág. 191).

Han contribuido a ello, sin lugar a dudas, los cambios que en el perfil de la epidemia del sida se han dado en diversos países, relacionados con la idea profundamente nociva para las mujeres, de que éstas, en general, no constituían un grupo expuesto al riesgo. Algunos de estos cambios son: la tendencia a la feminización de la epidemia, un drástico cambio en la relación hombre/mujer y el aumento de la transmisión por vía sexual, especialmente entre las amas de casa con compañero "fijo y único" (Barbosa y Villela, 1996).[5]

4. Discurso de recepción del Premio Nobel de Literatura, Estocolmo, Traducción de Joe Broderick, *Magazín del Espectador*, Bogotá, Colombia, 1996.

5. En Colombia, la proporción de mujeres sobre el total de infectados pasó del 2,8% en 1987 al 11% en 1996, y la razón, de 34/1 en 1987 a 8/1 en 1996.

Actualmente se cuenta con poca información sobre la epidemiología de las ETS, pero los datos de incidencia para 1994 muestran que las más frecuentes eran la infección gonococcica y la sífilis, que se pueden prevenir mediante el uso de métodos de barrera. Otro tipo de estudios importantes en esta línea muestra que en Colombia, el 61% de las personas consultadas por una encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas,[6] se siente insegura acerca de cómo protegerse tanto de las ETS como del sida. A pesar de ello, el 75% de los adultos consultados por esta misma encuesta no considera probable llegar a tener una ETS. Con relación al sida, el 11% no sabe nada acerca de la enfermedad y el 72% (tanto de las mujeres como de los hombres), no cree que sea posible contraerlo.

Frente a este panorama, la observación realizada a partir de la experiencia clínica en el Programa Móvil de Zonas Tuguriales de PROFAMILIA-Colombia durante 1994-1996, mostró que las mujeres que solicitan un método anticonceptivo, buscan evitar, en un elevado porcentaje, embarazos no planeados, pero no "buscan" (al menos explícitamente) la protección que algunos métodos podrían ofrecer en relación con las ETS y el sida, o sea, la doble protección. Una proporción importante de los métodos anticonceptivos se usa en Colombia (tres cuartas partes) para limitar la descendencia y, una cuarta parte, para espaciar los nacimientos (PROFAMILIA, 1995).

Es importante observar en este punto, que tradicionalmente las organizaciones de planificación familiar centraron sus actividades en la promoción de los métodos anticonceptivos –ligados básicamente a la idea de la prevención de embarazos no planeados–, mientras que las organizaciones de prevención de sida han centrado su trabajo en la prevención de la enfermedad, y esto ha significado una división de los esfuerzos y algunos vacíos tales como el de la doble protección.

El mecanismo de transmisión más importante es la vía sexual, específicamente la transmisión heterosexual (43%) y el grupo de edad que muestra mayor número de casos, sin diferencias entre los sexos, es el de 25 a 34 años.

6. Seguro Social-PROFAMILIA, "Conductas Sexuales de la Población Adulta y Prevalencia de Enfermedades de Transmisión Sexual", según *Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas*, tomo III, Bogotá, 1994.

El concepto de doble protección se refiere al uso de métodos "anticonceptivos" o la asunción de comportamientos para evitar el doble riesgo de los embarazos no planeados y las ETS/sida.[7] Respecto de los métodos, esto puede lograrse mediante el uso de dos de ellos o de uno solo con este doble objetivo. Entre las modalidades más utilizadas con esta finalidad, se encuentran la combinación de un método de larga duración y el condón (Blaney, 1994) o el uso de dos métodos de barrera. También, es posible lograr este objetivo mediante comportamientos como el sexo seguro, que no se refiere exclusivamente al uso del condón e incluye otras estrategias, como la fidelidad en la pareja, la abstinencia sexual (retraso de la primera relación sexual), reducción del número de parejas sexuales, entre otras (Berer, 1993, pág. 132). Sin embargo, aún existen dificultades, no sólo desde el punto de vista de los avances tecnológicos, para la puesta en práctica de la doble protección. El condón, "considerada la forma más efectiva y divulgada de prevención contra el sida, es un método masculino cuyo uso depende de un acuerdo previo o negociación entre la pareja, práctica que no es usual entre los hombres y mujeres en nuestra cultura y que presenta diversos obstáculos" (Villela, 1996, pág. 181). Así por ejemplo, en Colombia su uso es bajo: el 4,1% en las mujeres unidas y el 3,6% en las no unidas, quienes además lo utilizan para evitar los embarazos no planeados (Seguro Social-PROFAMILIA, 1994) y no para prevenir infecciones.

Por otro lado, la esterilización es el método más usado, seguido por la píldora y el Dispositivo Intrauterino (DIU) (PROFAMILIA, 1996). La concentración del uso en estos métodos, que no sirven a los fines de prevenir las ETS/sida, refleja la escasa práctica de la doble protección.

Finalmente, "pocos estudios han examinado si el uso de métodos combinados en los países en desarrollo se acepta y es eficaz" (Blaney, 1994, pág. 19). A su vez, otros estudios indican que "la proporción de mujeres en riesgo de contraer ETS, que buscan anticonceptivos pero fallan para protegerse de las enfermedades, su-

7. Se sigue aquí la definición propuesta por la OMS en un documento de circulación interna. Asimismo, se retoma planteamientos sobre sexo seguro del libro *La mujer y el VIH/sida, Un compendio internacional de recursos*, escrito y editado por Marge Berer con la colaboración de Sunanda Ray.

giere la existencia de necesidades insatisfechas" en la investigación sobre este tema (Frank *et al.*, 1995, pág. 44).

Los objetivos que guiaron esta investigación son, respecto de las mujeres, describir e interpretar las formas en las que asumen su vida sexual frente a las potenciales situaciones del embarazo no planeado y de las ETS/sida.[8] Para ello se indagó acerca de las creencias y motivaciones que tienen para protegerse de cada una de las ETS, y se identificó si asocian los métodos anticonceptivos con la prevención de estas enfermedades. Asimismo, el estudio se propuso definir algunas situaciones de vulnerabilidad o riesgo, para las cuales, desde las mismas mujeres, se haría necesario el uso de la doble protección y explorar acerca del riesgo percibido por ellas frente al embarazo no planeado y a la prevención de ETS/sida. Con respecto a los prestadores, nos interesaba reconstruir el discurso médico sobre la doble protección, en lo que hace tanto a sus creencias como a los criterios prescriptivos, frente a potenciales usuarias.

III. EL CUERPO COMO BORDE ENTRE LA NATURALEZA Y LA CULTURA

La construcción del marco teórico conlleva una propuesta de modelo cuyo nombre es *el cuerpo como borde entre naturaleza y cultura*, que busca servir como herramienta para la comprensión de la sexualidad femenina. Este modelo tiene como eje transversal el género, en tanto contribuye a entender de qué manera la sexualidad, pensada en sus dimensiones de reproducción y erotismo, es asumida y significada por las mujeres y los hombres, la sociedad y la cultura, y abre posibilidades en su transformación. Parte de la base de que el desarrollo de habilidades relativas a la práctica de la doble protección, así como la percepción de este doble riesgo, están afectados, por la concepción tradicional de la sexualidad femenina como equivalente de la reproducción. Concepciones que si bien no son fijas y están siendo agrietadas por los cambios en la

8. Se habla aquí de las ETS/sida sin hacer una distinción explícita entre ellas, a pesar de que no se desconoce que entrañan riesgos diferenciales y tienen distintos significados para la población.

vida de las mujeres, aún se conservan con fuerza en nuestra sociedad y desconocen frecuentemente los aspectos relativos al erotismo.

Consideramos que la percepción del "doble riesgo" que tienen las mujeres está también condicionada por otro conjunto de factores: a) sus concepciones socioculturales acerca del riesgo en general; b) los costos diferenciales que representan para ellas los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual; c) la información que tienen acerca del funcionamiento y de las propiedades de los métodos anticonceptivos (con el énfasis casi exclusivo en la prevención del embarazo no planeado, por parte de las políticas y los servicios de planificación familiar) y acerca de las enfermedades de transmisión sexual (transmisión y prevención), y d) los condicionantes de género.

Es así como, una vez que las mujeres se perciben en riesgo de embarazarse o de adquirir una ETS, se ven enfrentadas a negociar con sus parejas el uso de los métodos, especialmente cuando se trata del condón. En algunos casos esto implica cuestionar los presupuestos de fidelidad y confianza propios del amor romántico, sobre los que se constituyen las parejas, tanto convivientes como no convivientes. Por último, el modelo propone que los derechos sexuales y reproductivos son, al mismo tiempo que una condición para el empoderamiento, un resultado de éste. Asimismo, sostiene que la concientización de las mujeres acerca de la existencia y el ejercicio de estos derechos conduce a la construcción de habilidades encaminadas a la puesta en práctica de la doble protección.

Ideología y poder: hacia la construcción social del riesgo

El concepto de riesgo contribuye a entender cómo las mujeres están percibiendo la necesidad de llevar a cabo la estrategia de la doble protección, a partir de sus propios significados, contextos y subjetividades.

Las ideas tradicionales acerca del riesgo tienen un conjunto de características, que podríamos resumir de la siguiente manera. En primer lugar, sostienen que la información acerca de una situación o evento determinado es transmitida por parte de "los expertos" hacia "las comunidades", desconociendo que las interpretaciones sobre la información ocurren en contextos diferentes. En segundo lugar consideran al individuo atomizado, como "la unidad de to-

ma de decisión", sin tener en cuenta que él mismo está sujeto a influencias morales y políticas por parte de la sociedad. Todas estas ideas han tenido una importante influencia sobre las ciencias médicas y se revelan en las estrategias de prevención, que frecuentemente se centran en la idea de que las "personas" reduzcan o eviten determinados riesgos. Claramente, "ambos, el riesgo y los mensajes asociados con el mismo, son construidos por las autoridades de salud y no son lo mismo que la interpretación de estos mensajes" (Kendall, 1993; Pravaz, 1995).

En ese sentido las definiciones técnicas tradicionales (fundamentalmente epidemiológicas) resultan limitadas para hablar del riesgo. Es importante reconocer que el comportamiento de las personas es mucho más complejo que la "percepción" del riesgo, y que no está basado en "elecciones racionales", tal como lo plantea el modelo utilitarista.

Para entender estas afirmaciones, conviene revisar la evolución de las concepciones del riesgo con relación a la epidemia del sida. En un primer momento, los epidemiólogos tuvieron un papel primordial en la definición de la enfermedad y de los tipos de personas que la experimentaban. Las poblaciones que presentaban altos niveles de infección fueron definidas como "grupos de alto riesgo", que practicaban "comportamientos de riesgo".[9] Esta aproximación que llevó a la identificación de subgrupos enteros de la población como grupos "en riesgo", diferenciados de la población general por sus altos niveles de infección, desconoció que otras personas podían estar en riesgo como consecuencia de sus prácticas y no de su pertenencia a los denominados grupos de riesgo, y no diferenció "tipos de personas y comportamientos" dentro de un mismo subgrupo.

Un antecedente de la aproximación tradicional es el "modelo de las creencias en salud" ("Health Belief Model") desarrollado en la década de 1950 por psicólogos y especialistas en salud pública, en el que se reproduce la distinción entre la cultura médica popular y el saber científico. Las creencias populares pasan a definirse como falsas proposiciones, con la implicación casi obvia de que corregir estas ideas falsas es una prioridad de la salud pública

9. La categoría "grupos de riesgo" ha sido utilizada en los discursos biomédicos como un mecanismo simbólico para perpetuar divisiones sociales.

(Pravaz, 1995, pág. 37). Uno de los principales problemas con este tipo de análisis es que la educación en salud a menudo es pensada como la provisión de la información necesaria para lograr cambios en el comportamiento, cuando el proceso es mucho más complejo.

Para entender más claramente las implicaciones políticas de la noción de riesgo, es de fundamental importancia, como analiza Pravaz, reconocer el papel clave del conocimiento médico en los discursos sociales hegemónicos desde principios del siglo XIX. Históricamente la medicina ha desempeñado un papel significativo en la producción de tipologías sociales, sistemas de clasificación que facilitan la distinción entre lo normal y lo patológico, lo saludable y lo que produce enfermedad, que da legitimidad científica a diversas prácticas de control social. Desde el comienzo el sida es una enfermedad que ha significado la evidencia de un cuerpo "fuera de control". Contrasta "el individuo responsable de sí" con los "otros" externos, la gente y los grupos negativamente estereotipados e imaginados como distantes de sí.

Por ello, es necesario que las perspectivas epidemiológica y cultural acerca del riesgo no se consideren "intrínsecamente contradictorias sino complementarias" (Pravaz, 1995, pág. 30). Esto permite explicar, como ha sido postulado por Douglas, que "la selectividad y las contradicciones toleradas, usualmente no son fuertes signos de debilidad perceptual, sino signos de una fuerte intención de proteger ciertos valores y las formas institucionales que los acompañan" (tenemos, por ejemplo, la fidelidad como un valor de la institución del matrimonio). Esto es, si el riesgo no es "objetivamente" definido por las personas en general, no es porque no hayan logrado alcanzar ciertos criterios científicos idealizados, sino porque el riesgo es intrínsecamente un concepto cultural (Pravaz, 1995, pág. 35).

En esta línea de comprensión del riesgo, si hay unas prácticas legítimas y por lo tanto objeto de atención y prevención (como las que conducen a los embarazos no planeados), significa que hay otras carentes de legitimidad, que exponen a las mujeres a una mayor vulnerabilidad y desprotección (como las que llevan a las ETS/sida, por ejemplo) y convierten a estas prácticas en focos de enfermedad.

Sexualidad y género: dominios en interacción

Sistema sexo-género

Entendemos la sexualidad como un concepto comprensivo, que abarca la capacidad física para la excitación sexual y el placer (libido), así como los significados personales y socialmente compartidos que se asignan tanto al comportamiento sexual, como a la formación de las identidades sexual y de género (Dixon y Mueller, 1996, pág. 139). Gayle Rubin, en su conocido ensayo "The Traffic in Women: Notes on the Political Economy of Sex", define el sistema sexo-género como el "conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas" (Rubin, 1975, pág. 97).

Como han apuntado varias autoras, el género es una categoría construida "social, histórica y culturalmente. Es, la institucionalización social de la diferencia de sexo" (Santa Cruz *et al*., 1994, pág. 49). Esta categoría define las formas en que las personas deben estructurar sus vidas, es decir, seguir los roles socialmente aceptados y esperados, según sean mujeres u hombres y actuar de un modo femenino o masculino.

La asignación de tareas ha servido para sustentar las desigualdades sociales que subordinan a las mujeres, y la asimetría global que existe en las relaciones masculino/femeninas, en términos de roles sexuales (Barbosa y Villela, 1996). Asimismo, a menudo se utiliza la "reproducción para ligar el género con la sexualidad y explicar de esa manera la inevitabilidad y la naturalidad de la subordinación de las mujeres" (Vance, 1995, pág. 10).

Significados sexuales

Si bien la socialización para las mujeres se da a partir de patrones generales para todas, es necesario también considerar de qué manera sus experiencias de clase, edad, raza y etnia, entre otras, le imponen diferencias a los significados del ser mujer. Siguiendo esta lógica argumentativa, Gayle Rubin (1989) plantea que existe la práctica generalizada de tomar equivocadamente las propias experiencias sexuales y las del contexto como un sistema universal que debería funcionar para todas las personas; una especie de im-

perativo sexual, donde quienes se acerquen a él podrán disfrutar del ejercicio pleno de sus derechos. Por el contrario, las/os que se alejen del patrón normal verán cada vez más minadas sus libertades individuales y sociales.

Es así como respondiendo a la complejidad de la sexualidad humana, la experiencia sexual ha sido objeto, socialmente, de una jerarquización sexual que, según esta autora, define unas formas legítimas y otras ilegítimas de ejercer la sexualidad en sus dimensiones reproductiva y erótica.

Si se piensa esta jerarquización en forma de pirámide, en el caso de la reproducción, tendríamos una cúspide, considerada el sexo real, bueno, saludable y sagrado, donde se encontrarían todas aquellas prácticas dirigidas a la heterosexualidad monógama, estable, reproductiva y del ámbito de la casa. Para el caso del erotismo, encontramos una cúspide en donde se encuentran la homosexualidad (incluido el lesbianismo), monógama y estable, y la masturbación, entre otras. En la base de ambas pirámides se encuentra, no sólo la antítesis de la reproducción, sino el sexo definido como "malo, anormal, antinatural, dañino, pecaminoso y extravagante" (Rubin, 1989). Es decir, en la base se instala todo aquello que es objeto de sanciones y, por tanto, carece de legitimidad social y legal.

Esta idea es importante, pues si bien no es el objeto de esta investigación profundizar sobre las diversas formas del ejercicio de la sexualidad, sí es fundamental reconocerlas y nombrarlas, para lograr entender y superar el discurso médico hegemónico, que ha excluido algunas de sus prácticas y de sus teorías, con lo cual ha contribuido a mantener la sexualidad femenina como un equivalente de la reproducción.

Sexualidad femenina: reproducción y erotismo

La sexualidad entendida y definida como una dimensión compleja de la vida puede diferenciarse práctica y analíticamente en dos aspectos fundamentales: la reproducción y el erotismo. Sin embargo, tanto en los discursos (médico, religioso y estatal) como en las prácticas hegemónicas tradicionales, la sexualidad femenina se ha concebido fundamentalmente como equivalente de la reproducción a partir de su condición biológica de "reproductora" de la especie que, a través del sistema sexo-género, condiciona a las mujeres socialmente. De modo general, la reproducción pasa a ser el

único aspecto de la sexualidad femenina que se nombra, que opera a través del matrimonio como marco de la sexualidad lícita, con lo que se convierte, de esta manera, a la reproducción y su organización, en el eje principal de la diferenciación hombre-mujer (Vance, 1995).

Por su parte, el concepto de erotismo ha sido utilizado por diversos autores y desde diferentes perspectivas. Ya en 1957, en su libro *El erotismo*, Georges Bataille (1992, pág. 23) desarrolló una definición fundamental para entender el sentido de este concepto: "[...] Lo que diferencia el erotismo y la actividad sexual simple, es una investigación o búsqueda psicológica independiente del fin natural dado en la reproducción y el ansia por tener niños". Por lo tanto, el erotismo se define, justamente, porque se opone a la reproducción como fin y se caracteriza, además, por ser una experiencia consciente de la vida interior de las personas. El erotismo tiene que ver con aquello de lo que no se puede hablar o, cuanto menos, de lo que es difícil hablar y que no puede ser público: "Se trata de un tema prohibido" (Bataille, 1992, pág. 346).

El papel del cuerpo en la reproducción y el erotismo

Para profundizar en el dualismo existente entre reproducción y erotismo, podríamos tomar como modelo las formas, también dicotómicas, de conceptualizar el cuerpo en las grandes corrientes de la sociología,[10] que podrían explicar por qué hay rasgos distintivos en los modos en los que estos dos aspectos son vividos por las mujeres como "imágenes de cuerpo" diferentes (Llovet, 1996), y avanzar hacia la idea de que las mujeres sean antes que poseedoras de un cuerpo que "*da* hijos", poseedoras de un cuerpo que "*obtiene* goce".

El hecho de que las experiencias corporales estén jerarquizadas en cuanto a *reproducción* o *erotismo*, como producto de que algunas partes del cuerpo son *públicas* y otras *privadas* y de que algunas de sus funciones son socialmente *aceptables* e institucionalizadas, y otras moralmente *condenables* reafirma la idea tradicional que concibe la sexualidad femenina como un equivalente de la reproducción (González, 1997).

10. Para profundizar en este punto, véase Turner, 1992.

Nuestra propuesta es que estas coordenadas no tienen por qué asumirse como mutuamente excluyentes o incompatibles, puesto que existe entre ellas algún grado de integración teórica. "Más aún, si avanzamos en una perspectiva crítica del dualismo, deberíamos considerar la presencia de un sistema dentro del otro: la reproducción vivida como un hecho erótico y la maternidad como un deseo" (González, 1997, pág. 9).

Los procesos de negociación sexual en la pareja

La subordinación existente en algunos grupos sociales y tipos de relaciones de pareja tiene un papel importante en las posibilidades de cambio necesarias para que las mujeres controlen sus vidas sexuales, y los medios para protegerse de los embarazos no planeados y las ETS/sida. Las mujeres en el contexto de nuestra sociedad y de nuestra cultura, frecuentemente se ven obligadas a negociar el uso de los denominados métodos de barrera, especialmente el condón y los espermicidas, y enfrentan obstáculos que varían desde sus propias concepciones sobre la sexualidad (incluyendo las dimensiones reproductiva y erótica), hasta las de sus parejas, sus concepciones sobre el amor y los mandatos sociales y culturales relativos a esta particular esfera del comportamiento humano, manifestados en la distribución desigual de poder y roles entre hombres y mujeres.

Ana María Fernández (1994) en su libro *La mujer de la ilusión*, analiza cómo se ha dado a través de los años una especie de pacto sexual legítimo entre hombres y mujeres, que tiene como característica la "naturalización" o "afectivación" de la subordinación de estas últimas. Este pacto, según Fernández, ha tenido dos ejes entrelazados que son la dependencia económica y la heteronomía[11] erótica de las mujeres.

Entre los mitos sociales que han sostenido esta forma de pacto sexual, se encuentra "la pasividad erótica femenina, la mujer-madre y el amor romántico", y aunque puede afirmarse que no son uniformes para todas las mujeres, "mantienen aun hoy su plena productividad" (Fernández, 1994, pág. 18). De igual modo, se

11. Consideramos la heteronomía por contraste con la condición de autonomía.

comprueba la prevalencia de normas culturales profundamente arraigadas que conciben a las mujeres como pasivas e ignorantes respecto del sexo, y que mantienen el tabú de que la comunicación sobre este tema como una iniciativa de las mujeres es impensable, por consiguiente, la negociación de los métodos de barrera, particularmente el condón, es una tarea muy difícil para ellas (Gupta y Weiss, 1993, pág. 264).

De acuerdo con estas razones, las mujeres tienen dificultades para la prevención del contagio del sida –especialmente en cuanto al uso del condón– relacionadas con los discursos patriarcales y, entre ellos, el del "amor como sacrificio". En el campo de la prevención de las ETS, y particularmente del sida, esta afirmación puede tener un fuerte impacto sobre los grupos que vinculan el significado del amor y la confianza al no uso del condón, es decir, aunque con algunas variaciones muchas/os utilizan el condón con algunas personas, pero no con otras.

Discutir acerca del uso del condón en la casa es a menudo una experiencia no placentera para las mujeres, y puede ser considerada una expresión de infidelidad. Barbosa y Uziel (1996, pág. 4) afirman que "como base de la idea de la negociación sexual, está la premisa pragmática de que existe un proceso de negociación cuya visión es lograr acuerdos trabajables en relación con la adopción de comportamientos preventivos en cuanto al sida, y que tales comportamientos son, por alguna razón, inaceptables para una de las partes".

Por otro lado, si las relaciones entre los géneros se estructuran sobre la base de relaciones de poder asimétricas, lo cual es particularmente visible en las relaciones sexuales, las mujeres y todos los grupos que se encuentran en relaciones sociales que expresan poco poder, son especialmente vulnerables frente a situaciones como la epidemia del sida (Parker y Galvão, 1996, Mane, 1996). Surge, entonces, el empoderamiento como alternativa que implica controlar las fuentes del poder, es decir, controlar los bienes materiales, los recursos intelectuales y la ideología, que tradicionalmente han estado en manos de grupos que ostentan el dominio en razón de su raza, *género*, edad, nacionalidad, etcétera.[12]

12. "Los bienes materiales pueden ser físicos, humanos o financieros, tales como la tierra, el agua, los bosques, *los cuerpos de las personas*, el trabajo, el dine-

La tecnología disponible en doble protección

Analizar esta modalidad de protección implica conocer el estado actual de la tecnología disponible en cuanto a los métodos anticonceptivos que han de servir para este propósito y reconocer que aunque los estudios relativos al uso de la doble protección son limitados, se sabe que cuanto más eficaz es el método principal (DIU, anticonceptivos orales), menor es el uso constante del condón, cuando se practica la doble protección (Cates, 1996).

La información disponible, ampliamente revisada en el artículo de Tania Di Giácomo (1996, pág. 193), proviene de estudios experimentales, la mayoría *in vitro*, y de estudios observacionales. Los condones de látex, íntegros y no lubricados, impiden la transmisión de una gran variedad de bacterias y virus, causantes de las ETS, tales como la Chlamydia, el Gonococo, el Treponema Pallidum, el virus del Herpes simple tipo 2, y el VIH. "El grado de protección en todos los casos, sin embargo, varía en forma significativa con la consistencia de uso del método".[13]

Por otro lado, "los espermicidas que se han utilizado más ampliamente, contienen por principio activo un surfactante; el Nonoxynol 9 (N-9) es el más frecuente en Occidente. Esta sustancia ha demostrado su efectividad *in vitro* contra varios de los agentes que ocasionan las ETS, tales como el gonococo, el *Treponema pallidum,* y el HIV" (Di Giácomo, 1996, pág. 194). En cuanto a los otros

---

ro y el acceso a éste. Los intelectuales incluyen conocimientos, información e ideas. El control sobre la ideología significa habilidad para generar, propagar, sostener e institucionalizar creencias, valores, actitudes y comportamientos, determinando virtualmente la forma en que las personas perciben y funcionan en un entorno socioeconómico y político dado" (Batliwala, 1997, pág. 192).

13. Algunos estudios transversales y prospectivos sugieren que la utilización del condón en menos del 50% de las relaciones sexuales produce poca o ninguna reducción del riesgo de infección por el virus del sida, mientras que su uso en el 100% de las veces se asocia a índices prácticamente nulos de seroconversión. Como el uso correcto y consistente del condón ha sido poco frecuente en la población, entre las medidas coadyuvantes que se han llevado a cabo con el fin de aumentar su efectividad simultánea para la prevención del embarazo no planeado y de las ETS, se destaca el uso concomitante de espermicida (una excelente discusión comparativa de los principales estudios sobre seroconversión y uso del condón fue desarrollada por Alexander, 1990. Véase también Di Giácomo, 1996, pág. 193).

métodos de barrera, el uso del diafragma, por ejemplo, ya fue asociado a un menor riesgo de ocurrencia de gonorrea, de enfermedad pélvica inflamatoria y de cáncer cérvico uterino. Una nueva alternativa en anticoncepción y prevención de ETS, no disponible regularmente en Colombia, es el condón femenino. "Al recubrir toda la superficie vaginal además del cuello del útero, ofrece potencialmente mayor protección contra el embarazo y las ETS que los anteriores. De hecho, se mostró *in vitro* efectivo contra el paso del Cytomegalovirus y del HIV, y más resistente a rupturas que el condón masculino" (Di Giácomo, 1996, pág. 196).

En todo caso, el aumento de la transmisión heterosexual en los casos de sida entre las mujeres, legitima la promoción del uso del condón asociado al de espermicidas vaginales. Además, cabe destacar que en condiciones adversas al uso del condón, el recurso de los métodos de barrera femeninos como el diafragma asociado al N-9, puede ser una opción para las mujeres en menor riesgo potencial de infección por el virus del sida y de otros agentes causales de ETS.

En cuanto a su eficacia anticonceptiva, la píldora, el DIU y la esterilización siguen siendo los métodos a los que se les asignan mayores niveles de protección, a pesar de algunas críticas y controversias en este sentido.

IV. RESULTADOS

En este apartado se presentan en un solo cuerpo narrativo los resultados de las entrevistas realizadas a las mujeres así como algunos hallazgos de los grupos focales. Estos resultados se han organizado de acuerdo con los principales ejes de análisis considerados en la investigación. Resumen los elementos que son comunes a los cuatro grupos de mujeres planteados en el diseño y reconocen las diferencias más importantes entre ellas según sus niveles de escolaridad y su situación de pareja (unida/sin unión).[14]

Se presentan, además, los resultados de las entrevistas realizadas a prestadores de servicios, a través de las cuales se observan

14. Se habla de mujeres sin unión para referirse a aquellas que no conviven con su pareja en caso de tenerla.

los conocimientos, las creencias y los valores que influyen en el desarrollo de estrategias encaminadas a enfrentar el doble riesgo de los embarazos no planeados y de las ETS/sida. La presentación de estos resultados se ha ordenado en tres ítems. El primero resume los aspectos relativos a los procesos de información, comunicación y atención que se establecen durante la consulta médica; el segundo describe las concepciones y percepciones del riesgo que tienen los profesionales en el campo de la sexualidad (lo cual permite observar obstáculos para la práctica de la doble protección), y el tercero, los conocimientos y usos de la doble protección, con particular atención a algunas circunstancias abordadas en la entrevista.

Las usuarias

Sexualidad y género: los significados sobre los embarazos y las ETS

El embarazo y las ETS se asocian respectivamente, con la vida y la muerte. El primero es entendido como un "destino predeterminado por la naturaleza femenina" y las enfermedades como un "incidente inesperado". A partir de estas asociaciones, los embarazos no planeados y las ETS/sida (las explicaciones sobre sus causas, sus consecuencias, la percepción y la adopción de comportamientos preventivos), son asumidos de manera distinta.

Las enfermedades son percibidas por algunas mujeres como algo que se puede curar sin diferenciar entre curar y prevenir (por ejemplo, la citología es una forma de evitar las enfermedades). La idea de la enfermedad como algo que se puede tratar se asocia con la aceptación de que es algo que puede sucederle a cualquiera y en cualquier momento. Las formas de transmisión del sida más nombradas por las mujeres son las no sexuales.

> Pregunta: Más fácil de evitar: ¿el sida, una enfermedad o un embarazo?
> Respuesta: Pues el embarazo, porque uno se cuida y todo, con los preservativos, que no vaya a tener el niño; en cambio el sida puede ser con una transfusión o alguien que uno está seguro de que no tiene la enfermedad" (escolaridad baja, unida, inyección, 20 años).[15]

15. Se indican para cada entrevistada entre paréntesis las siguientes carac-

Sólo entre las de escolaridad alta sin unión se empieza a percibir la aceptación de la idea de que pueden existir relaciones por fuera de la pareja, y por lo tanto, que la protección es necesaria.

Otra de las connotaciones que aparece respecto del sida es el hecho de que puede ser causa de discriminación, por lo cual es considerado como más preocupante que un embarazo no deseado u otra ETS. En cuanto a la información acerca de la prevención de ETS/sida, todas las entrevistadas saben que se da mediante el uso del condón. Sin embargo, de las tres mujeres que usan el preservativo, sólo una lo utiliza en todas sus relaciones sexuales. Las otras dos preven que dejarán de usarlo cuando la relación se "estabilice", pero mencionan que lo utilizarían en una relación ocasional.

La información acerca de las formas de contagio y prevención de las ETS es mayor entre las mujeres de escolaridad alta y sin unión. El sida es la más conocida por todas las entrevistadas. La percepción del riesgo de contraer esa enfermedad se relaciona con su visión acerca de las distintas formas de contagio del sida, algunas de las cuales son consideradas poco controlables por los sujetos. A pesar de tener información suficiente y de afirmar que todas las personas están expuestas al sida o a una ETS, la principal preocupación de las mujeres es el embarazo no deseado.

El embarazo es aceptado como algo que es propio de las mujeres, por lo cual se asume su prevención. En cambio, la prevención de las ETS es delegada en los varones, por ser consideradas enfermedades propias de los hombres. Cabe destacar que las mujeres entrevistadas tienen un discurso contradictorio respecto del riesgo ETS/sida. Mientras reconocen que todo el mundo está en riesgo, incluidas ellas por el posible comportamiento de sus parejas, adoptan escasas conductas preventivas o incluso, en determinados momentos, niegan la existencia de ese riesgo.

El embarazo es asumido de manera natural y las ideas de la maternidad son reforzadas por una concepción de la reproducción como designio divino, que obliga a tener los hijos que "Dios mande". Aun en casos de voluntad expresa de controlar el número y espaciamiento de los hijos se acepta el embarazo si ha fallado el método. Todos estos significados sobre la maternidad se presentan

terísticas: nivel de escolaridad, situación de pareja, método anticonceptivo que usa actualmente y edad.

en las usuarias sin distinción de edad. El nivel de escolaridad hace una mínima diferencia.

> A ver, para mi la maternidad, yo pienso que para todo el mundo la función de la mujer es traer hijos al mundo y parir, y ya, eso es todo lo que es una mujer. No, yo pienso que eso es el complemento de sentirse satisfecha de que es mujer (escolaridad alta, sin unión, píldoras, 17 años).

> PREGUNTA: Pero entonces, ¿por qué quería tener hijos?
> RESPUESTA: Porque me gustaba, digamos que lo mismo que cuando era niña jugar a la mamá con mis muñecas, pero así una razón concreta no tenía [...] (escolaridad baja, sin unión, ligadura, 44 años).

Si bien en algunos casos se ha observado que la maternidad ya no es vista como la única función de la mujer, todavía existe cierta ambivalencia frente a la posibilidad de que haya mujeres que no desean tener hijos.

La percepción sobre la maternidad y el embarazo también está influenciada por las escasas perspectivas personales que su nivel educativo y la situación socioeconómica actual les ofrece. En síntesis, la maternidad ocupa un lugar muy importante (y a menudo el más importante) en la vida de las mujeres entrevistadas y suele ser un hecho que une y consolida la pareja.

La pareja estable constituye una seguridad al momento de continuar con un embarazo no planeado. Algunas mujeres que formalizaron su relación de pareja a partir del embarazo, interrumpieron sus estudios y/o abandonaron sus trabajos, para dedicar tiempo al trabajo doméstico y al cuidado de los hijos. Entre las mujeres sin unión, de escolaridad baja, no se cuestiona la maternidad y se "planifica" menos que entre las mujeres unidas. Pareciera que el hecho de no tener pareja o no convivir con ella hace que el uso de métodos anticonceptivos no sea visto como algo legítimo.

La duración de la relación de pareja también influye en la percepción que se tiene del riesgo de adquirir ETS/sida y del riesgo de un embarazo no deseado, así como sobre los significados que se les atribuye a ambos. En el caso de las mujeres que tienen uniones recientes, la percepción de riesgo de enfermedad es prácticamente "inexistente", pues se confía plenamente en el compañero. Sin embargo, esta confianza no se basa en acuerdos frente a la prevención, dado que la confianza y la fidelidad son presupuestos inherentes a la unión.

Por su parte, las entrevistadas que tienen uniones más prolongadas, tienen la idea de que las mujeres casadas están expuestas a enfermedades, pues no conocen el comportamiento sexual de sus parejas. Oscilan entre presumir que sus compañeros son fieles y afirmar que los hombres en general son infieles.

> Las mujeres se protegen más, o sea, lo digo por mí, pues yo me protejo [...] bueno me protejo y no me protejo [...] porque uno está con su pareja y uno no sabe a la larga en qué pasos anda su pareja (escolaridad alta, unida, condón, 25 años).

> PREGUNTA: ¿Usted personalmente se ha sentido en riesgo o en peligro de adquirir una enfermedad de transmisión sexual?
> RESPUESTA: No, pero uno de verdad no sabe. El problema de los hombres es que ellos se meten en cualquier parte, y más si están tomando no saben con quién están, y después se lo transmiten a la esposa, que es lo que más está ocurriendo hoy en día, las que están pagando el pato ahora son las señoras de las casas que nunca salen ni nada (escolaridad baja, unida, ligadura, 58 años, más de treinta y cinco años de unión).

En síntesis, la confianza en la fidelidad de sus compañeros y/o las dificultades para hablar y negociar la prevención operan como mecanismos invisibilizadores del riesgo. También se perciben en bajo riesgo de las ETS por el hecho de no haberlas padecido (por lo que se cree que es algo que no puede sucederles) y porque no tienen relaciones fuera de su pareja.

Todas estas ideas ponen de manifiesto que para las mujeres, especialmente aquellas de escolaridad baja, la planificación familiar no depende pura y exclusivamente de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos. Es importante tener en cuenta que la maternidad es frecuentemente su único proyecto de vida.

Entre las mujeres no convivientes, los hijos pueden constituir una forma de consolidar la unión. De los relatos de las mujeres más jóvenes se deduce que confían en que la paternidad haga a los hombres más responsables. Por otra parte, se ha observado que la no protección frente a embarazos no deseados se sustenta también en ciertos mitos, como el de que la gente joven no se embaraza. De otro lado, el mandato social de tener al menos dos hijos (la "parejita") explica en ocasiones las relaciones sin protección, promovidas por los familiares. Por su parte, las mujeres de escolaridad al-

ta sin unión adoptan las decisiones reproductivas con mayor independencia de las parejas y de los prejuicios sociales.

Percepción del riesgo y situaciones de vulnerabilidad

Como hemos visto, existe una cierta "escala de riesgos": el sida constituye la situación más grave, por sus connotaciones de muerte. A pesar de esto el comportamiento preventivo es más activo frente al embarazo que al sida. Esta aparente paradoja se explica por el hecho de que las mujeres se perciben más expuestas a quedar embarazadas que a contraer esta enfermedad, y también porque el riesgo de embarazo es aceptable para ellas.

> PREGUNTA: ¿Se ha sentido en riesgo de adquirir una ETS?
> RESPUESTA: No pero de pronto uno piensa, porque dicen que llegando el año 2000, una persona de cada familia tendrá el sida, y eso yo lo tomo así como un juego con mis hijas, "ay, de pronto usted es la que resulta con sida, o yo", pero lo hablamos en broma, no hemos pensado en serio en eso que de pronto alguna tengamos el sida (escolaridad baja, sin unión, ligadura, 38 años, hijas adolescentes).

Un elemento que parece explicar la baja percepción de riesgo de ETS/sida es la convivencia con una pareja, situación que invisibiliza el riesgo de la transmisión sexual, en tanto las mujeres presuponen la fidelidad de sus compañeros. En cambio los testimonios muestran preocupación por otras formas de contagio como, por ejemplo, la transfusión sanguínea.

En cuanto a la aceptabilidad del riesgo de embarazo se observa, ante un embarazo no planeado, la primera reacción es la culpa (sentimiento que es reforzado por la actitud de sus compañeros), pero luego se acepta la maternidad y los hijos, como hecho natural que sustenta la identidad femenina.

Situaciones de vulnerabilidad

El concepto de situaciones de vulnerabilidad se refiere a una serie de factores tanto biológicos como sociales y culturales que forman parte de los significados y las percepciones de las mujeres con relación al riesgo y sirve para ampliar la concepción tradicional del denominado riesgo objetivo del modelo biomédico, de tal

modo que los profesionales puedan identificar potenciales usuarias de la doble protección, desde una óptica que supere los denominados "grupos de riesgo".

El riesgo es asociado por las entrevistadas con las mujeres solteras, la promiscuidad[16] y las relaciones extramaritales sin protección, debido a la concepción tradicional que tienen de los grupos y prácticas de riesgo. A los grupos de riesgo generalmente estigmatizados (homosexuales, población promiscua, trabajadoras sexuales), las entrevistadas agregan a las jóvenes, a las mujeres solteras y a los hombres en general. Las mujeres casadas no se sienten incluidas en los grupos de riesgo, aunque también expresan dudas respecto de la fidelidad de sus compañeros, especialmente las de mayor nivel de escolaridad.

> PREGUNTA: ¿Se ha sentido en riesgo de adquirir una ETS?
> RESPUESTA: Pues sinceramente no, porque como yo digo, uno confía en su esposo, a pesar de que yo soy consciente de que de pronto, pero no [...] Ésta es la enfermedad de moda, más que todo sucede en los hombres heterosexuales y en los homosexuales, entonces ahí viene el contagio, ahorita se está propagando y uno no está prevenido ni nada (escolaridad alta, unida, condón, 35 años).

> PREGUNTA: ¿Por qué dice, aparentemente uno sabe que su esposo es fiel?
> RESPUESTA: Pues sí, porque, en el caso mío, él esta lejos, allá está rodeado de muchos hombres, que sé yo, una deslizadita, y de todas maneras yo digo que la mayoría de los hombres tienen sus aventuras [...] No sé, de todas maneras así como Dios lo creó a uno, que uno para el hombre que el hombre para la mujer, de todas maneras uno es una persona que acepta las cosas, desafortunadamente sobre todo las mujeres, *así es la ley y así es la tradición, y así nos quedamos y la tradición seguirá y seguirá* (escolaridad alta, unida, condón, 25 años).

La percepción del riesgo también se asocia con las prácticas sexuales y la frecuencia de éstas. Con respecto a las prácticas, su percepción está marcada por argumentos morales y por las preferencias de sus parejas y no por el hecho de que puedan ser perjudiciales para la salud. En cuanto a la frecuencia de las relaciones,

16. Término utilizado por las entrevistadas con el significado de tener múltiples parejas simultáneamente.

las usuarias perciben que las relaciones esporádicas conllevan un menor riesgo tanto para el embarazo como para las enfermedades.

Las situaciones de vulnerabilidad descriptas por las mujeres pueden agruparse en cinco categorías:

- *Situaciones asociadas con los métodos*: los cambios de método, escaso reconocimiento de la propiedad de algunos de ellos para la prevención de enfermedades, problemas para el acceso a métodos y falla de estos.
- *Situaciones asociadas con la relación de pareja*: uniones no estables (comúnmente asociadas a las mujeres solteras), el amor como un factor protector y el placer como riesgo, desconocimiento del comportamiento sexual del compañero y dificultades para negociar el uso del condón, y la violencia.
- *Situaciones de contingencia*: el riesgo de las enfermedades inherente al hecho de estar vivos ("todas las personas están en riesgo"), la mala suerte, la creencia de que es imposible evitar la transmisión sanguínea del VIH/sida.
- *Situaciones relacionadas con las características individuales de las personas*: la inconciencia, la presunción de infidelidad de los varones como grupo social y la irresponsabilidad.
- *Situaciones asociadas con actos, comportamientos y prácticas sexuales*: el sexo anal, el sexo oral (prácticas que al no estar asociadas con la reproducción no son consideradas normales por las entrevistadas); las relaciones extramatrimoniales, la infidelidad y la promiscuidad.

A pesar de afirmar y reconocer incluso con certeza que están expuestas al riesgo de ETS/sida, las mujeres no adoptan conductas preventivas que implicarían negociar con sus parejas acerca de los comportamientos sexuales y el uso de los métodos. Como han mostrado numerosos estudios, la relación entre conocimientos (información), actitudes y prácticas, no es lineal.

En el caso de las mujeres sin unión la prevención resulta más difícil pues se trata de relaciones imprevistas y ocasionales, y a la creencia de que las relaciones esporádicas no entrañan mayor riesgo de embarazo.

Los métodos anticonceptivos más utilizados en estas relaciones esporádicas son los óvulos, el condón y el *coitus interruptus.* Aun cuando son percibidos como los métodos más inseguros se los

considera los más apropiados para mujeres que no tienen pareja estable.

Otro factor importante que crea una situación de vulnerabilidad para las mujeres es la violencia por parte del varón que conlleva la imposición de prácticas sexuales sin protección.

Entre las mujeres, especialmente las solteras, la aceptación del riesgo es considerada como prueba de amor y compromiso.

> ¿Protegerse de las enfermedades? Yo sí les recomendaría a todos que utilizaran el condón, porque uno en esta vida no está libre de nada, y además hay mucha gente contagiada, y uno no puede saber en qué momento la pareja de uno [...] Y yo también lo haría, pues yo sinceramente no lo hago porque él se sienta bien [...] Yo me pongo en riesgo por él (escolaridad baja, sin unión, condón, 16 años).

Para algunas entrevistadas el riesgo de ETS es mayor entre las personas de estratos socioeconómicos altos ("la gente de sociedad") lo cual contribuye a su baja percepción de riesgo. Esta asociación parece deberse a la idea del placer como algo mundano y que se obtiene por dinero.

> PREGUNTA: ¿Qué otro grupo conoce, a quién le da más una enfermedad venérea?
> RESPUESTA: De pronto, la gente de sociedad, que están con varias, sí, porque como ellos dicen que la plata manda [...] Claro, puede disponer de las cosas [...] El pobre tiene menos posibilidad de tener las enfermedades, yo creo [...] (escolaridad baja, unida, condón, 40 años).

Un último factor que dificulta la adopción de conductas preventivas de las ETS/sida es que las mujeres esterilizadas no ven la necesidad de proponer a sus parejas el uso del condón.

> Si yo no estuviera ligada me protegería de todas maneras, pues le insistiría a él que usara el condón, pues es como lo más sencillo de usar. Pero no lo ha usado porque él dice que no le gusta. Y estando ya así con la operación pues no sé; hasta ahora he estado segura de que no va a haber embarazo, *jamás* he pensado en que yo voy a usar alguna cosa (escolaridad baja, unida, ligadura, 40 años).

Percepciones y usos de los métodos anticonceptivos

> [...] Es que a la gente como que le molesta conversar de esos temas, entonces prefiere usar un método que no tenga que andarlo conversando siempre, como decir el condón por ejemplo, tienen que conversar del condón cada vez que tengan una relación, en cambio la T no (escolaridad alta, unida, inyección, 20 años).

Con relación a la percepción que tienen las mujeres de los métodos anticonceptivos encontramos en un extremo aquellos considerados "más cómodos"[17] en tanto no interfieren con el coito, no necesitan acciones diarias encaminadas a su uso (como sí lo requieren el condón y la píldora) y son más seguros en términos de prevención de embarazos. Ellos son el DIU, el Norplant y la ligadura. En el otro extremo, están los "más incómodos", el condón y los óvulos, en tanto no cumplen las características descriptas y se asocian –particularmente el condón– con la prevención de enfermedades. Este último, además, es considerado un método inseguro en términos anticonceptivos, cuyo uso es transitorio y previo a la elección de un método "serio".

El condón es un método cuya percepción es contradictoria: a pesar de las ya referidas menciones a su incomodidad, se destaca que es un un buen método porque protege de las ETS y no produce efectos secundarios. A pesar de esto, su uso está librado a la aceptación por parte del hombre.

Después del primer hijo, es común que las mujeres empiecen a consultar con terceros (madre, amigos y profesionales de la salud) acerca de qué método utilizar en adelante. Uno de los factores que influye en la elección del método es la existencia de "tradiciones" de uso de métodos en las familias de las mujeres.

> [...] El único método que me servía era la T, porque lo que tenía que ver con pastas o inyecciones me perjudicaba, por lo que tengo la tensión alta, y porque mi mamá también duró usándola veinticuatro años y nunca llegó a quedar embarazada ni le pasó nada y por eso toda mi familia la usa (escolaridad alta, unida, DIU, 25 años).

17. El que sean percibidos como los más cómodos, no significa que sean los más utilizados.

Si bien el uso de los métodos anticonceptivos está bastante difundido y aceptado, para algunas mujeres aún pertenece al ámbito de lo privado y la intimidad. Aún aparecen ideas que asocian los métodos en general con la infidelidad; todavía se oculta su uso por machismo de los hombres (asociado con ignorancia) o porque las mujeres no se sienten capaces de negociar el número de hijos.

Vale la pena resaltar que para las mujeres, la religión no es un obstáculo en las decisiones sobre la planificación familiar. La planificación familiar es reconocida por todas las usuarias como un derecho, en primer lugar, de la pareja y, en segundo lugar, de la mujer, aunque a menudo la decisión final descansa en la mujer. Cabe señalar que la noción de derecho se confunde con la responsabilidad y con la obligación. Se habla de derecho como deber (ante la situación económica precaria) y como conciencia moral (no es justo con los hijos: con terceros), no como opción.

La mayoría opta por la planificación, no tanto como un deseo o porque estén pensando en mejorar su nivel de vida personal, sino por la situación económica que dificulta la educación y manutención de los hijos. En cambio, para las mujeres con más alto nivel de escolaridad, la planificación familiar es una forma de autocuidado y placer. Entre ellas se observan cambios frente a la sexualidad y el uso de métodos. Para ellas, la planificación familiar es una responsabilidad compartida, idea que es cada vez más común: si el placer es compartido, la responsabilidad también debe serlo.

La percepción sobre los efectos secundarios de algunos métodos es tan negativa que muchas entrevistadas, paradójicamente, prefieren usar métodos considerados menos efectivos (óvulos, *coitus interruptus* y ritmo) antes que exponerse a las consecuencias negativas derivadas del uso de métodos modernos. La persistencia de mitos con respecto a los métodos es más frecuente entre las mujeres de menor escolaridad y las jóvenes.

> De la pastilla sí he oído hablar, cuando fui a la charla sí la oí, es una pastilla más o menos pequeña, ahí le explican a uno que la pastilla es totalmente [...] mejor dicho es que eso no protege nunca, porque si uno la tiene que usar todos los días esté o no esté con la pareja, pues quiere decir que eso no protege nada y en cualquier momento uno puede quedar en estado y también uno mismo se está dañando el organismo. Si eso fuera una cosa que protegiera uno no tendría que usarla todos los días (escolaridad baja, sin unión, ligadura, 33 años).

Las jóvenes también expresaron temores respecto de la esterilidad futura que provocaría el uso del DIU en aquellas que no han tenido hijos. Esto explicaría que el ritmo o el *coitus interruptus* sean los métodos más usados por las mujeres jóvenes. Dada la negativa de los varones a usar el condón es frecuente que las jóvenes se embaracen antes de iniciar el uso de métodos "artificiales".

Las mujeres esterilizadas no refirieron cambios en sus relaciones de pareja o mencionaron que éstas habían mejorado, dadas la tranquilidad, comodidad y seguridad que ofrece la ligadura. Asimismo, una vez que se opta por un método seguro es difícil negociar el uso del condón aunque no se plantee como "doble protección" sino como "refuerzo".

> PREGUNTA: ¿Le han mandado alguna vez refuerzo?
> RESPUESTA: A mí me dijeron, pero es que yo no he tratado de hacer eso. Yo no lo he usado porque así no más me siento segura [...] él me dijo que entonces para qué eran los dispositivos si eso era lo más bueno que había (escolaridad baja, unida, DIU, 17 años).

Entre las mujeres de escolaridad alta y sin unión existe la certidumbre de que todos los métodos no son 100% seguros, lo que facilitaría el uso de un método adicional como "refuerzo" ante un posible embarazo. Entre ellas, el uso de los métodos de "planificación en serio" se inicia por criterio médico o consulta de orientación, en contraste con las mujeres de escolaridad baja quienes usualmente acuden a droguerías, aunque en general la adopción del método está guiada por un tercero. También es común que las mujeres sin unión experimenten diversos tipos de métodos antes de tomar la decisión definitiva y que existan, independientemente de su nivel de escolaridad, prejuicios en torno al tema.

> [...] Porque la vida íntima es algo como muy reservado. La gente casi no habla de eso, porque todavía es como un tabú y a la larga es algo muy íntimo para hablarlo con todo el mundo.

> PREGUNTA: ¿Y si estuvieras casada?
> RESPUESTA: Pues sería más tranquilo, porque si tú estás casada lo más natural es que tengas tus relaciones sexuales, mientras yo no estoy casada, estoy soltera, y todavía hay muchos prejuicios (escolaridad alta, sin unión, óvulos, 24 años).

Hacia la prevención y la doble protección

Una de las dificultades para que las mujeres desarrollen habilidades encaminadas a la doble protección es que el uso del condón, en el marco de relaciones desiguales de poder, es una decisión que ellas no pueden controlar.

> Pues realmente el que tiene la oportunidad de protegerse es el hombre, porque la mujer poco se puede proteger, porque dicen que existe un condón para la mujer, pero yo digo que entre mil uno lo usarán, entonces por eso [...] Bueno, las mujeres están pendientes más de ir al médico y estar pendientes de sus órganos, más que los hombres, pero están más expuestas por la falta de método (escolaridad alta, unida, ligadura, 38 años).

Por otra parte, no existe una clara cultura de la prevención frente a las ETS, las que sólo se asumen cuando aparecen y, por lo tanto, se tratan pero no se previenen. Aunque el uso del condón con fines anticonceptivos podría servir indirectamente para la prevención de ETS/sida, esta situación no es algo que se dé automáticamente puesto que el *modo de uso* del condón es diferente: cuando se lo utiliza para espaciar o limitar los nacimientos no es necesario usarlo durante todo el ciclo, mientras que si la finalidad es prevenir las enfermedades se lo debe usar en cada relación de riesgo.

> Nosotros lo utilizábamos cuando íbamos a tener nuestra relación, nunca pensamos aquí evitamos el embarazo y aquí evitamos alguna enfermedad.
>
> PREGUNTA: ¿Pensaban en embarazo únicamente?
> RESPUESTA: Sí (escolaridad alta, unida, condón, 35 años).

Entre las personas o situaciones que, a juicio de las entrevistadas, requerirían la doble protección se destacan las mujeres que presumen la infidelidad del esposo ("que saben que es 90% infiel"), las mujeres jóvenes (adolescentes asociadas al desorden y la irresponsabilidad) y las mujeres que no tienen uniones estables.

Las formas de prevención y protección identificadas por ellas pueden agruparse de la siguiente manera:

- *En relación con la pareja*: unión permanente o lazo conyugal como sinónimo de seguridad, protección y confianza (independientemente de los riesgos que asuma el esposo o compañero), monogamia, confianza en la fidelidad del esposo.
- *En relación con ella misma*: tener acceso a la información necesaria, tener amor a sí misma (autocuidado) y a los otros.
- *En relación con los métodos*: utilizar el condón para la prevención del sida y de las ETS, usar "métodos" para evitar embarazos no deseados y elegir el método según el estilo de vida.
- *En relación con las prácticas, los actos y los comportamientos sexuales*: el aborto como forma de resolver un embarazo no deseado, el "cuidado" por parte de los hombres (que eviten estar "con cualquiera" y sentarse en baños públicos y puestos calientes como sillas de autobús), no tener relaciones distintas a las coitales, no tener relaciones prematrimoniales, "educarse como antes" (las abuelas: sólo tenían relaciones con sus esposos) y ser aseadas.

Las mujeres tienen más claras sus habilidades con respecto a la prevención de los embarazos que de las ETS, ya que éstas dependen del comportamiento de sus parejas. Por otra parte, es poco lo que las mujeres, especialmente las de baja escolaridad, saben acerca de sus formas de transmisión y prevención. Las ETS más mencionadas fueron el sida, la sífilis y la gonorrea.

> PREGUNTA: Sobre el sida ¿qué sabe?
> RESPUESTA: Ni pío, o sea, lo mencionan y lo mencionan, pero de ahí para allá, no sé nada, nunca le he preguntado a nadie, ni cómo se contagia, nada (escolaridad baja, sin unión, ligadura, 27 años, seis hijos).

Se observa, además, una contradicción. Por una parte, estas mujeres dicen que los hombres y las trabajadoras sexuales son quienes más se protegen de las ETS. Por otra parte, sostienen que son ellas quienes más se protegen puesto que tienen una sola pareja y porque como mujeres son más "cuidadosas". En general, para las mujeres casadas, y en particular las de baja escolaridad, la unión opera como un factor protector y el uso del condón se piensa más en términos de refuerzo anticonceptivo que de prevención frente a las ETS.

> Sí, yo inconscientemente sin pensar en eso, vea que yo tenía el aparatico[18] y fuera de eso usaba los óvulos, pero yo pensaba en el aseo, yo nunca pensé en enfermedades venéreas (escolaridad baja, unida, ligadura, 58 años).

En síntesis, la utilización de la doble protección no es una alternativa viable para la mayoría de las entrevistadas, quienes no se sienten en una situación de riesgo que amerite usarla o piensan que sugerir su uso implicaría mostrar la desconfianza en la pareja o la aceptación de que ellas mismas son infieles. Una alternativa posible para estas últimas sería plantear el uso del condón como parte del juego sexual, para evitar la desconfianza por parte de la pareja. Algunas de las entrevistadas de mayor escolaridad refieren tener un pacto con su pareja de usar el condón en las relaciones extramaritales, reconociendo, así, que no son las relaciones sexuales en sí mismas lo problemático sino la falta de protección.

Prestadores de servicios

> *La revolución simbólica se mueve a la velocidad instantánea porque la mueve el deseo de quien la hace, pero para realizarla es necesario un trabajo lento y fatigoso. Cuanta más fatiga hay en la creación de mundo nuevo, más trabajo fecundo hay.*
>
> Roberta Tatafiore, *Luisa Muraro. Rivoluzionaria del simbolico*.
> "NoiDonne" 64 (julio-agosto de 1993) 66[19]

Comunicación, información y atención

Con relación a la historia clínica, se observó que de rutina no se consigna información sobre comportamientos y prácticas sexuales de riesgo, placer, conocimiento sobre la prevención de ETS/sida, orientación sexual, violencia y negociación sexual, entre otros. Esta información sólo es requerida por el profesional, si el motivo concreto de la consulta de la usuaria tiene que ver con estos temas.

18. Se refiere al DIU.

19. Rivera, M. M.; "Partir del Sí", en *Revista el Viejo Topo*, Nº 73, marzo de 1994.

> Yo por lo menos, sobre todo desde que se empezó la historia nueva, hice una observación que nunca calo, y es que en esa historia nueva no se incluye la vida sexual (ginecólogo, 41 años).

Sin embargo, para uno de los ginecólogos es muy importante indagar acerca de la vida sexual de las mujeres para recomendar adicionalmente el uso del condón. Entre las pacientes que recurren al control con continuidad, se abordan con más frecuencia los temas relativos a enfermedades (por lo general relacionadas con los efectos secundarios de los métodos), pero no necesariamente sobre ETS. El tema de las ETS sólo se aborda si sale en la consulta, bien sea porque es el motivo específico de ésta o porque el profesional detecta factores de riesgo, como "promiscuidad".[20] Respecto de las indicaciones que sobre las ETS/sida se les da a mujeres usuarias de métodos de alta eficacia anticonceptiva, sólo una de las enfermeras plantea que aunque el método sea muy eficaz, generalmente recalca que deben usar el condón y poner atención en el comportamiento sexual de su compañero.

Por otro lado, se observan dificultades para establecer diálogos con las usuarias, pues los médicos tienden a descalificar los saberes populares e inclusive los significados que las personas atribuyen al comportamiento sexual.

> Pues generalmente la mujer es sumisa, desafortunadamente no exige [...] he tenido pacientes, por ejemplo, con unos argumentos a veces como medio tontos, medio locos, medio raros, en que dicen que perder la semilla, es no sé cuantas cosas, que me parece que son medio inocentes, poco fundamentadas ante una situación tan grave como haber tenido una enfermedad [...] (ginecólogo, 41 años).

Para los prestadores, el énfasis en las propiedades anticonceptivas de los métodos responde a que uno de los objetivos principales de la institución es la planificación familiar, a pesar de sus concepciones sobre servicios integrales de salud sexual y reproductiva. Igualmente, los profesionales enfatizan más las ventajas anticonceptivas de los métodos porque consideran que no se cuenta con mucho tiempo durante la consulta y, en general, se atiende

20. Este concepto es utilizado por los profesionales sin aclarar el contenido atribuido al término.

la necesidad "sentida" por las usuarias que se refiere a la planificación.

Por otro lado, el conocimiento que tienen los prestadores sobre la problemática del embarazo no planeado (su magnitud y significado) es escaso, lo que limita su abordaje. La atención en caso de embarazos no planeados se orienta a apoyar la decisión de la mujer y se le sugiere que hable con la pareja, independientemente de que sea o no unida. Se les explican los efectos físicos y psicológicos de la interrupción de un embarazo, y, además, los profesionales expresan sus opiniones éticas, personales, legales, profesionales y religiosas sobre el aborto, a pesar de lo cual concluyen que la decisión debe ser personal y libre. Sólo una de las profesionales no contempla alternativas frente al embarazo no planeado y cuando éste se presenta, la mujer es remitida a ginecología para el control prenatal. Si la decisión es la interrupción se le orienta para que no ponga en peligro su salud y se le brinda apoyo psicológico. A pesar de esta situación, los profesionales reconocen que no tienen suficientes recursos de formación profesional (no saben dar apoyo psicológico) ni tiempo para dedicar a una situación de este tipo.

> Yo como médico, como persona natural, como empleado de una institución en ningún momento le voy a recomendar que interrumpa un embarazo ni estoy de acuerdo con eso, pero lo que no quiero es que usted esté después en una unidad de cuidado intensivo muriéndose por una práctica abortiva mal hecha (ginecólogo, 41 años).

Por su parte, la atención a usuarias que consultan por ETS, se orienta al tratamiento oportuno que incluye el uso del preservativo para evitar nuevos contagios. Si el contagio ha sido de tipo sexual se les sugiere el uso del preservativo en sus próximas relaciones en tanto se reconoce la posibilidad de adquirir el VIH y la existencia de situaciones que las hacen vulnerables para adquirir enfermedades en el futuro. Algunos se limitan a dar una información más de carácter técnico sobre los métodos y las características de las enfermedades, pero otros les recomiendan hablar con el compañero, a pesar de que persisten temores sobre la forma de manejo de la intimidad de las parejas.

> De pronto ese descuido que tenemos nosotros de no informarle a la pareja, sino el rechazo inicial. Cuando está infectada una mujer la

actitud inicial es despedir a la pareja y no más, no informarle al contacto y que ese contacto le informe a los contactos, en eso nos falta mucha educación (ginecólogo, 41 años).

Pero uno trata al máximo de que la señora no se vaya por ejemplo a formar una trifulca; yo por ejemplo les digo generalmente "sí señora", pero entonces se tiene que tratar, usted se tiene que cuidar de ahora en adelante, pero no le hago mucho énfasis en que es él, pero que se cuide ella para que de pronto no vaya eso a desencadenar en un problema gravísimo de la pareja [...] porque entonces que tal que evitemos las enfermedades de transmisión sexual y la vida de pareja se vuelva una locura [...] el fin es que no haya enfermedades de transmisión sexual, pero que siga su pareja bien (enfermera, 35 años).

En general no se cuenta con mucha experiencia en la atención y el tratamiento de usuarias portadoras de VIH o con sida en su práctica profesional y la información no es integral.

[...] Realmente en la consulta ginecológica, la paciente va con un problema ya muy dirigido, tan dirigido que hace un tiempo nosotros no hacíamos un examen físico completo [...] pero sí es conveniente hacer todo el examen físico, porque se debe tomar al paciente como un ser integral y no como una patología nada más. Uno no habla del paciente que tiene flujo sino del flujo o la enfermedad pélvica (ginecólogo, 41 años).[21]

Se aprecia que la información dada a los jóvenes se adecua más a su vida, es más personalizada, e incluye indicaciones completas y explícitas sobre todos los métodos anticonceptivos. Por su parte, la información dada a las adultas, algunas veces es más general y parte del supuesto de que ellas tienen cierto grado de información. En conclusión, la información es más de tipo técnica (eficacia de los métodos, epidemiología de las enfermedades, aspectos fisiológicos) y menos relacionada con aspectos como la negociación y la comunicación. Los médicos, en especial los ginecólogos, argumentan que proveen una atención focalizada y que hay otros profesionales especializados que deberían ocuparse de los aspectos "no técnicos".

21. Nótese que se utiliza el género masculino para describir una situación que sólo afecta a las mujeres.

> Pues sí, eso es parte de una formación profesional, y en esta vida donde cada vez hay más especialistas, no se va uno a meter en una cosa que es complicada, es etérea, no me da resultados, no me está gratificando inmediatamente, es difícil y fuera de eso hay otro que le gusta más eso y que sabe más, por esa parte (ginecólogo, 38 años).

Esta creencia dificulta la promoción de la práctica de la doble protección.

Las concepciones y percepciones del riesgo

Las actividades de prevención desarrolladas por los prestadores están influenciadas por los costos diferenciales que ellos atribuyen, en forma de escala de riesgo, a las ETS, el sida y los embarazos no planeados. El sida es lo más grave en tanto puede terminar con la vida, la persona es objeto de sanciones sociales (es distinto contagiarse por vía sexual que por una transfusión), es discriminada y su tratamiento implica elevados costos económicos. El embarazo, en segundo lugar, sea que se determine su interrupción o se decida continuar con él, deja secuelas para toda la vida y, por último, la enfermedad es pasajera en tanto se soluciona con un tratamiento y en general las pacientes tienden a olvidarla. Según los profesionales, el embarazo, aun el no planeado, es inherente a la naturaleza femenina, "tiene solución" y fácilmente se convierte en algo deseable. Sin embargo, una de las prestadoras llama la atención sobre el hecho de que al no ser planeado, puede dar origen a la violencia tanto intrafamiliar como social (los hijos no deseados). Para el caso de los adolescentes, los prestadores enfocan su atención mayoritariamente sobre el riesgo de embarazos no planeados puesto que consideran que el embarazo adolescente tiene elevados costos sociales y alto riesgo obstétrico.

Aunque plantean que todas las personas están en riesgo de adquirir una ETS/sida, finalmente reproducen la concepción de grupos de riesgo. Es así como se habla de las trabajadoras sexuales ("las que trabajan en eso"); los homosexuales (por sus comportamientos promiscuos); las relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o las drogas; las relaciones simultáneas y/o las de corta duración, y las relaciones sexuales forzadas (por parte de un desconocido o del propio esposo o compañero sexual). Se mencionan también las mujeres jóvenes (estudiantes de colegio o universita-

rias) en quienes se presume un mayor recambio de pareja o la presencia de parejas mayores que ellas (donde resulta difícil la negociación en razón de una relación de poder desigual), escasa información, liberación de su vida sexual y una vivencia no legítima de ésta, inicio temprano de las relaciones y mal uso de los métodos. También señalan como grupo de riesgo a las mujeres, tanto por sus características anatómicas (que facilitan el contagio de algunas enfermedades que no siempre son de transmisión sexual) como por características socioculturales (bajo nivel educativo, frecuente recambio de pareja, etcétera). Los hombres forman parte también de estos nuevos grupos, en tanto su sexualidad aún tiene una connotación "instintiva" que privilegia la obtención del placer sobre las posibles consecuencias de una situación de riesgo. También mencionan a las mujeres casadas monógamas heterosexuales y a los bisexuales.

> Indudablemente, yo siempre insisto en las pacientes jovencitas, en las universitarias, en las estudiantes de colegio, que lo ideal, aunque no les parezca muy agradable y aunque el compañero a veces no lo acepte con buen agrado, es el uso de preservativos asociados generalmente a óvulos, por dos razones, la una porque protege de infecciones de transmisión sexual y la otra porque implica la responsabilidad del hombre también en la planificación familiar (ginecólogo, 41 años).

> Pues yo pienso que de pronto las que más expuestas están, sobre todo por lo silencioso de la evolución del problema, son las mujeres casadas con un esposo estable que generalmente suele ser promiscuo, porque ellas juran y rejuran que su señor esposo es un santo varón y resulta que cuando menos piensan están en problemas (ginecólogo, 41 años).

Se observó que en la institución conviven dos posturas: algunos consideran a las mujeres casadas como menos expuestas al riesgo de contagio y otros no.

Con relación a las concepciones sobre los grupos de riesgo, es importante resaltar que se suele hablar del riesgo que entrañan las relaciones sexuales sin aclarar que el problema es la falta de protección y no las relaciones en sí mismas.

El siguiente relato de una prestadora muestra la dificultad que los profesionales perciben con respecto al límite de una intervención, cuando se intenta que las mujeres hablen sobre sus prácticas de

riesgo sin involucrarse en sus vidas privadas. Aunque aquí se refiere concretamente a una práctica, se puede extender el análisis a los comportamientos sexuales de riesgo como la infidelidad en la pareja, donde generalmente los prestadores argumentan que es difícil abordar ciertos temas porque puede ser una forma de entrometerse en la vida privada de las usuarias. En esta misma línea se argumenta que el tema de la protección no se profundiza con las usuarias que no son de "riesgo aparente", como aquellas que afirman que su esposo es fiel, pues si se profundiza mucho en el tema del riesgo a que pueden estar expuestas, las mujeres tienden a molestarse. En síntesis, el tema no se aborda para no herir susceptibilidades.

> Personalmente yo sí, de pronto es como yo te digo, la concepción de las ETS no está muy arraigada en este momento y de pronto uno puede herir susceptibilidades si de una vez le habla a la paciente, "vea es que usted debe exigir la utilización del condón, porque se le puede prender el sida", "no, pero si es que mi esposo es fiel". No es fácil tampoco abordar este tema y pienso que falta más conciencia acerca de las ETS, empezando por el personal (ginecóloga, 40 años).

> PREGUNTA: ¿Sobre prácticas sexuales es usual que les pregunte?
> RESPUESTA: Nada [...] Pues simplemente ver a la mujer que viene aquí requiriendo algún servicio de planificación, y no pensar en nada, sino simplemente como ver a la paciente […] con solamente el caso de una paciente que me llegó hace como un mes y venía con su cabello corto, traía arete en la nariz, no me acuerdo, bueno todo me hacía pensar que las conductas de ella no eran muy sanas" (enfermera, 25 años).

Conocimientos, usos y perspectivas acerca de la doble protección

Algunos prestadores no conocían el término doble protección, otros sabían a qué hacia referencia sin saber que ese era su nombre técnico y algunos lo definieron adecuadamente. Los conceptos mencionados fueron: el uso de dos métodos anticonceptivos como refuerzo en caso de que falle uno (óvulos y preservativos o preservativos y otro método) y la estrategia encaminada a la protección de embarazos y ETS. La doble protección se asocia también con la participación del esposo en la planificación mediante el uso del condón. Es común asociar el concepto de la doble protección con el uso del condón pero sin reconocer que, como ya se señaló, su eficacia depende del *modo de uso*.

Los profesionales refirieron que las mayores dificultades para plantear la doble protección la constituyen los casos de las mujeres que dejan de usar un método pues quieren embarazarse y las que han optado por la esterilización o se les ha practicado la histerectomía. En estos últimos casos, se menciona la doble protección si la usuaria lo sugiere, si consulta por una ETS o si se identifican prácticas o comportamientos de riesgo.

En general, no se recomienda la doble protección, entre otras razones, porque el uso del condón resulta difícil para algunas usuarias, tanto a nivel personal como por la dificultad de negociar su uso con la pareja. A esto se suma el hecho de que los profesionales consideran que sus indicaciones podrían interferir en la vida privada de sus pacientes, algo considerado ajeno a sus atribuciones.

> [...] Estamos viendo que la infidelidad está aumentando más, entonces yo me limito a decirle a la señora, "mire, sus posibilidades de adquirir una enfermedad son estas y estas", cuál fue, no lo sé, ahí sí yo ya no me puedo meter, porque es que si no, la señora va y le dice al esposo: "Es que la doctora me dijo que usted tenía otra", y eso uno no lo puede ni siquiera mencionar [...] Ellas ya dan por hecho que los hombres son así. Que pueden ser así. O sea que su marido puede ser así (ginecóloga, 41 años).

Dificulta la promoción de la doble protección la presunción de los profesionales de que las parejas estables de larga duración no tienen dificultades en su relación y que hay una adecuada comunicación entre ellos.

Se advirtió una contradicción entre el "deber ser" (informar acerca de la importancia del uso del preservativo a las usuarias de métodos diferentes a los de barrera) y la práctica (no se recomienda el preservativo a las usuarias de métodos de alta eficacia anticonceptiva).

Son obstáculos también para la promoción de la doble protección, ciertos estereotipos a los que adhieren algunos prestadores.

> Para nosotros nos da un poco más de seguridad en cuanto a la madurez sexual de una persona, o a veces de la estabilidad sexual de acuerdo al estado civil, si son mujeres que uno sabe que ya están con un hijo, o están en unión libre. Generalmente, son personas que en teoría tienen sólo un compañero sexual, pero muchas veces muchas

> personas que no tienen una unión, pues uno no queda muy tranquilo acerca de qué tan promiscuos puedan llegar a ser (médico general, 25 años).

Sin embargo, no todos los entrevistados consideran que tener una pareja "estable" es un factor protector como lo evidencia el siguiente testimonio.

> Uno como ginecólogo siempre está de parte de la mujer, eso se ve mucho con el caso del condiloma, cuando la paciente llega con las verrugitas, con el condiloma, se le hace toda la advertencia de que esa es una enfermedad en un 95% de transmisión sexual, que hay un mínimo porcentaje de pacientes que no se sabe cómo lo adquirieron, que muy seguramente eso se lo transmitió la pareja (ginecólogo, 41 años).

Otro obstáculo para plantear la doble protección es que la sexualidad es todavía un tema tabú entre muchos profesionales.

> Más en ginecología, siempre cualquier cosa que sea mito o algo, especialmente el hombre, puede guiarse a una mala interpretación, entonces no les gusta tocar el tema. Yo soy supervisora de ginecólogos en entrenamiento y mis alumnos nunca les hablan a sus pacientes de si se sienten satisfechas sobre su sexualidad, alguna de esas cosas, no hacen ese tipo de preguntas. Y si la paciente le dice "no estoy satisfecha" ellos dicen, "ah, bueno [...]" Igual no lo tratan, no dicen nada (ginecóloga, 33 años).

Finalmente, existe la creencia errónea (que tiene una fuerte sustentación moralizante) de que si se alerta a las personas sobre las posibilidades del riesgo, se puede generar un efecto contraproducente, como elevar los niveles de exposición a situaciones de riesgo.

> [...] porque si uno hace campañas como las que se hacían con el alcalde anterior para la droga, a veces en lugar de surtir el efecto que se espera tiene un efecto contrario, de pronto a la gente le da curiosidad (ginecólogo, 41 años).

V. CONCLUSIONES

Las conclusiones se han organizado en dos partes. Las primeras corresponden a los hallazgos provenientes del estudio acerca

de las usuarias y las segundas a los correspondientes a las entrevistas a los proveedores.

Usuarias

Múltiples situaciones parecen obstaculizar la práctica de la doble protección por parte de las mujeres entrevistadas. Entre ellas, la percepción y el uso de los métodos anticonceptivos, las relaciones de pareja, la percepción del riesgo de enfermedades de transmisión sexual y los significados atribuidos al embarazo y la maternidad. Así por ejemplo, hemos observado que las mujeres asumen la anticoncepción como una responsabilidad propia, mientras que tienden a delegar la prevención de las ETS en los varones. También distinguen entre métodos apropiados para mujeres solteras (condón y óvulos) y métodos apropiados para mujeres unidas (píldora y DIU).

El condón es percibido, en términos generales, como un método incómodo, inseguro y transitorio, que debería ser usado por quienes se hallan en riesgo de infección (homosexuales, trabajadoras sexuales, jóvenes, mujeres solteras, promiscuas, etcétera). Dadas estas creencias, sugerir su uso, en el caso de mujeres unidas, significaría demostrar desconfianza hacia el hombre o despertar suspicacias en él.

Otro conjunto de situaciones que colocan a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad frente a las ETS/sida y los embarazos no planeados son los cambios de método/marca, el escaso reconocimiento de la propiedad de algunos métodos para la prevención de enfermedades y la falla de los métodos.

Respecto de las relaciones de pareja, la fidelidad y la confianza son, por definición, los presupuestos sobre los que se forman las parejas, sean estas convivientes o no. Esto contribuye a la escasa percepción del riesgo entre las mujeres, quienes se consideran protegidas por este vínculo, a pesar de que tienen poca información sobre los comportamientos de sus compañeros. Más aún, las mujeres entrevistadas consideran que los hombres como colectivo son un grupo de riesgo por su tendencia a la infidelidad y promiscuidad ("los hombres son hombres"). Sin embargo, cuando "los hombres" son sus "parejas" ya no los consideran parte de este grupo. En consecuencia, ellas no se perciben en riesgo y no desarrollan estrategias de protección. Es decir, se diferencia entre marido o pa-

reja (factor protector) y hombre (factor de riesgo). Se trata, entonces, de un doble discurso del riesgo: todos estamos en riesgo y, a la vez, el riesgo está en los otros. A esto se suma que las mujeres reportan niveles bajos de comunicación y negociación con sus parejas, aunque pareciera que la sexualidad empieza a ser un tema de diálogo más frecuente entre las mujeres jóvenes y sus compañeros. La violencia también genera vulnerabilidad en tanto lleva a la imposición de prácticas sin protección.

Entre las mujeres con unión, la percepción del riesgo de enfermedades puede ser explícita ("las casadas siempre estamos expuestas") o puede inferirse a partir de sus relatos ("las que están pagando el pato ahora son las señoras de las casas que nunca salen ni nada). Esta baja percepción del riesgo puede observarse tanto entre las de más alto nivel, quienes argumentan que corren riesgos a pesar de tener información, como entre las de nivel bajo.

Con relación a los comportamientos, la conclusión más relevante está en que la promiscuidad es asumida en sí misma como un factor de riesgo. No se diferencian las relaciones protegidas de aquellas sin protección, es decir, no se tiene la noción de "sexo seguro".

Las mujeres entrevistadas consideran como prácticas sexuales de riesgo las consideradas "anormales" (sexo anal, sexo oral, homosexualidad, prostitución, sadismo, violación, zoofilia, necrofilia, etcétera). Por tanto, al no ser prácticas en las que se ven involucradas, no se perciben en riesgo de contraer ETS, sin distinción del nivel de escolaridad, el tipo de unión, la edad y el método anticonceptivo utilizado.

El riesgo que perciben las mujeres frente a las ETS se relaciona básicamente con formas de transmisión no sexuales. Son situaciones de vulnerabilidad asociadas con la contingencia: el riesgo de enfermarse se presenta por el hecho de estar vivos ("todas las personas están en riesgo") y por la mala suerte y el azar. Se ubican también en este punto aquellas formas de transmisión del sida que "no se pueden controlar" (transmisión a través de jeringas y sangre contaminada). También sus escasos conocimientos acerca de las ETS parecen contribuir a la escasa percepción de riesgo.

Las mujeres de escolaridad baja sin unión configuran el grupo que reúne mayores condiciones de vulnerabilidad: tienen los más bajos niveles de información, menor capacidad de decisión, creencias religiosas que explican su vida y los acontecimientos de ésta,

hecho que amerita considerarlas un grupo prioritario en las acciones encaminadas al logro de la doble protección.

Por último, en cuanto a la prevención del embarazo cabe destacar que muchas mujeres recurren a la planificación familiar debido a su situación económica y no como resultado de su propio deseo, por lo que el uso de métodos anticonceptivos es visto más como un deber que como un derecho. Asimismo, aun cuando el uso de métodos anticonceptivos está muy difundido entre la población colombiana, muchas mujeres lo consideran un elemento poco natural. Este hecho debe ser tenido en cuenta con relación a la promoción de la doble protección, que implica el uso de dos métodos o el de uno, el condón, sobre el que se tienen múltiples prejuicios.

Prestadores

La información brindada por los profesionales durante la consulta es, en general, limitada en relación con los temas sobre sexualidad. Del mismo modo, la atención descripta por los profesionales refleja algunas creencias, valores y estereotipos sobre la sexualidad, que se aprecian básicamente al remitirse a la presencia de relaciones de pareja (mujeres unidas y aquellas sin unión), la edad y el nivel de escolaridad.

En general, se da información a las usuarias sobre la eficacia de los métodos de barrera para la prevención de ETS, independientemente de su estado conyugal, pero sólo si es el método elegido por la mujer o recomendado por el profesional. No a todas las usuarias se les habla de los métodos de barrera. Se aprecia que la información dada a los jóvenes se adecua más a su vida, es más personalizada, e incluye indicaciones completas y explícitas sobre todos los métodos anticonceptivos.

Las estrategias de *prevención* se dirigen básicamente a aquellos grupos tradicionalmente considerados en riesgo pero no se abordan las situaciones de vulnerabilidad, que hemos descripto en este estudio. Sin embargo, ya se incluyen en sus definiciones de grupos de riesgo algunos como el de las mujeres amas de casa, los hombres y los jóvenes. A pesar de esto no se enfatiza la diferencia entre prácticas con protección (sexo seguro) y sin protección, y la atención respecto de las enfermedades de transmisión sexual se orienta más al tratamiento que a la prevención.

Podría hablarse de dos grupos de prestadores, según sus postu-

ras en el proceso de atención: un primer grupo que dirige la atención a la solución técnica del problema, pone el énfasis de la prevención en las mujeres y considera a la pareja necesaria sólo para el tratamiento. Un segundo grupo plantea la necesidad de generar conciencia, entre mujeres y hombres, por el cuidado del otro, lo que se observa como una herramienta que puede facilitar la práctica de la doble protección.

Entre los comportamientos que se consideran de riesgo se encuentran las relaciones sexuales forzadas, sea por parte de un desconocido o del propio esposo o compañero sexual, lo cual amplía la concepción tradicional del riesgo.

El concepto de la doble protección no es claro para la mayoría de los prestadores y se asocia con la protección de ambos miembros de la pareja o con el refuerzo anticonceptivo. Se considera que el condón protege automáticamente a las mujeres de los embarazos y de las enfermedades. Esto refleja que los profesionales no son conscientes del modo en que el condón es usado por la población (básicamente como refuerzo en los días considerados fértiles).

En general, cuando las mujeres dejan de utilizar el método con el fin de embarazarse, la protección frente a las enfermedades es difícil pues el uso de los métodos de barrera obstaculizaría este objetivo. Lo mismo sucede con las mujeres esterilizadas.

El factor tiempo aparece como el elemento que, para los prestadores, más obstaculiza la comunicación usuaria-prestador, pero tal como se expresó anteriormente es necesario preguntarse si detrás de esta razón no existe también una clara dificultad para abordar temas como la sexualidad, para los cuales estos profesionales no han sido preparados asertivamente y que, además, son considerados tradicionalmente temas "tabú".

En conclusión, persisten dificultades para la comunicación usuaria-prestador que se explican por limitaciones propias de la formación profesional, el contexto social y cultural que mantiene a la sexualidad en un lugar tabú, y los estereotipos acerca de los grupos de riesgo. Estas dificultades se ven reforzadas por las expectativas de las usuarias en relación con el servicio, las que se centran en la eficacia de los métodos anticonceptivos.

VI. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones presentadas a continuación se dirigen a tres niveles de acción diferentes, que se consideran claves para el desarrollo de estrategias, políticas o programas encaminados a la divulgación de la doble protección y la provisión de los servicios necesarios. Partimos del reconocimiento de que los discursos de las mujeres reflejan, en parte, las concepciones institucionales y que éstas a menudo influencian sus percepciones y decisiones, lo que sirve para confirmar que los esfuerzos que se hagan desde las instituciones pueden contribuir a generar cambios en la percepción del riesgo de la población, y en la adopción de conductas preventivas.

Para políticas institucionales

En primer lugar, cabe destacar que estas recomendaciones se hacen teniendo en cuenta dos niveles de acción. El primero tiene que ver con lo que puede hacerse al interior de las instituciones. El segundo demanda acciones interinstitucionales e incluso intersectoriales.

Divulgar la noción de "situaciones de vulnerabilidad"[22] tanto entre los prestadores de servicios como entre las usuarias, de manera que se contribuya a mejorar la percepción del riesgo entre las mujeres y sus posibilidades de prevención.

Desarrollar estrategias de promoción del condón ya no como discurso de muerte y curación sino de placer y cuidado propio y de los otros, dada la clara asociación que existe entre el discurso de la muerte (tanatos) y el sida. Asimismo, reforzar significados del condón relacionados con sus propiedades preventivas de enfermedades y desligarlo de los tradicionales grupos de riesgo o de la idea de que sirven exclusivamente como "refuerzo". En esta misma, se sugiere reconsiderar el nombre de métodos anticonceptivos o de planificación familiar para el condón y los espermicidas, por lo cual se podría hablar, por ejemplo, de métodos para la prevención de embarazos y ETS/sida.

22. Es decir, la clasificación de las situaciones de vulnerabilidad construida a partir de los relatos de las mujeres.

Incluir la prevención de enfermedades en el marco del desarrollo de programas más integrales de salud sexual y reproductiva. En esta línea, las acciones institucionales deben vincularse a las de otras entidades responsables del tema para la realización de campañas sobre las formas de transmisión de las enfermedades y el SIDA, así como su prevención y la práctica del sexo seguro.

Destacar el concepto del doble riesgo de embarazos y ETS/sida y no sólo de la doble protección, que es entendida frecuentemente como el uso de dos métodos para evitar el embarazo. Promover campañas sobre la doble protección que incorporen la perspectiva de las usuarias y la diversidad de situaciones de vida. Asimismo, retomar el modelo de las campañas dirigidas a la prevención del cáncer de cuello uterino teniendo en cuenta que, a partir de éstas parece haberse creado una "cultura de la prevención del cáncer". Es decir, proponemos trasladar esa cultura de prevención a otras esferas como la prevención de ETS/sida.

Difundir la doble protección utilizando los medios institucionales existentes como los folletos con los que se promueven los métodos anticonceptivos tanto en la consejería como en los demás servicios, de tal manera que "todos" contengan indicaciones sobre la doble protección.

Realizar acciones dirigidas a las mujeres y hombres que se han practicado la cirugía de esterilización, que resalten las situaciones de vulnerabilidad que los harían potenciales usuarios de la doble protección.

Involucrar masivamente a los hombres, a través de todos los servicios, en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, a través de campañas que enfoquen su responsabilidad en el cuidado de su propia salud y la de sus parejas.

Para la consejería

Se trata de las recomendaciones para las actividades de consejería propias de las instituciones prestadoras de servicios en el campo de la salud sexual y reproductiva, las cuales se han dirigido tradicionalmente a la promoción del uso de métodos anticonceptivos. Incorporar información sobre ETS/sida así como sobre las situaciones de vulnerabilidad con las que éstas están asociadas, para mejorar la percepción del riesgo entre las mujeres, como medio de favorecer la doble protección. Es importante insistir en el

modo de uso del condón, teniendo en cuenta las situaciones de vulnerabilidad.

Sugerir el condón desde el inicio de la relación y enfatizar la necesidad de la continuidad de su uso. Asimismo, hablar del uso del condón por parte de los hombres como una forma de responsabilidad y autocuidado, y promover las habilidades de las mujeres para negociar su uso.

Se sugiere poner el énfasis en la vida sexual sin riesgos como una forma de protección de las ETS/sida para contribuir a una concepción y vivencia de la sexualidad más integral para las mujeres. Considerar los conceptos de sexo seguro, placer y bienestar en la rutina de la consejería, y tener en cuenta los significados que las mujeres otorgan a los embarazos y a las ETS/sida (por ejemplo, la idea de que el embarazo no es enfermedad y por tanto menos "grave").

Fomentar el desarrollo de estrategias de prevención que se dirijan a ambos miembros de la pareja. Contribuir a desmitificar o mejorar la información sobre algunas cuestiones que emergieron en el estudio, tales como que el DIU no requiere controles, que las ETS son imposibles de prevenir, y que las jóvenes no se embarazan en las primeras relaciones, etcétera.

En este mismo sentido, proponemos recuperar de las estrategias para promover la doble protección, referidas por las mujeres o los prestadores, aquellas que resulten útiles. Sugerir, por ejemplo, el uso del condón como refuerzo, para que las personas vayan incorporando su uso de manera más natural y permanente; incluir el condón como parte del juego sexual para descubrir sus sabores, olores, etcétera.

Para prestadores de servicios

Se incluyen recomendaciones para profesionales de la salud que prestan servicios en salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar tanto en aspectos relativos al servicio como al tipo de información sobre sexualidad que debería recabarse a través de la consulta.

En primer lugar, incorporar el concepto de situaciones de vulnerabilidad teniendo en cuenta algunas de ellas para la definición de preguntas en la historia clínica de rutina. Así, por ejemplo, si para las mujeres las relaciones extraconyugales de los hombres

son algo que se presume como hecho, abordar este tema en la consulta permitiría mejorar sus habilidades para protegerse. Asimismo, sería importante indagar acerca del tipo de pareja, la violencia, el consumo de alcohol (que pueden llevar a relaciones desprotegidas), las prácticas de riesgo sin protección, etcétera.

Es importante conocer la vida sexual de la usuaria antes de recomendar un método y, en consecuencia, recomendar el más adecuado a su estilo de vida, buscando trascender las concepciones tradicionales de los grupos de riesgo y no partir del supuesto del menor riesgo de las mujeres casadas.

Incluir preguntas sobre la vida sexual de las mujeres en la historia clínica, tales como prácticas y comportamientos sexuales de riesgo, nivel de comunicación en la pareja, placer, conocimiento de las ETS/sida y sus formas de prevención, orientación y negociación sexual. Aun cuando se considere que estas cuestiones pertenecen al ámbito de la intimidad, es necesario abordarlas, pues de lo contrario será muy difícil mejorar la percepción del doble riesgo entre las mujeres. Como ocurrió en su momento con el tema de la violencia, proponemos que las ETS sean tratadas abiertamente y salgan, así, del espacio de lo privado. En este sentido, se considera interesante retomar las propuestas de manejo de la violencia intrafamiliar o la violación, que se basan en denuncias como "si te sucedió no calles, exige". Así por ejemplo, un eslógan posible sería "que la enfermedad no te produzca vergüenza".

Los profesionales deberían recalcar la diferencia entre las prácticas con protección y sin protección, y diferenciar el *modo de uso* dado al condón por parte de las mujeres, para garantizar la doble protección cuando ésta sea necesaria. Debería, en estricto sentido, hablarse del doble riesgo (embarazos y ETS/sida) para sugerir la doble protección que bien puede ser con uno o dos métodos y con participación de uno o ambos miembros de la pareja. En esta misma línea es importante que los hombres sean involucrados más activamente en los controles prenatales, entre otras acciones, como aliados para la prevención de ETS durante este período.

Finalmente, creemos que los profesionales deberán revisar sus creencias y supuestos, ya que estos afectan las recomendaciones que hacen a las mujeres sobre el uso de la doble protección (por ejemplo, presumir que sólo las mujeres solteras y jóvenes están en riesgo y/o que el aspecto físico de una persona permite evaluar si se encuentra en situación de riesgo).

Es importante considerar que las mujeres no pueden ser vistas como unidades racionales de toma de decisión sino que hay que tener en cuenta su contexto social y cultural y las formas en que éste determina sus concepciones sobre el riesgo y las estrategias de prevención. En este sentido, los profesionales deben contribuir a generar nuevas percepciones de riesgo entre las mujeres.

VII. METODOLOGÍA

A continuación se describen las características del estudio. Es una investigación cualitativa, basada en entrevistas a dos muestras intencionales, una de usuarias y otra de prestadores de servicios. La muestra de usuarias estuvo conformada por cincuenta mujeres (usuarias de los servicios de la institución en la que se realizó la investigación), trece de las cuales participaron de los grupos focales y treinta y siete, de las entrevistas. Los criterios de selección utilizados fueron los de escolaridad (alta: bachillerato o más y baja: bachillerato incompleto o menos) y el de situación conyugal (mujeres con unión y mujeres sin unión). Se conformaron cuatro grupos de mujeres para la realización de las entrevistas: mujeres unidas con escolaridad baja, unidas con escolaridad alta, sin unión con escolaridad baja y sin unión con escolaridad alta. La categoría de mujeres sin unión incluyó solteras, viudas, separadas y divorciadas.

La variabilidad de la muestra estuvo determinada por el tipo de método antinconceptivo: usuarias de métodos de barrera, mujeres esterilizadas y usuarias de otros métodos (DIU y píldora), por cuanto presuponen habilidades y riesgos diferentes. Asimismo, se trabajó con el criterio de saturación para la definición del tamaño de la muestra. Las entrevistas fueron realizadas a) en la institución el mismo día que las mujeres acudieron a la consulta, b) en la institución en una cita concertada previamente y c) en el domicilio de la usuaria, previa autorización de ésta.

Las características más relevantes de las mujeres entrevistadas podrían resumirse así: el promedio de edad fue de 29 años y el 51% cursó secundaria completa o más. Con respecto al tipo de unión, más de la mitad de la muestra tenía algún tipo de unión al momento de la entrevista, el 35% eran solteras y las restantes separadas, viudas o con convivencia esporádica. El promedio de hijos

fue de dos, y en relación con la situación económica, la mayoría (62,5%) pertenecía a estratos socioeconómicos uno y dos, un 31,3% al estrato tres y solamente el 6,3% al estrato cuatro.[23] En general, el oficio más mencionado fue el de ama de casa (46%), seguido de otros trabajos como el de niñera, madre auxiliar, comerciante, etcétera.

La muestra de prestadores estuvo conformada por diez profesionales de la misma institución, cinco hombres y cinco mujeres de diferentes servicios (planificación familiar, ginecología), clínicas (centros para la joven y clínica de la mujer) y profesiones/especialidades (enfermería, medicina general y ginecología).

Se utilizaron dos técnicas para la recolección de la información: los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas a usuarias y prestadores. Los grupos focales se realizaron con el fin de orientar el fraseo de las preguntas de la guía de entrevistas. Inicialmente se planeó realizar cuatro grupos focales. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, en sólo una oportunidad se reunió el número suficiente de participantes. En los otros tres casos, se realizaron entrevistas grupales.

Tanto la guía de entrevistas a usuarias como la de prestadores fueron sometidas a prueba y revisión por parte de consultoras expertas. Producto de ello, la guía de entrevistas a usuarias tuvo modificaciones relacionadas con el orden de las preguntas y la relevancia de los temas a analizar. Esta guía contiene preguntas relacionadas con los siguientes temas: aspectos sociodemográficos; percepciones, significados y usos de los métodos anticonceptivos; percepción del riesgo de enfermedades; empoderamiento y derechos sexuales y reproductivos, significados asociados a la maternidad, prácticas sexuales; relaciones de pareja; concepciones sobre el amor y la doble protección, entre otros.

Como resultado de la prueba de la guía de la entrevista a prestadores se decidió incluir en la muestra a profesionales de los diferentes servicios de la institución y no sólo de planificación familiar como se planteó inicialmente. En cuanto a su contenido, evidenció algunos vacíos temáticos que fueron resueltos en una nueva ver-

23. El estrato socioeconómico es una medida universal que, en el caso de Colombia, se basa en la medición de las necesidades básicas insatisfechas, en donde el valor mínimo es uno y el máximo seis.

sión, que incluyó temas como: aspectos relativos a la información que se brinda a las usuarias en consulta, percepciones y concepciones del riesgo y de los grupos de riesgo en relación con las ETS/sida y embarazos no planeados y conocimientos sobre la doble protección, entre otros.

Con relación al análisis de la información, el primer paso fue la reducción de la información. Para ello se utilizó un sistema de codificación que constaba de cuarenta y siete categorías analíticas. Este sistema se construyó sobre la base del marco teórico y de los resultados preliminares de la lectura de un conjunto de entrevistas. Se controló que los códigos fueran utilizados consistentemente por las diferentes investigadoras. Se utilizó el programa Etnograph como facilitador del proceso de análisis. Una vez transcriptas las entrevistas (que fueron grabadas en su totalidad), fueron codificadas utilizando el programa mencionado y luego se realizaron las búsquedas correspondientes a los códigos o categorías seleccionadas.

El análisis se realizó a partir de cuatro grandes categorías: *percepción del riesgo,* que incluye códigos como el de riesgo, percepción sobre la doble protección, percepción sobre las ETS, etcétera; *género y sexualidad,* que incluye códigos como percepción de embarazo, maternidad, actos y comportamientos sexuales, etcétera; *reproducción y anticoncepción*, que incluye conocimiento, uso y percepción de los métodos, significados y opiniones sobre la planificación familiar; y *empoderamiento*, que incluye formas de comunicación en la pareja, negociación, etcétera.

Por último, el análisis y la interpretación de los datos se realizó de manera vertical con cada uno de los grupos y las entrevistas. Posteriormente, se realizó un análisis horizontal de las transcripciones según los ejes analíticos más relevantes, dados los objetivos del estudio

BIBLIOGRAFÍA

Barbosa, R. M. y Uziel, A. P.: "Gender and Power: Sexual Negotiation in Times of AIDS", documento de trabajo presentado en la Conferencia Reconceiving Sexuality, International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, Río de Janeiro, 14 a 17 de abril de 1996.

Barbosa, R. y Villela, W.: "A Trajetória Femenina da AIDS", en Parker, R.

y Galvão, J. (orgs.), *Quebrando o Silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil*, ABIA/IMS-UERJ, Relume-Dumará, Río de Janeiro, 1996.

Bataille, G.: *El erotismo*, Barcelona, Tusquets, 1992, sexta edición.

Batliwala, S.: "El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción", en León, M. (comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres*, Bogotá, Tercer Mundo Editores, 1997.

Berer, M. con la colaboración de Ray S.: *La mujer y el VIH/sida. Un compendio internacional de recursos*, Women and HIV Aids Book Project, Londres, 1993.

Blaney, L. C.: "Método combinado previene embarazo y ETS", en *Network en español*, 9 (3), Family Health International, 1994.

Cates, W. Jr.: "La doble finalidad de la salud de la reproducción", en *Network en español*, 1996.

Di Giácomo, T.: "Opções Contraceptivas en Tempos de AIDS", en Parker, R. y Galvão, J. (orgs.), *Quebrando o Silencio. Mulheres e AIDS no Brasil*, ABIA/ IMS-UERJ, Relume-Dumará, Río de Janeiro, 1996.

Dixon y Mueller: *Learning about Sexuality. A practical beginning,* Nueva York, Sondra Zeidenstein y Kirsten Moore editors, 1996.

Fernández, A. M.: *La mujer de la ilusión*, Buenos Aires, Paidós, 1994.

Frank, M. L.; Poindexter, A.; Cox, A. C. y Bateman, L.: "A Cross-Sectional Survey of Condom Use in Conjuntion with Other Contraceptive Methods", en *Women and Health*, 23 (2), 1995.

González, A. C.: *El cuerpo como territorio de la reproducción y el erotismo*, mímeo, Bogotá, 1997.

Gupta, G. R. y Weiss, E.: *Women and AIDS: Developing a new health strategy*, ICRW Policy Series, Nueva York, 1993.

Kendall, C.: "The Construction of risk in AIDS Control Programs: Theoretical Bases and Popular Responses", en ARHN Working Group on Sexual Behavior Research, *Conference on International Perspetives in Sex Research*, Río de Janeiro, 1993.

Llovet, J.: *Notas de clase para sociología de la salud*, CEDES, Buenos Aires, 1996.

Mane, P.: "Cross-National Perspectives on Gender and Power", presentado en la conferencia Reconceiving Sexuality. International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, 14 a 17 de abril de 1996, Río de Janeiro.

Parker, R. y Galvão, J. (orgs.): *Quebrando o silêncio. Mulheres e Aids no Brasil*, ABIA/IMS-UERJ, Relume-Dumará, Río de Janeiro, 1996.

Pravaz, N.: *Contested Meanings of the Notion of Risk: The Problem of AIDS Prevention*, Trabajo de tesis para obtener el grado de MSocSc., Graduate Programme in Social Anthropology, York University, North York, Ontario, 1995.

PROFAMILIA: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, Santafé de Bogotá, 1995.

Rubin, G.: "The Traffic in Women: Notes on the Political Economy of Sex", en *Toward an Anthropology of Women*, Nueva York, Monthly Review Press, 1975.

————: "Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad", en *Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina,* Madrid, Editorial Revolución, 1989.

Santa Cruz, M. I.; Bach, A. M.; Femenías, M. L.; Gianella, A. y Roulet, M.: *Mujeres y filosofía. Teoría Filosófica de Género*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1994.

Seguro Social-PROFAMILIA: "Conductas sexuales de la población adulta y prevalencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)", en *Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas*, tomos I y III, Bogotá, 1994.

————: "Conductas sexuales de la población adulta con respecto al SIDA", en *Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas*, tomo II, Bogotá, 1994.

Turner, B.: *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology,* Routledge, Londres, 1992.

Vance, C.: "Placer y peligro: hacia una política de la sexualidad", en *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Madrid, Editorial Revolución, 1989.

Vance, C. S.: "A Antropologia Redescobre a Sexualidade: Um Comentário Teórico", en *Physis,* Revista de Saúde Coletiva, 5 (1), 1995.

Villela, W.: "Refletindo Sobre a Negociação Sexual Como Estratégia de Prevenção da AIDS Entre as Mulheres", en Parker, R. y Galvão, J., *Quebrando o Silencio*. *Mulheres e AIDS no Brasil*, ABIA/IMS-UERJ, Relume-Dumará, Río de Janeiro, 1996.

INTOCABLES, DESCONOCIDAS, DESCONOCIBLES: MUJERES QUE ENTREGAN A SUS HIJOS

María Fabiana Carlis

INTRODUCCIÓN[1]

Esta investigación centró la atención en la problemática de las mujeres que entregan a sus hijos en adopción. El propósito fue aportar elementos que permitan sensibilizar a los profesionales que intervienen en esta problemática, al hacer explícitos los conocimientos, los supuestos y la ideología a partir de los cuales actúan.[2] Por una parte, se indagó sobre las motivaciones y situaciones de vida (económicas, sociales, afectivas, familiares, históricas, etcétera) que inciden en la decisión de algunas

1. Este estudio contó con el aval de la Escuela Diocesana del Servicio Social de la Universidad de Morón. El trabajo de campo fue posible gracias a los jueces, secretarios y oficiales de los tres tribunales de menores en los que se ha realizado el relevamiento de los datos. Hago extensivo el agradecimiento a los profesionales de los seis hospitales que se prestaron a ser entrevistados. De manera personal deseo agradecer a la licenciada Natalia García por su apoyo en el desarrollo del trabajo, como también a Andrés Ibañez por acompañarme en este camino.

2. En la creencia de que la elección de los campos de estudio guarda alguna relación, directa o indirecta, con las vivencias personales, considero importante pensar, dentro de los propósitos, la posibilidad de "suturar" las propias vivencias de abandono.

mujeres de entregar a sus hijos en adopción. Por otra, se reconstruyeron las representaciones que circulan tanto entre los profesionales de la salud como en los medios de información acerca de esta población.

La investigación se realizó a través de un diseño exploratorio descriptivo en el que se aplicó una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos. Se produjo información sobre los siguientes aspectos: a) una caracterización de la población de mujeres que entregan a sus hijos, obtenida por medio de un relevamiento de 105 expedientes judiciales en tres tribunales de menores entre enero de 1995 y diciembre de 1997; b) la perspectiva de los profesionales de la salud sobre esta problemática (se realizaron treinta y seis entrevistas a trabajadores sociales, obstetras, enfermeras, obstétricas y neonatólogos en seis hospitales del Gran Buenos Aires); c) las representaciones sociales que son multiplicadas por los medios de comunicación (se analizaron los artículos publicados en *Clarín* y *Crónica* entre enero a diciembre de 1997).

El contenido del artículo presenta, en primera instancia, el planteo del problema objeto de la investigación, la descripción del estado del conocimiento y una visión general del marco teórico referencial utilizado para su comprensión. A continuación, se explicitan los puntos de mayor relevancia que surgen del análisis de los datos obtenidos mediante el análisis de los expedientes judiciales, las entrevistas a profesionales de la salud y la revisión de los artículos periodísticos. Finalmente, se presentan las conclusiones generales que surgen de la lectura conjunta de esas fuentes.

El problema

Abordar la problemática de las mujeres que entregan a sus hijos en adopción desde el ámbito de la investigación, supone tener en cuenta un conjunto de factores, no sólo sociales y psicológicos sino también jurídicos y éticos, que permitan una visión integradora desde la cual comprender el proceso que lleva a una mujer a tomar esta decisión. Asimismo, es necesario, para aproximarse a esa compresión, recortar como núcleo específico de la problemática, una tríada relacional formada por "personas": el niño que es

entregado, la pareja que no puede tener hijos[3] y la mujer que entrega a su hijo.[4]

El estado de la cuestión, tanto en nuestro país como en Latinoamérica, muestra que la atención de los investigadores se ha centrado casi exclusivamente en los dos primeros, sobre los cuales se ha avanzado ampliamente desde distintos enfoques y disciplinas. Llama la atención la escasez de estudios sobre la tercera protagonista de este proceso, la mujer que entrega a su hijo, y, más aún, sobre su perspectiva del problema. Ello estaría testimoniando la dificultad que existe para la sociedad en general y para los profesionales en particular de reconocer que la historia de ese niño que es adoptado no comienza en un juzgado, sino que se retrotrae a la historia y vivencia de una mujer que lo concibió.

Con relación a los profesionales de la salud, si bien existen estudios sobre sus prácticas, valores y vivencias respecto de distintas situaciones del campo de intervención en el que actúan, de hecho, no se han hallado estudios referidos a su relación con las mujeres en el proceso de la entrega en adopción.

En estas circunstancias, los profesionales de la salud (médicos, parteras, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos) que realizan el primer contacto con la mujer que manifiesta el deseo de entregar a su hijo, habitualmente, cuentan con escasos recursos teóricos formativos para decidir cuál es la modalidad de intervención más adecuada. Esto da por resultado, en general, acciones guiadas más por el sentido común, los prejuicios y/o la experiencia (en el mejor de los casos), que por la reflexión y la previsión, lo que provoca un manejo frecuentemente precario y descontextualizado del conjunto de factores que atraviesan el proceso y la realidad de una adopción. Esto implica un recorte de la problemática de la adopción, que se centra en la conjunción parto-posparto y en la firma de la renuncia como eje central y no como un eslabón que acompaña la vida de los tres sujetos involucrados (quien entrega, el niño entregado y quienes adoptan).

3. En general, los juzgados reciben solicitudes de parejas inscriptas con el fin de adoptar a un niño y que, habitualmente, tienen dificultades o imposibilidad de procrear. En un número menor, se inscriben mujeres sin pareja.

4. Según las experiencias recopiladas, casi la totalidad de las entregas de niños con fines de adopción son realizadas por mujeres, sin la presencia del hombre que co-concibió.

Por otro lado, si revisamos las causas o los motivos que los profesionales generalmente exponen respecto de la entrega de un hijo, se puede observar que ellos reproducen los mandatos sociales que sostienen la división entre la buena y la mala madre. A la primera se le atribuye el lugar de aquella que se entrega a su deber y al "mandato de la naturaleza" (Badinter, 1981), mientras que para la segunda se reserva el papel de quien "abandona" y/o "regala" a su hijo, priorizándose de forma egoísta a sí misma, y se la construye desde la imagen de alguien carente de afecto, poseedora de una "fertilidad ilegítima" (Katz Rothman, 1990).

Esta mirada nos permite recuperar las modalidades de pensamiento dicotómico y fragmentario que encontramos sobre la situación de estas mujeres, que dan cuenta de las múltiples discriminaciones de que son objeto, las cuales incluyen su propia realidad de género, su pertenencia a un sector social especialmente marginado y su decisión que cuestiona los valores "tradicionales" asociados al rol maternal.[5] Esta fragmentación se vislumbra en las siguientes polaridades: instinto maternal-amor maternal, madre sola-madre soltera, madre sola-madre mala, abandono-entrega, poder cuidar a un hijo-querer cuidar a un hijo y madre rica-madre pobre.

El interrogante que parece subyacer en estas dicotomías es en qué medida la existencia de la capacidad gestante garantiza el deseo, la aceptación y la posibilidad real del cuidado de un hijo.

Si como afirma Barbara Katz Rothman (1990) "la institución de la adopción es la personificación de todas nuestras más profundas contradicciones sobre la maternidad", también podríamos coincidir con ella en que "si nosotros pudiéramos llegar a entender la adopción, quizá podamos llegar a entender la maternidad" o, al menos, contribuir a superar sus estereotipos.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Ideologías y maternidad

Un recorrido histórico sobre las diversas funciones de padre, de madre y de hijo muestra cómo éstas han ido variando según las

5. Tal como es visto en Occidente ya que, sin duda, otras culturas (por

necesidades y los valores dominantes de una sociedad. Así, "la mujer será una madre más o menos buena según que la sociedad valorice o desprecie la maternidad" (Badinter, 1981). Es así como la maternidad, ejercida por la mujer y basada en el vínculo amoroso, se instala en nuestra sociedad a partir del siglo XVIII. Allí, el amor maternal aparece como un "concepto nuevo" que exalta los valores y los vínculos maternales que por varios siglos habían parecido abominables. ¿Cómo se justifica el cambio? La sociedad ha corrompido lo que nunca debió cambiar. Ésta pasa a ser la consigna básica para la vuelta al ejercicio de la maternidad de la progenitora. El ejercicio de la maternidad es parte natural de la mujer, dado el hecho biológico de que las mujeres llevan en sí a los hijos y luego les dan de mamar (Chorodow, 1984). El encuadre actual encuentra el ejercicio de la maternidad insertado en el interjuego de tres ideologías: patriarcal, tecnológica y capitalista.

La primera refiere a la sociedad patriarcal. La paternidad es el vínculo central de la sociedad, donde los lazos sanguíneos son altamente valorados. La posición de la madre es la de "la mujer que cría a los hijos del hombre". "Maternidad en la sociedad patriarcal es lo que madres y bebés significan para el hombre" (Chorodow, 1984; Katz Rothman, 1990). La madre logra igualar los derechos del padre basándose no en los aportes de la maternidad *per se* sino en el aporte genético como el lazo de mayor permanencia. En el sistema patriarcal una persona es aquello que crece a partir de la "semilla" del padre, considerada irremplazable. La madre y la crianza son sustituibles.

La segunda ideología en juego es la tecnológica, que nos coloca a todos bajo la metáfora mecánica. De este modo, el niño es el "producto", la madre es la "herramienta" de trabajo y su cuerpo es un "recurso". El útero de la madre es visualizado como una máquina y el médico como un supervisor del proceso. La crianza es sólo un trabajo para que sea bien hecho. Encontramos así "una madre-máquina que es manipulada para producir bebés eficientemente" (Katz Rothman, 1990).

La tercera ideología en juego es la que sitúa la maternidad en el desarrollo del capitalismo. El derecho a la propiedad es uno de los

---

ejemplo, la oriental) otorgan valores diferentes al rol materno, pero el presente estudio no nos permite dar cuenta de sus características.

bienes supremos defendidos por el sistema. Aparece, entonces, la discusión acerca de los derechos de posesión sobre el cuerpo y el derecho sobre los hijos propios. Sin embargo, en el sistema patriarcal, poseer el cuerpo no otorga un control real sobre el embarazo, ya que lo que es valioso es el niño. En la ideología patriarcal el niño es la extensión del hombre. En la ideología capitalista el niño es sinónimo de riqueza (Katz Rothman, 1990).

La maternidad como una construcción

La triangulación ideológica que hemos descripto sostiene la maternidad como la esencia del ser mujer, lo cual no sólo organiza las formas de parir y criar, sino que se instituye como el ámbito que da sentido a su vida. Para hacer un abordaje abarcador de la maternidad es necesario diferenciar el hecho reproductivo de la maternidad, es decir, la capacidad de embarazarse y parir, del ejercicio maternal en sí (Fernández, 1994). El primero refiere a una posibilidad biológica, genética y heredada. Un saber filogenéticamente adquirido (Giberti, 1993), que otorga a la mujer la capacidad de concebir y parir asociada al orden de lo natural y, para algunos, se convierte en una respuesta esencialista de por qué las mujeres ejercen la maternidad. En cuanto al ejercicio maternal en sí, el análisis histórico ha demostrado que la capacidad biológica es condición "necesaria" pero no "suficiente" para la maternidad. La tesis del instinto materno[6] describe este fenómeno como aislado de la cultura, ahistórico, aquello que le permitirá a la madre hacerse cargo de la "cría", solventar sus necesidades y "entenderla mejor que nadie" mas allá de cualquier otra circunstancia. En palabras de Giberti (1993): "La uteridad nos conducirá a ser buenas y sacrificadas para con los hijos, de lo contrario 'carecemos de entrañas', somos seres 'contra natura'".

También existe una creciente conciencia acerca de la multiplicidad de circunstancias, como las condiciones materiales de vida, las representaciones sociales en relación con los hijos, la familia y la sexualidad, etcétera, que pueden hacer que un hijo sea no deseado (Climent y Arias, 1993). Sumado a esto, dentro de los recursos personales se encontrarán las características de personalidad y

6. Definido por Fernández, Ana María (1994) como un saber-hacer heredado.

las experiencias de vida que pueden incrementar o disminuir el deseo de un hijo en determinados momentos a lo largo del ciclo vital de una mujer. Si bien para la cultura patriarcal el deseo maternal ha llegado a ser un deseo constitutivo de las mujeres como sujetos, hay otros deseos constitutivos de dicha subjetividad, que pueden desplazar el deseo de un hijo.[7]

Asimismo, "la violencia" por la cual la mujer asume roles adscriptos[8] se profundiza según el contexto socioeconómico de pertenencia.

Específicamente, ante un embarazo no deseado existen diferentes posibilidades: la cohabitación, la maternidad en soltería, el aborto y la entrega en adopción (Palma, 1991).[9] Mientras las dos primeras opciones implican algún nivel de aceptación de la relación con el hijo, la tercera y cuarta suponen la determinación de eliminar o abandonar esa relación, con las distintas sanciones sociales que cada una de ellas implica y el sistema de apoyo que requieren.

Quienes deciden sostener el período de embarazo para luego entregar al niño en adopción parecen ser un grupo minoritario. Según la experiencia de Irma Palma (1991) con adolescentes en Chile, las que lo llevan adelante "son frecuentemente aquellas cuya preñez es producto de una experiencia de violencia sexual, en la mayoría de los casos, intrafamiliar".

Frente a la situación de la entrega de un hijo en adopción encontramos que las mujeres son clasificadas en distintas categorías. Una de ellas es la de mujeres que "abandonan" a su hijo. Si tomamos este concepto del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española,[10] veremos que significa, entre otras acepciones, dejar, desamparar; entregar, confiar algo de una perso-

7. Mabel Burin hace un análisis del deseo maternal, el deseo hostil, el deseo de saber y el deseo de poder, en "Familia y subjetividad femenina: la madre y su hija adolescente", en Giberti, Eva y Fernández, Ana María (1989).

8. No hablamos de una violencia explícita, sino de la que aparece en la naturalización de los roles asignados a las mujeres por la cultura, que compromete sus opciones individuales y su autonomía personal (Dorola, 1989).

9. La autora hace el planteo respecto de la población adolescente, pero lo creemos útil para las mujeres en general.

10. Los tres términos son tomados de la vigésima primera edición del Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia Española.

na o cosa, dejarse dominar por los afectos, las pasiones o vicios; descuidar uno sus intereses u obligaciones; renunciar sin beneficiario determinado, con pérdida del dominio o posesión.

Otro concepto que se utiliza vulgarmente y conlleva una fuerte connotación despectiva y desvalorizante, el de "regalar a un hijo", pone a la mujer ante la entrega de algo que no valora y que quiere "quitarse de encima". Sin embargo, si nos atenemos a su significado real, podemos descubrir lo contrario. Regalar significa "dar a uno sin recibir nada a cambio, una cosa en muestra de afecto o consideración o por otro motivo"; "halagar, acariciar"; también "tratarse bien, procurando tener todas las comodidades posibles".

Finalmente, se suele categorizar el acto utilizando el término "entregar" al hijo. Este término proviene del latín *integrare*: restituir a su primer estado. Entre sus acepciones también encontramos "poner en manos o en poder de otro a una persona o cosa; devolver, restituir; y declararse vencido o sin fuerzas para continuar un desempeño o trabajo". Este significado del término no deja de asemejarse a la realidad y a la referencia que muchas de las mujeres dan ante la decisión de separase de su hijo.

La perspectiva de los profesionales de la salud

En la actualidad, la participación del equipo de salud en el "ejercicio de la maternidad" se constituye en un hecho naturalizado, ahistórico y rodeado de un poder mítico.[11] Pero la historia nos muestra que fue la valoración del niño que se instaló con posterioridad a la Revolución Industrial la que llevó a formar a aquellos que se harían cargo de preservar la salud del pequeño y de las tareas maternales. Se prepararon campañas de entrenamiento para obstetras, parteras y madres con fuertes disertaciones en contra de las nodrizas. Las tareas de las parteras (que hasta entonces no habían sido valorizadas), poco a poco se fueron masculinizando y fueron asumidas por los ginecólogos y obstetras entrenados en la

11. La historia de la intervención médica en este momento de la vida de la mujer no se ha dado siempre de igual modo. De hecho, gran parte del desarrollo de la humanidad se caracterizó por la falta de interés de la medicina por los eventos vinculados a la reproducción y a la crianza del niño, a los que consideraba poco importantes y de dudoso prestigio para quienes ejercían las "ciencias de la salud".

universidad, para profesionalizar el cuidado de las mujeres y el manejo del recién nacido. Se estableció, así, una "alianza privilegiada" con las madres (Badinter, 1981), quienes para cuidar de sus hijos, debían limitar voluntariamente su número, situación en la que contarían con su nuevo aliado, el médico.

Más allá de la prolongada lucha de los movimientos de las mujeres y de los cambios históricos (por ejemplo, la salida de la mujer al mundo del trabajo) la realidad nos muestra que, aunque el reinado del niño va perdiendo su monopolio, se sostiene en muchos espacios el "instinto materno" como base para el ejercicio de la maternidad. Esto implica un modelo de normalidad que homologa mujer = madre que, constituido como objeto medicalizado, es sostenido por el modelo médico que cuenta (al igual que la Justicia) con una capacidad socialmente legitimada de definir los límites entre lo normal y lo patológico y, por lo tanto, de etiquetar determinados fenómenos biofisiológicos y comportamientos humanos como "desviación", "enfermedad", etcétera.

El paradigma médico actual de la maternidad parte de la concepción biologista clásica. Así y en primera instancia, la madre es vista como un "útero gestante" (Oakley, 1980) y no es valorada por su aporte de la maternidad *per se* (que incluye los meses de embarazo, la salida del bebé "por los genitales" y la alimentación de su pecho), sino porque ha igualado al padre en el aporte genético para la concepción.

Los miembros del equipo de salud recrean en cada acto asistencial las múltiples fracturas de la que es víctima la maternidad y, a través de ella la mujer-madre, al privilegiar lo biológico sobre los componentes emocionales, psicológicos y sociales.

"Las prácticas médicas, en tanto prácticas sociales se esfuerzan por unificar una visión del parir, buscando fijar un sentido asegurador y gratificante que, suspendiendo los temores, socialice su práctica, intentando venturosamente un monolítico orden social" (Giberti, 1980). Es así como "su no cumplimiento sería producto de 'interferencias' del orden socio-cultural (vía psiquismo individual) en la naturaleza". Los extremos estarían marcados por el "materialismo" de las clases altas (reemplazo del cuidado por el consumo) y la desidia de las clases pobres (abandono) (Grassi, *et al.*, 1992).

En este marco, la aparición en la institución de salud de una mujer que manifiesta su deseo de entregar a su hijo en adopción produce una crisis, una ruptura del "equilibrio" que se sostiene sobre las

concepciones de la maternidad a partir de la cual se aplica la tecnología médica sobre el proceso de embarazo, de parto y de puerperio.

Otro eje de análisis (Mijtavila y Echeveste, 1994) refiere al nivel de contrato en la relación médico paciente y la posibilidad de este último de interpelar el discurso médico. Este contrato, altamente dificultado por las relaciones de poder establecidas, se complejiza aun más en el caso de las mujeres que entregan a sus hijos en adopción, dado el juzgamiento del que son víctimas al cuestionar el *statu quo* del paradigma del ejercicio de la maternidad sostenido por el saber médico.

En este contexto se sustenta la idea de que la mujer, como ser incompleto, alcanza con el embarazo y el parto la culminación de su desarrollo biológico. "Todas las mujeres, las pobres y las ricas, sienten la necesidad de ser madres; su organismo, dispuesto sola y exclusivamente para el desempeño de esa misión, se altera notablemente cuando por alguna causa no puede cumplirla" (De Miguel, 1979). Esta ideología, sumada a la falta de conocimiento sobre la problemática específica, hace que las intervenciones de los profesionales del área de la salud se lleven adelante intentando homogeneizar la forma de ejercer la maternidad.

LOS EXPEDIENTES JUDICIALES

A continuación se presentarán, en primera instancia, los datos obtenidos en los expedientes judiciales, referidos a la renuncia voluntaria de la patria potestad (sesenta y tres casos) y, en segunda instancia, los que se refieren a los casos de abandono (treinta y nueve).

LOS CASOS DE MUJERES QUE ENTREGAN A SUS HIJOS

Nos referiremos aquí a los casos de aquellas mujeres que explicitan ante los profesionales de una institución (hospital y/o tribunales de menores) su intención de realizar la entrega de un hijo en adopción y cumplimentan los requisitos legales para ese fin a través de la renuncia al ejercicio de la patria potestad.

1. Caracterización de las mujeres

Según los datos obtenidos, el promedio de edad para las muje-

res que entregan sus hijos se encuentra en los 25,9 años y el rango de edades se extiende desde una mínima de doce años hasta una máxima de treinta y ocho. La mayor concentración de casos (40%) se produce entre los veinte y los veintisiete años. El grupo de doce a diecinueve años representa sólo el 17,4% de la población.

En cuanto al lugar de nacimiento se observa que en el 41,3% de los casos no se conoce el lugar de origen de las mujeres, por no figurar en los expedientes. Los datos obtenidos muestran que un gran porcentaje de estas mujeres ha nacido en el interior del país (27%); le siguen en frecuencia las nacidas en la provincia de Buenos Aires (19%). Por otro lado, y en relación con el lugar en el que residen al momento de la entrega, se observa una situación diferente. Sólo en un 7,9% no se conoce la residencia, y la mayor cantidad de casos refiere a mujeres que residen en el gran Buenos Aires (84,1%). De los casos restantes, un 6,3% habita en Capital Federal y, en mucho menor porcentaje, en el interior del país (1,6%).

El 69% de los casos analizados se encuentra conformado por mujeres solteras. Sólo uno de sesenta y tres, es decir el 1,5% de los casos, manifestó ser casada, repitiéndose este porcentaje en relación con las mujeres viudas. El 16% están separadas. No se encontraron los datos sobre el estado civil en el 7,9% de los casos.

Cuando se evalúan los recursos de formación y de trabajo con que cuentan las mujeres que entregan a su hijo, los datos muestran que el 44,43% ha logrado un nivel primario completo o incompleto. El 10% no tiene ningún tipo de instrucción. No se pudo establecer el nivel educativo que habían alcanzado algunas de las mujeres (36,5% del total).

Según los datos que constan en los expedientes, la mayoría, el 50,7%, está desocupada en el momento de la entrega, en tanto que el 38,1% está trabajando (la mayor frecuencia se presenta en el rubro empleada doméstica o niñera (79,1%). No hay datos para el restante 11,1%.

En cuanto a las personas que conviven con la mujer que entregó a su hijo, los casos en los que se encontró información (81%) muestran que las mujeres estaban viviendo con otra u otras personas: hijos (veintiocho casos), padres (dieciséis casos), pareja (quince casos) y hermanos (doce casos).[12] Por otra parte, el 76,2% de las

12. Estas categorías no son excluyentes.

mujeres ya tenían hijos al momento de la entrega. Sólo se dispone de información acerca de con quién vivían estos hijos para algo más de la mitad de los casos. Las situaciones registradas son, en orden de importancia numérica: la mujer convive con sus hijos, los hijos están a cargo de otra persona, algún/os hijos conviven con ella y otros no.

En cuanto a la permanencia de la mujer en el hospital, sólo se dispone de esta información para el 40% de los casos. En la mitad de ellos, el tiempo de internación fue de uno a tres días, período en el que la mayoría de las mujeres tomó la decisión.

2. Variables en relación con la entrega del niño

Se puede observar que de los sesenta y tres casos, un mínimo de dieciocho había comunicado la situación del embarazo al hombre que co-concibió y un número cercano había informado a uno o ambos miembros de la pareja parental. De igual modo, se observan ocho casos en los que se había anunciado el embarazo a los hermanos. En los casos de mujeres con hijos anteriores se observa que muy pocas comunicaron el embarazo. En el 11,1% de los casos nadie estaba enterado del embarazo de la mujer, ni siquiera el grupo conviviente. Es recurrente la cantidad de casos en los cuales no aparece el dato acerca de qué personas cercanas a la mujer saben que está esperando un hijo (41,3%).

Antecedentes y motivos

El 71,4% de estas mujeres no había entregado hasta ese momento algún hijo en adopción, en tanto que sólo el 7,9% tenía una o más experiencias anteriores en relación con el tema. No se contó con información sobre este punto en el 20,6%.

En cuanto a los motivos reportados por las mujeres se tomaron las categorías según aparecían en los expedientes. De este modo, puede observarse una marcada tendencia a señalar los problemas económicos como la principal traba para poder tener a sus hijos. Este motivo fue aludido en el 33,3% de los casos. La segunda razón sostenida es la sensación de no poder hacerse cargo, sin mayores especificaciones sobre su significado. Compartiendo esta posibilidad aparece otro que la complementa, “no sentirse capacitadas para cuidar de sus hijos”, que se refiere a percepciones más personales y representa el 14,3% del total analizado. Con mucho

menor porcentaje se encuentran causas que tienen que ver con la relación de la cual es fruto este niño (relación ocasional, falta de pareja, abandono o rechazo de la pareja a hacerse cargo del bebé). Por último, se observa la realidad de bebés producto de una violación (3,2%). En el 17,5% restante no se registra en ninguna instancia del expediente cuáles fueron los motivos que llevaron a las mujeres a entregar a sus hijos en adopción.

Por otro lado, las experiencias personales que puedan estar interviniendo en la decisión parecen ser de las menos explicitadas. En la información obtenida hay situaciones relacionadas con la violencia, que incluyen la recibida por parte de los padres o familiares en general (catorce casos), vivencias personales de abandono directo o indirecto (diez casos), conflictos familiares (seis casos), vivencia de pobreza extrema (seis casos) y otra diversidad de casos en los que influyeron el desarraigo, los problemas de salud físico y/o mentales de ella o de familiares, etcétera.

Los datos nos muestran que son pocos los casos en los que se registra una entrega anterior a la del niño que dio causa al expediente, y que las razones esgrimidas por las mujeres se relacionan básicamente con problemas económicos o vinculares que les impiden sostener al niño. Si a esto se agregan los antecedentes de las historias personales que socavan las condiciones de estas mujeres, se puede afirmar que la combinación de relaciones conflictivas con situaciones económicas precarias influye en el deterioro del vínculo afectivo y material que pueden establecer con estos niños, por lo que la entrega aparece como una forma de resolución de esa situación.

Diagnóstico profesional

Como primera medida se debe señalar el hecho de que en el 74,6% de las causas no figura un diagnóstico profesional acerca de la situación de la madre al momento de entregar a su hijo en adopción. Son muy pocos los casos en los que este diagnóstico aparece en forma clara y bien diferenciado, pero se encontraron casos en los cuales algunas apreciaciones pueden ser consideradas como aproximaciones diagnósticas.

Así por ejemplo, en el 8% de los diagnósticos se alude a negligencia o falta de compromiso por parte de los padres hacia el cuidado del bebé (es el motivo más informado por los profesionales). También se plantea el hecho de no poder cuidar de su hijo y/o no

poder hacerse cargo (9%) o las presiones familiares y el poco apoyo de la familia ante esta situación (otro 9%).

Por último, tienen una sola mención los siguientes diagnósticos: vínculo materno lábil, que el niño no sea hijo de su pareja actual o el encubrimiento de una violación.

3. Variables con relación al niño

Las variables analizadas respecto del niño entregado nos permiten observar que no habría diferencias basadas en su sexo (54% son mujeres[13] y el 46% son varones). Si observamos el porcentaje de niños que han presentado alguna patología (veintiuno de sesenta y tres casos), que en muchas ocasiones se encuentra asociada a condiciones de extrema pobreza o al abandono indirecto (desnutrición, deshidratación o falta de atención médica oportuna), se nota que este hecho es congruente con las dificultades socioeconómicas que presentan estas mujeres y que les dificulta el sostén de los niños. Asimismo, se revela que son excepcionales los casos de mujeres que luego de la entrega hayan mantenido contacto con el niño, salvo en las ocasiones en las que la entrega se realiza a personas de su entorno. Las desvinculaciones que se producen sin nuevos contactos favorecen la resolución temprana de la situación del niño que, en la mayoría de los casos, se da a través de la guarda con fines de adopción y la posterior adopción plena.

CASOS DE ABANDONO

Cuando hablamos de casos de abandono[14] nos referimos a aquellos en los que la mujer o la pareja decide desvincularse del niño y lo deja en un espacio público (puede o no ser una institución), sin que medie el aviso a un tercero que se haga cargo de él.

Veintitrés de los casos relevados corresponden a niños dejados

13. En dos casos se trató de gemelas, lo cual acrecienta el número de niñas.

14. A falta de otro término que sintetice de forma más adecuada esta situación y a los fines de facilitar la lectura, utilizaremos el término "abandono", cuyo significado y uso generalizado hemos discutido en otra parte del trabajo.

en la vía pública (plaza, terreno baldío, estación de tren, etc.) y trece a niños que fueron abandonados en el hospital durante el puerperio.

Variables en relación con la mujer

El dato más relevante es la escasez de información hallada en los expedientes judiciales. Si bien en muchos casos esto se debe a que el abandono ocurrió en la vía pública, también existen numerosos casos sin información entre aquellos que se produjeron en el hospital y en los cuales parte de la información, al menos, debería haber sido registrada en la historia clínica. A continuación, presentamos un cuadro que ilustra la magnitud de la falta de información acerca de los casos en estudio.

Variable	Ausencia de información (Porcentaje de casos)
Edad de la mujer	39
Lugar de origen	81
Lugar de residencia	50
Estado civil	67
Nivel educativo alcanzado	72
Empleo	75
Grupo conviviente	84
Hijos anteriores	75
Tipo de parto	58
Permanencia en el hospital	64

Para complementar esta información presentaremos el análisis de los escasos datos que han sido consignados. En cuanto a la edad, la mayor frecuencia de casos de abandono corresponde a mujeres entre los 20 y 23 años (19% del total de casos). En relación con el lugar de origen, se registran proporciones similares de mujeres provenientes del interior del país, el Gran Buenos Aires y los países limítrofes. El nivel educativo predominante es el nivel primario (completo e incompleto) y son muy pocas las que declaran

tener una ocupación. En cuanto al estado civil, encontramos proporciones similares de solteras y de mujeres casadas o unidas. En cuanto a las razones aludidas para tomar la decisión, se mencionan los problemas económicos, la imposibilidad de hacerse cargo del menor y la adicción de la madre (quien plantea no querer ese futuro para su bebé). Finalmente, entre los casos para los que se consigna información acerca de hijos anteriores, no se registran antecedentes de entrega de otro niño.

2. Variables en relación con el niño

En cuanto al sexo de los menores abandonados, los casos se dividen en igual proporción entre varones y mujeres. En relación con el estado de salud del niño, cerca del 60% no presentaban patologías. El restante 40% tuvo algún problema de salud de mayor o menor gravedad, muchas veces vinculado al ambiente al que estuvo expuesto hasta ser encontrado.

En cuanto al destino del niño, si bien en uno de los casos existió un contacto posterior con la progenitora, ninguno de los menores abandonados fue restituido a su familia de origen. El 55,5% se encuentra en guarda con fines de adopción y el 36,1% tiene la adopción plena. El 8,3% restante se encuentra internado en hogares.

CONCLUSIONES

A manera de cierre de esta sección se puede afirmar que el dato que sin duda aparece como de mayor peso y relevancia es la ausencia sistemática de información. Esto se repite aun en las variables fundamentales que dan forma y contexto a la decisión de estas mujeres. Esto se observa tanto en las mujeres que abandonan, donde podría estar justificado por la imposibilidad de reubicarlas en la mayoría de los casos; pero también se repite en los casos de quienes hacen explícito el deseo de entregar a su hijo en adopción y en los cuales los profesionales cuentan con la presencia de la mujer para construir la base de información. La intervención de por lo menos dos instituciones, el hospital y el tribunal de menores, no parece garantía suficiente para construir un perfil de quienes se encuentran transitando esta problemática, y menos aún conocer su perspectiva del tema. Por ello se puede pensar que esta carencia

tiene su base en el poco espacio que concita esta problemática en las preocupaciones y en el interés de los profesionales.

Los datos indican que se trata en general de mujeres jóvenes pero no adolescentes como se suele pensar, que tienen ya otros hijos. La gran mayoría no cuenta con un trabajo estable o desempeña tareas de muy baja calificación, y tiene un nivel educativo que no le permite mejorar su situación socieconómica. En cuanto a sus relaciones interpersonales, la ausencia (en el embarazo y en el momento de la decisión) tanto del hombre que co-concibió como del grupo familiar de origen sería un importante componente del proceso que complejiza y profundiza la necesidad de intervenciones profesionales adecuadas en el acompañamiento del proceso y el posterior seguimiento. Esto produce una suma de carencias tanto familiares como sociales que impulsan a la mujer a tomar una determinación que permita su subsistencia y la del niño recién nacido.

Entre los motivos explicitados por estas mujeres priman dos tipos de factores: a) los relacionados con la situación económica, b) los relacionados con la situación particular, que abarcan no sólo lo económico sino otro tipo de dimensiones, como la afectiva, la familiar, la pareja, etcétera, que impiden que la mujer arme o sostenga una vinculación con el niño. Este último factor incluye enfermedades, terceros a cargo, e incapacidad de sostener la crianza, entre otros. Algunas situaciones mencionadas como "no estar capacitadas" o "no hacerse cargo" podrían asociarse con este motivo, manifestando básicamente el deseo de no establecer un vínculo con el recién nacido. Asimismo, aparecen motivaciones asociadas tales como la drogadependencia y los problemas de salud. Por otro lado, los diagnósticos profesionales aparecen, en el mejor de los casos, como un espacio burocrático que no aporta valor agregado a lo que la mujer refiere.

Finalmente, y considerando que los expedientes judiciales son el único lugar al que los jóvenes adoptados pueden recurrir para conocer la historia de la desvinculación de sus padres biológicos, y los motivos y situaciones que llevaron a la mujer que los concibió a tomar la decisión de entregarlo, es de fundamental importancia contar en ese espacio con los datos que permitan al joven adoptado reconstruir la historia de su origen. Asimismo, es necesario considerar que ese mismo espacio es el que le permite a la mujer dar cuenta de cómo y cuáles fueron las circunstancias que dieron lugar a su decisión. A partir de esto podemos considerar la funda-

mental importancia de fortalecer y repensar la forma y el contenido de esos expedientes para que se constituyan en el espacio desde el cual reconstruir esa información.

LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE SALUD

Cuando se indaga sobre la información y el conocimiento que los profesionales registran, en su experiencia personal, sobre este tipo de casos, aparecen referencias que muestran una relación distante con la temática. Los testimonios que se presentan a continuación, seguramente atravesados por la memoria y por la ideología de los entrevistados, nos permitirán un acercamiento a la caracterización que estos profesionales hacen de las mujeres que entregan a sus hijos.

Perfil de la mujer que entrega

En relación con el registro que los profesionales tienen de la edad de las mujeres al momento de entregar a un hijo en adopción, se observa que la totalidad de las descripciones se orienta a localizar esta población en un grupo etáreo joven, pero que ha superado la etapa adolescente, conformado por mujeres mayores de edad según la ley. La mayoría de las referencias focalizan los casos asistidos entre los 20 y los 30 años.

> De los casos de mamás que dan a sus bebés en adopción, en general son mamás mayores de edad, no son las menores [...]. Es decir, de los veinticinco a los treinta [...] (as. 3, mujer).[15]

> Soltera, mayor de edad. En general todas las adopciones que tenemos son en el 90% madres adultas, no hay entrega en adopciones, es mínimo, de diez una puede ser menor. Casi todas son madres mayores de veintiún años (as. 4, mujer).

15. Las referencias utilizadas son as.: asistente social; enf. neo.: enfermera de neonatología; enf. mat.: enfermera de maternidad; obst.: médico obstetra; part.: partera y neo.: médico neonatólogo. También se incluyó el sexo del profesional. A continuación de esta referencia se incluye el número de identificación de la entrevista y el sexo del entrevistado.

Las descripciones se refieren a mujeres que se han trasladado de provincias del interior o de países limítrofes hacia Buenos Aires para ocultar el embarazo. Otros motivos de ese traslado pueden ser situaciones laborales o familiares, y el embarazo se produce luego de su llegada a Buenos Aires. En relación con los migrantes de otros países, se observan referencias con matices discriminatorios manifiestos en la forma en que son nombradas y en la lectura que se hace de su proyecto de vida. El origen de las mujeres aparece para algunos profesionales como un espacio que diferencia a las que son de aquí de las que no lo son, utilizando esto como un factor de análisis discriminatorio de la realidad de las mujeres. La mujer deja de ser ella misma para ser focalizada como "la paraguaya" o "la bolivianita".

> La chiquitita que yo tuve [...], que era de Salta [...] Bueno, esta chica se vino de Salta embarazada (enf. neo. 3, mujer).

> [...] la última vez tuve una bolivianita, por ejemplo [...]. Una paraguaya de treinta y pico de años, sola, con un hijo, saliendo a trabajar, sin ningún entorno, que vino embarazada (as. 3, mujer).

La situación de las mujeres menores de edad en el momento de la renuncia es más compleja que las de quienes son mayores, dado que requieren del consentimiento de sus padres para la entrega. Los padres siempre son informados de la situación aun cuando la adolescente desee ocultar su embarazo y no quiera mantener el vínculo con el niño, porque pueden hacerse cargo del recién nacido contra la voluntad de su hija. Esta medida se aplica tanto a quienes se encuentran en la etapa inicial de la adolescencia (doce o catorce años), así como a las que se encuentran cercanas a la mayoría de edad.

Por otro lado, los testimonios revelan que las adolescentes contarían con la contención familiar, que las acompañan en este momento y evita así que se concrete la entrega. Las adultas que ya se han independizado de la familia o se han trasladado de su lugar de origen, encuentran, según los profesionales, mayores dificultades para sostener al niño, dado que ya tienen otros hijos y no les resulta fácil insertarse en el mercado laboral. Estas condiciones harían que las mujeres mayores de edad se encuentren más expuestas a este tipo de problemáticas.

> No, adolescentes no hemos tenido ninguna que lo diera en adopción. Generalmente, algunas tienen contención familiar y otras las ponen en hogares para que estén con los bebés (neo., 6).

> Lo ocultan en la casa, no se dan cuenta o no se quieren dar cuenta [...] del embarazo. Y entonces no pueden volver a la casa con el bebé pero, de última, en la casa se enteran igual porque cuando son menores tienen que ir la mamá o el papá a firmar (as. 3, mujer).

Por otro lado, se puede observar que aun en los casos en los que la mujer cuenta con el apoyo y la contención de su familia para continuar el vínculo con el niño, no son factores suficientes para que opte por esta decisión.

> Después de haberlo tenido, los padres la apoyaban si quería quedarse con el bebé y demás, y ella negando [...] (as. 4, mujer).

También, en relación con su situación familiar, se presentan casos en los que las mujeres, especialmente las más jóvenes, ocultan su embarazo al grupo familiar o conviviente cuando se plantean la posibilidad de entregar al niño en adopción.

> AS: Ella negó el embarazo durante los primeros dos meses [...] al marido (as. 1, mujer).

> MÉDICO: Cuando la reviso le digo: Mire señora, va a ser abuela.
> SEÑORA: No, ¿pero cuándo?
> MÉDICO: Dentro de veinticinco minutos (la chica estaba con ocho de dilatación).
> SEÑORA: ¿Pero cómo me lo pudo ocultar? (obst. 6, varón).

Esta es una situación que se repite y que requiere de diversas estrategias desarrolladas por la mujer con el fin de ocultar el embarazo: utilización de fajas, vestimenta amplia, referencias a distintas enfermedades como "ataque al hígado" para justificar la "inflamación", etcétera. Por otro lado, mientras algunas de ellas parecen plantearse algún tipo de fantasía a partir de la cual el niño no va a nacer, y por esto no se preocupan por el momento del parto, otras plantean a los profesionales la necesidad de utilizar mecanismos como el alta temprana o voluntaria, que permita continuar ocultando la situación.

> Quería tenerlo a una hora determinada para decirle a la madre que no venía a dormir por una u otra razón y al día siguiente al atardecer, más o menos, tenía que estar como para ir a dormir (obst. 1, varón).

Existencia y relación con los hijos anteriores

Se encontraron testimonios que plantean, que en términos generales, las mujeres que entregan en adopción un hijo ya cuentan con hijos anteriores. En otras palabras, esta situación es excepcional entre las primerizas. De hecho, ninguno de los testimonios hace referencia a alguien que haya entregado a su primer hijo. Los testimonios que más se repiten son los de las llamadas "grandes multíparas" o mujeres que tienen más de cuatro hijos, incluso el caso de una menor de edad. Asimismo, se observa que cuando más edad y mayor cantidad de hijos tiene una mujer, es menor la posibilidad de contar con el apoyo necesario para mantener con ella al recién nacido.

> [...] y se ven ante una situación de no poder solas. Ante esta situación de un nuevo hijo y tener que mantener a los demás [...] pero observamos que el primer hijo casi nunca lo entregan en adopción y, si hay intenciones, son las que después vuelven a buscar a su hijo, lo recuperan, pero cuando ya se les dificulta un poco la organización familiar asumiendo otro hijo, con dos o tres que ya tienen, solas además (as. 4, mujer).

> La característica que uno ve que se repite es que no hay entrega en adopción del primer hijo, siempre son a partir del segundo o tercer hijo (as. 4, mujer).

> Creo que tenía once o doce chicos [...] si eran abuelos y todo (enf. neo. 1, mujer).

Relaciones de pareja

La mayoría de los casos son mujeres que no cuentan con una pareja al momento de la entrega de su hijo. Sin embargo, también se refieren casos en los que el hombre y la mujer que co-concibieron son los que se plantean la posibilidad de entregar al niño en adopción. Cabe destacar entonces, que contar con una pareja al

momento de la decisión no garantiza la continuidad del vínculo madre-hijo.

> Muy poquitos [casos] tenían pareja, generalmente son mujeres solas (as. 1, mujer).

> Son mujeres solas, la mayoría. Hay un gran porcentaje de mujeres solas (as. 3, mujer).

> Esta señora trabajaba en la prostitución con una hija, y el esposo la culpa de que ese embarazo no fue de él sino porque ella ejercía la prostitución (enf. neo. 1, mujer).

Quizás esto esté relacionado con que, en condiciones socioeconómicas adversas y en un contexto de elevado desempleo, contar con una pareja no asegura la cobertura de las necesidades básicas del grupo familiar, por lo cual se plantea la posibilidad de la entrega. Comparando los relatos de los casos de quienes cuentan con una pareja, con mayor o menor grado de estabilidad, observamos que se viven dos situaciones diferentes y que presentan posicionamientos distintos de los varones. En una aparece un varón que se desentiende del niño y le atribuye a la mujer la responsabilidad de la concepción y le asigna a ella la decisión, mientras que, en la otra posición, el varón acompaña el proceso de decisión y asume la imposibilidad de hacerse cargo del niño.

Existen casos en los que no se explicita a los profesionales la situación de pareja. Se puede pensar que esto se produce básicamente por dos motivos: porque el hombre que co-concibió pertenece al entorno de la mujer y ésta no quiere que sea convocado o por tratarse de un embarazo producto de violación o incesto.

> Con el padre [...] no quedó muy claro cuál es la situación de pareja, si se sigue manteniendo o no porque ella no quiere dar datos claros (as. 4, mujer).

Situación socioeconómica

Los profesionales describen las grandes carencias que sufre la población de mujeres que entrega a su hijo en adopción y las asocia incluso, a condiciones infrahumanas. Esto significa un gran costo emocional para quienes desearían mantener el vínculo pero no tienen los recursos materiales necesarios.

> Venía lenta porque, aparte, no podían venir, no tenían plata para el boleto (as. 1, mujer).

> [...] viviendo en condiciones infrahumanas, desamparada totalmente [...] (as. 2, mujer).

> Solita con su alma, no tenía nada de nada (as. 3, mujer).

> Falta de recursos económicos, de todo punto de vista, laborales [...] (as. 6, mujer).

Son este tipo de problemáticas las que han hecho que, en los últimos tiempos, se presenten con mayor frecuencia parejas con la intención de entregar a su hijo. Aparece también un testimonio que se constituye como la excepción y que plantea un caso en el que, a pesar de contar con medios económicos, el hospital surge como el lugar de castigo para quien se embarazó sin respetar el modelo de noviazgo-matrimonio-hijos, y la entrega como el modo de resolver la situación por parte de la familia.

> Nosotros hemos tenido casos de pacientes con una muy buena posición económica en lo cual los familiares o quienes fueran que estuvieran a cargo, primero, la mandaron al hospital a atenderse como si fuera un castigo y, segundo, fueron influenciadas para que lo dieran como una forma de ocultamiento de ese embarazo (obst. 6, varón).

Por otro lado, aunque se realizan pocas referencias a la situación laboral de las mujeres, aparecen algunos comentarios que plantean que la mayoría no cuenta con un empleo y el hecho de que lo tengan no garantiza que sostengan el vínculo con el niño. Es más, en ocasiones, este nuevo niño es vivido como obstáculo para mantener la relación laboral que procure el sustento para sí misma o para los hijos anteriores.

> PREGUNTA: ¿Vos decís que trabajaba la señora?
> RESPUESTA: En una veterinaria, [...]. Incluso empezó en limpieza, después pasó a ser como la secretaria. Ahora estaba ayudando en las operaciones [...] (as. 1, mujer).

Una situación particular suele ser la de las mujeres migrantes, quienes se trasladan desde su lugar de origen en busca de mejoras socioeconómicas para ellas y para sus familias, e incluso dejan

atrás hijos anteriores. Al llegar a Buenos Aires encuentran que su situación se complica por la presencia de un hijo que impide el cumplimiento del objetivo planteado. Otras planifican su traslado a Buenos Aires como estrategia para el ocultamiento de un embarazo no deseado, que se resuelve entregando al niño en adopción y después regresar a su lugar de origen.

> Lo que sí me acuerdo es que ella vino [...] desde Bolivia, buscando una posibilidad de trabajo, de independizarse (as. 3, mujer).

> Ella ya se ve que quedó embarazada, y bueno, le dijo a los padres que se venía a Buenos Aires, a trabajar, sin saber los padres que ella estaba embarazada (enf. neo. 3, mujer).

> Son chicas que vienen de la provincia a trabajar de sirvientita, con cama adentro. [...] Y si no se propasó el patrón [...] Se propasó el hijo del patrón o el amigo del hijo del patrón, o se hizo un noviecito en la calle y, bueno, el resultado de esos amores [...] es ese chico ¿y qué pasa con ella? Si no tienen una familia que las contengan, la sociedad tampoco las contiene y se ve que las patronas le dicen "bueno, hasta [...] mientras puedas trabajar quedate acá, cuando tengas el chico te tenés que ir" (part. 3, mujer).

Finalmente, esta partera plantea dos cuestiones: por un lado, la valoración despectiva del trabajo en servicio doméstico y, por otro, la violencia sexual a la que están expuestas las jóvenes que trabajan en estas actividades. Asimismo, aparece la crítica a los empleadores que no acompañan la situación de la joven.

Estado de salud

En las pocas referencias al estado de salud de estas mujeres, emerge una nueva problemática que se entrecruza con la de la entrega en adopción: la de las mujeres con HIV. Esta realidad, combinada muchas veces con la utilización de drogas y el ejercicio de la sexualidad sin protección adecuada ha crecido en su frecuencia, asociada con la entrega en adopción.

> No te olvides que en los últimos años ha surgido otra problemática con el VIH y con el abuso de drogas ilegales, y es que, muchas veces, dentro de los trastornos que puedan caracterizar estas cosas, por ejemplo, en el caso de los drogadependientes, el abandono se da. Pero

lo general se da con las pérdidas porque se registra como una pérdida más, el hijo generalmente no es un hijo deseado sino que es un accidente bastante más común de lo que se supone, de que una paciente consumidora de drogas se embarace prostituyéndose para comprar su droga (obst. 6, varón).

Si bien el testimonio tiene un costado discriminatorio, también señala una realidad: el VIH complejiza la posibilidad de una entrega en adopción porque no es fácil encontrar padres adoptivos que acepten a un niño con esta enfermedad.

Por otro lado, otra problemática que aparece asociada a la decisión de entregar al hijo son los trastornos mentales, que justificarían tomar una decisión que se aparta de los parámetros sociales acerca de la maternidad.

[...] Oligofrénica [...] (as. 2, mujer).

Por ejemplo, tuvimos hace poco el caso de una mamá que estuvo con problemas psiquiátricos (enf. neo. 4, mujer).

En relación con el control del embarazo los testimonios refieren la falta de controles prenatales a excepción de aquellas que se han acercado tempranamente al hospital para manifestar su deseo de entrega.

Me acuerdo de varios casos en el cual hubo una manifestación. El 50% de las pacientes presenta uno o ningún control en el último cuatrimestre del embarazo, no hay campaña [...] (obst. 6, varón).

Historia de vida

La diferencia debe estar en la historia de vida de cada una, seguramente (part. 2, mujer).

En general, hay algún sustrato de violencia en toda historia de madre que desea dar a su hijo en adopción [...]. En todo lo que se puede interpretar como violencia familiar. Puede pasar desde la agresión de la pareja, de violencia familiar, del rechazo de la familia conviviente, rechazo del medio [...] yo no creo que haya para nada historias iguales. Pueden presentar elementos en común, podemos hablar, como dijimos, de figuras parentales ausentes, podemos hablar de la violencia familiar (obst. 6, varón).

Ante la opinión de que en realidad el perfil de las mujeres que entregan a sus hijos en adopción no se diferencia sustancialmente de quien no lo hace, aparece otra dimensión que ayudaría a explicar los motivos por los que una mujer ante un hijo no deseado apela a la alternativa de entregarlo en adopción. Esta dimensión refiere a la historia de vida de esta mujer, y como primera característica de esta historia aparecen las referencias a vivencias de desintegración familiar asociadas a abandono, desarraigo, orfandad, que puede haber sufrido la misma mujer y que los profesionales indican como un posible condicionante.

> Mirá, por lo general, son mamás que han sufrido mucho abandono. No han tenido una infancia feliz ni nada, muy pocas son las mamás que indudablemente toman la decisión habiendo tenido una trayectoria armónica de acuerdo a la edad y todo. Muchas veces lanzan a los chicos, se vienen de quince años solas, de golpe y porrazo arman una pareja y, bueno [...] aparece el embarazo (as. 6, mujer).

En cuanto a la historia de relación con sus hijos, los profesionales tienen presentes situaciones de mujeres que han tenido dificultades con anterioridad. Estas pueden tener que ver con el estado de salud de algún hijo, o con experiencias previas de desvinculación en forma directa (entrega en adopción) o indirecta (criados por terceros).

> Ha tenido hijos internados en neo, pero no con esta situación tan mala (as. 4, mujer).

> Ya había dado otro bebé (obst. 1, varón).

> [Al juez] le había llegado alguna vez la denuncia de que esta niña había entregado a su bebé, lo había entregado a un matrimonio (as. 3, mujer).

Existen profesionales que no registran datos sobre la historia de la mujer más allá de los mínimos necesarios para el desarrollo de su tarea profesional.

> PREGUNTA: ¿Y sabés algo de la historia de esa mujer?
> RESPUESTA: No, enseguida llamamos al servicio social y se arreglan ellos (enf. neo. 1, mujer).

> Más que nada datos obstétricos, número de nacimientos, peso de los chicos, y estado de salud de los otros chicos, o si están vivos, o no, y si están con ella o no (neo. 4, varón).

MOTIVOS DE LA MUJER PARA LA ENTREGA

> Es un poco difícil sujetarlo a una sola razón. Yo pienso que cada uno tiene razones aprehendibles o no. De todas formas, son razones que debemos respetar (obst. 6, varón).

> La mayoría lo vive con dolor, porque no pueden tenerlo. Ya no tienen más lugar, comida, espacio o trabajo. Las menos no lo quieren porque no es deseado, y otras no dicen nada, no dan ningún tipo de argumento (neo. 4, varón).

Los testimonios plantean que no existe un modelo único de explicación de esta decisión y sería difícil plantear una relación unicausal. Más bien parece necesario proponer un amplio espectro de posibilidades que pueden ser agrupadas en cinco grandes ejes.

Proyectos previos: su propia vida y los vínculos cercanos

Algunos de los testimonios registrados nos muestran cómo, en ocasiones, el niño aparece en la vida de la mujer obstaculizando la realización de proyectos previos. Esto se da en las adolescentes o jóvenes que sienten que no podrán desarrollar la vida esperada con la responsabilidad de un hijo, y deciden no continuar con este vínculo. Asimismo, los profesionales refieren casos de mujeres que privilegian los planes de futuro superador de la situación actual, frente a lo cual la aparición de un nuevo hijo significaría un alto costo tanto para ella como para sus otros hijos.

> Los hijos estudiaban, tenía un hijo en la facultad, ella trabajaba, quería estudiar, decía: "Yo no tengo lugar, no quiero, no quiero criar" (as. 1, mujer).

> Las chicas menores de edad dicen que cómo van a vivir, que todavía son muy jóvenes, que no tienen adonde ir (enf. mat. 6, mujer).

De igual modo, los registros sostienen el peso que tienen los vínculos directos (hijos, padres, abuelos) previos, con los que la

mujer ha construido una historia y que ella siente que corren el riesgo de deteriorarse o deshacerse ante la aparición del recién nacido, así es que eligen desvincularse de este último priorizando sus vínculos previos.

> Y la mujer vino del Chaco a trabajar acá, conoció una persona y quedó embarazada, y quería volver al Chaco [...] pero con el hijo no, porque allá tenía el marido y sus hijos [...], era deshacer todo el hogar que tenía allá, prefería darlo (enf. mat. 4, mujer).

> Tiene una nena con hidrocefalia, estaba internada en el Garraham, y la mujer entendió claramente: "O sigo cuidando a ésta para que no se me muera o me llevo a mi hijo y ésta se me muere, porque con los dos no puedo" (as. 1, mujer).

Motivos relacionados con la pareja

Existen referencias sobre las causas relacionadas con la situación de pareja que vive la mujer que desea entregar a su hijo. Esta situación puede darse tanto por la falta de alguien que provea el sostén físico y afectivo de la criatura como por la existencia de una pareja que se opone a sostener el vínculo con el niño. Muchas veces la mujer se somete a esta presión, prioriza la necesidad de contar con los recursos que esta pareja provee para la subsistencia de sus otros hijos y, de este modo, vive una situación de violencia.

> La mamá tiene al bebé, pero dice que ella no lo quiere conocer porque el marido no deja que lo lleve a la casa (enf. neo. 1, mujer).

Uno de los testimonios sostiene que el abandono de la mujer, por parte del hombre que co-concibió, desencadena sentimientos negativos que proyecta en el niño, por lo cual decide la entrega como una forma de "venganza" hacia el hombre.

> A veces [me siento] un poco indignada porque las mujeres dicen "bueno ¿no? él me dejó a mí y yo lo dejo a él", deja al hijo (enf. neo. 1, mujer).

Muchos relatos señalan la falta de una pareja como motivo para la entrega, dadas las dificultades económicas que la mujer debería sortear por sí misma si continuara el vínculo con el hijo.

> Ella dijo que iba a dar el bebé en adopción y por qué. Porque tenía otro chico y éste es de otro papá, y el otro papá tampoco está con él [...] "Otro chico y el medio social y económico no me ayuda y yo tengo que seguir trabajando" [...] generalmente, los casos que yo he tenido son con esa motivación y que ellas solas no pueden hacer frente a situaciones. Yo pienso que, quizá, si tuvieran una pareja estable [...] (part. 3, mujer).

> Me dijo "no, no puedo, no lo puedo llevar, no lo puedo mantener, no puedo llevarlo, mi pareja me abandonó, no puedo llevarlo", se retiró con todo el dolor del alma porque lo dio en adopción porque ella no lo podía llevar (enf. neo. 6, mujer).

Un obstetra varón hace hincapié en el abandono que sufrió la mujer por parte del hombre que co-concibió como instancia previa a la entrega en adopción del niño. Si bien este testimonio presenta la participación indirecta del varón en la decisión, lo hace justificándola en una supuesta "incapacidad".

> Acá nos estamos refiriendo a la madre porque eso es un poco eufemístico, porque acá, se tendría que interpretar la pareja, de alguna forma, la pareja masculina que abandona a la contraparte embarazada está manifestando una incapacidad y también prohíja ese tipo de conducta, digamos, de golpe, no hay en quién apoyarse (obst. 6, varón).

Niño producto de violación

También encontramos relatos de profesionales de la salud que mencionan como causas de algunas entregas el hecho de que el niño sea producto de incesto o violación. Ésta es, junto con las explicaciones relacionadas con las carencias materiales, la que se menciona con más frecuencia.

> Porque la violó el padre, por ejemplo. Entonces ella no lo quiere, de comienzo, cuando ni le dan de mamar ya ahí avisan "no lo llevo" (enf. mat. 5, mujer).

> Averiguamos a veces cuando son abusos, generalmente familiares, esas cosas que nos horrorizan bastante, y bueno, generalmente esas mamás son las que dan en adopción (enf. neo. 4, mujer).

> Ahí ella me confía que había tenido una relación con un hombre que tenía compromiso, pero estaba muy reacia a dar información: "Y esa persona está muy cerca tuyo ¿no es cierto"; "sí" (obst. 6, varón).

Este tipo de casos tendría como característica la firmeza de la decisión, desde el primer momento, en la joven/mujer que refiere su deseo de entregar al niño en adopción. Asimismo, parece la causal que logra mayor aceptación dentro de los miembros del equipo de salud, que, ante ciertos indicadores, se encuentran alertas para la detección temprana en estos casos.

Los factores económicos

La referencia a la situación económica adversa al momento de la entrega se repite en los relatos de los profesionales como aquella que más se reitera en este tipo de casos.

> Las mamás que vienen acá a plantear no lo puedo criar, no tengo lugar en mi casa, no tengo plata para criarlo [...], lo primero que anteponen es la situación económica, que es real, obvia, catastrófica y cada vez peor. Pero me acuerdo de un caso; la mina te ponía claro "no tengo plata, no tengo plata, estoy sin trabajo" [...] Pero ellas siempre ponen, al menos los casos que trabaje yo acá y en el PPA:[16] "No tengo plata, no tengo plata, no, es muy costoso. Quiero tenerlo bien y no puedo tenerlo bien". En lo económico, siempre plantean desde lo económico (as. 1, mujer).

En los casos en los que, según los profesionales de la salud, las mujeres entregan a su hijo por motivos de índole económica aparecen dos variantes: quienes plantean no tener recursos para la subsistencia del niño y quienes, pudiendo cubrir las necesidades indispensables, sienten que esto no es suficiente para "tenerlo bien" y, por lo tanto, optan por la entrega.

> Hasta que planteó que no se iba a poder hacer cargo, sobre todo por una cuestión económica. Y que ella sola lo estaba asumiendo, su marido, no. Y que si ella asumía hacerse cargo de su bebé en las con-

16. Programa de Prevención al Abandono, del Consejo Nacional del Menor y la Familia.

diciones que estaba no iba a poder seguir trabajando. Que con su marido sólo, no iba a poder con todos sus hijos (as. 4, mujer).

Que la situación económica también desubica un poco a los [...], qué sé yo, como que si no tengo para mantener prefiero sufrir yo sola y no un bebé que también sufra (enf. neo. 4, mujer).

Algunos profesionales que mantienen una relación unicausal con el problema sostienen que la situación económica es lo que motiva, de manera casi excluyente, este tipo de casos.

Las causas son casi obvias, son la imposibilidad de mantener a esos chicos, la pobreza. Muchas mujeres manifiestan que desean para sus hijos un futuro mejor, que en otra familia podrían acceder y que ellas no le pueden dar [...] porque saben que no los pueden educar, no los pueden alimentar, que no los pueden vestir, sí es la causa social, económica es (obst. 5, mujer).

La mayoría son argumentos económicos o argumentos familiares pero que en el fondo son económicos (as. 3, mujer).

Hay profesionales que no parecen estar convencidos de que la situación económica alcance como clave explicativa para la decisión de las mujeres que entregan sus hijos, más allá de que sea el motivo que la misma mujer señala.

Generalmente son causas socioeconómicas. Claro evidentemente hay algún otro problema base que uno no lo llega a descubrir [...] pero, en general, son causas socioeconómicas por lo menos las que ellas dicen, si hay algo más, no lo sabemos (neo. 6, mujer).

MODALIDADES DE LA ENTREGA

En relación con el procedimiento que las mujeres utilizan para desvincularse del niño, los relatos nos permiten agruparlas en cuatro formas básicas a los fines del análisis: a) la entrega en el hospital con manifestación de su deseo en algunos de los siguientes momentos: durante el embarazo, en el parto o inmediatamente después; b) el abandono del niño en algún lugar del hospital (habitualmente la cuna o la sala de neonatología); c) la entrega del ni-

ño a terceros fuera de las instituciones, y d) el abandono del niño en la vía pública. A continuación intentaremos describir brevemente cada una de estas alternativas a partir de los relatos de los profesionales.

Entrega en el hospital

En esta modalidad la mujer señala claramente a alguno de los profesionales del equipo, su deseo de entregar al niño en adopción. En este sentido, pueden observarse dos procesos distintos. El primero es un proceso lento, caracterizado por una importante exposición del costo afectivo antes de tomar la decisión definitiva de desvincularse. El otro es un proceso que, de acuerdo con los profesionales, aparece como una decisión rápida y definitiva, asumida desde el primer momento en que la mujer toma contacto con el equipo de salud.

> Pregunta: ¿Cuáles serían los extremos?
> Respuesta: Las que te entregan al chico con una frialdad total, no quieren ver el momento del nacimiento, y no lo conocen al bebé directamente, tienen el parto y se van a la casa sin verlo. No quieren saber, te dicen, "no quiero saber nada, ni el sexo, ni el peso, ni nada, pongan el nombre que ustedes quieran". Y el otro extremo son las que quieren a su bebé y por situaciones eventualmente económicas, de vivienda, no pueden tenerlo, entonces se ven obligadas a darlo en adopción o a una mamá transitoria, y vienen todos los días a verlos y les dan la mamadera, por ahí si nadie las ve, le dan el pecho (neo. 4, varón).

Quienes aparecen con una decisión muy firme y se muestran frías y con cierta distancia de la situación no cuentan con una buena recepción o, al menos, junto con las que se fugan, son las menos aceptadas por algunos miembros del equipo de salud.

> Ella dijo que lo quería dar, que si encontraba alguien mejor, no sé, es como cuando te comprás algo y te queda grande o chico y no te gusta y decís "mejor lo regalo", una cosa por el estilo [...] y ella dijo desde el principio que lo iba a dar y si no, lo último que uno intenta es el acercamiento (part. 1, mujer).

> Dijo que no, que no lo quería tener y no lo quiere conocer, ya era una cosa muy madurada en ella (neo. 6, mujer).

Quienes tienen un proceso lento de decisión tienen mayor aceptación por parte de los profesionales ya que la mujer muestra el costo de la decisión en distintos momentos de la intervención.

> Cuando vino la asistente social con el juez, le costó desprenderse pero siguió firme en su decisión. Es una situación fea, te das cuenta de que para ellas es doloroso desprenderse, es una decisión trágica (part. 3, mujer).

"Fuga" del hospital

En este caso nos referimos a la mujer que, luego del parto y sin haber explicitado su deseo, se retira del hospital y deja allí al recién nacido. Esto, en general, se produce pocas horas después del parto y es altamente criticado por los profesionales, quienes lo consideran una falta de responsabilidad y un engaño hacia ellos. Es una escena temida que provoca el desarrollo de estrategias de control, básicamente asumidas por el personal de enfermería. Esta situación, a la que se denomina con términos como "fuga" y "se escapó", genera la demanda de personal de vigilancia en la institución.

> Que no se fugue y no deje el chico abandonado que es otra de las cosas que ocurre [...] se ponen un vestidito encima como para ir al baño y se fugan (part. 3, mujer).

> Nos dejan el niñito y se van [...] Sin decir nada, se nos escapan las pacientes. Este es un hospital muy abierto, muy de puertas abiertas, recién ahora hay un poquito mas de control (enf. mat. 6, mujer).

Entrega fuera del hospital

Otra forma como la mujer se desvincula del niño es entregarlo fuera del hospital. Este procedimiento se da en muchos casos a través de la comercialización ilegal, aunque también hay casos en los que se entrega al niño sin mediación de dinero y con el solo interés de la mujer de cortar ese vínculo. Quizás esta opción sea tomada por quienes en un primer momento pensaron que podían hacerse cargo del niño y que, al poco tiempo, la situación se les hizo insostenible.

> Había alguien esperando; supuestamente ese bebé fue para Capital, a una familia muy acomodada, según la hermana (obst. 1, varón).

> Esta chica se fue del hospital con el bebé y después lo dio en la calle. Yo me enteré cuando la cité para control de puerperio, le dije: "Contame del bebé, un varoncito" y me dijo que lo había dado (part. 3, mujer).

Abandono

La última modalidad que se registra es la del abandono. Aunque éste es un término que ya hemos discutido en un momento anterior del trabajo, podemos decir que se utiliza para aquellos casos en los que una mujer deja al recién nacido en la vía pública o en alguna institución, sin que esta decisión sea referida a persona alguna para que se ocupe del niño. Este tipo de casos llega al hospital a través del niño que es trasladado para su control y produce un impacto en el personal que no encuentra explicaciones para este proceso.

> Tuvimos un bebé que la mamá abandonó; a los cuarenta y cinco días volvió pero ya estaba bajo juez. Con ese chico pusimos alma y vida todos, estuvo como tres meses internado. Después salió con amas externas. Tuvimos casos de chicos encontrados en la calle, tuvimos uno muy especial que encontraron en un tacho de residuos, personal de acá, haciendo la limpieza (neo. 5, mujer).

Podemos observar que en las cuatro alternativas que hemos descripto y que elige la mujer que desea desvincularse del niño, se plantea una serie de condiciones que las diferencian: distintos niveles de previsión y atención al riesgo que el menor deberá correr, distinto grado de exposición de la mujer al cuestionamiento y justificación de su decisión y distintos grados de presión del entorno en el momento de la desvinculación. Las mujeres que explicitan en el hospital su deseo de entregar al niño son quienes tendrían mayor disposición para protegerlo y también quienes se someten a una serie de instancias que requerirá la justificación de su decisión y que, desde los supuestos sociales del ejercicio femenino de la maternidad, abrirán juicio sobre su conducta. Esta mujer legaliza y legitima, de alguna forma, su decisión a través de los instrumentos e instituciones sociales dispuestos para tal fin. Por otro lado,

quienes dejan al niño en el hospital sin manifestar explícitamente esta decisión al personal de la institución, mantienen un espacio de cuidado hacia el recién nacido en cuanto al aspecto físico, aunque lo exponen en su situación legal que requerirá mayor tiempo para su resolución así como también provoca una inscripción de situación inconclusa y sin explicación para este niño. Esta aparece como una modalidad que le ahorra a la mujer la necesidad de dar cuenta de su decisión.

Para quienes realizan la entrega a terceros fuera del espacio del hospital, si bien el niño no corre en lo inmediato ningún peligro físico, las buenas intenciones manifestadas por las personas que se harán cargo de él no garantizan su bienestar físico ni psicológico. En cuanto a la situación de la mujer, muchas veces esta alternativa cubre su fantasía de seguir manteniendo contacto con el niño, ya que conoce a los adoptantes. Cuando la entrega se produce a cambio de dinero, la mujer puede, además, paliar situaciones de extrema pobreza que llevan a tomar esta alternativa como medio para la supervivencia. Finalmente, quienes dejan al niño en espacios públicos, son quienes más exponen a la criatura, que puede llegar a morirse. Esta mujer es quien menos posibilidad tiene de recibir cuestionamientos directos, lo cual probablemente pese en el momento de su decisión. Pero también son las más criticadas, tal como veremos en la sección sobre la perspectiva de los medios de comunicación respecto de esta problemática.[17]

VALORACIÓN SOBRE LA MUJER QUE ENTREGA A SU HIJO

> Y ahora se me cruzan estas cosas, lo primero para el pibe pero ¿y la mujer...? (as 1, mujer)

Una de las posturas que aparece frente a la valoración de las mujeres que entregan su hijo es la de los profesionales que, sin abandonar su preocupación prioritaria por el niño, logran rescatar la necesidad de preocuparse por la mujer que lo concibió.

17. Como veremos más adelante, esta crítica es socializada, entre otras formas, a través de los medios masivos de comunicación.

> Creo que no se termina con el hecho de dar un hijo en adopción, creo que ahí empieza el problema para ella. No es un cierre fácil de hacer. Es muy complejo de cerrar. Madurar un hecho de "una criatura, y la di", no se cierra con el hecho de parir, sino que ahí comienza. Pero es un cierre que va a llevar años, quizá nunca cierre, por más que lo calle, por más que lo oculte o por más que lo crea resuelto. Es algo que no todas pueden resolverlo solas (part. 2, mujer).

Complementando lo anterior, hay quienes pueden reflexionar acerca de la presión social para el ejercicio de la maternidad que conlleva el rol adjudicado al género femenino. Esta presión lleva a que muchas mujeres fuercen situaciones de vinculación con el niño a pesar de su malestar o de su imposibilidad de asumir las funciones que socialmente se le asignan.

> "Yo lo voy a criar". Mientras veías que el pibe estaba colgando. Y le salía la leche y no podía. Y no, "porque mi mamá" y toda esta cosa de que yo lo tengo que criar porque salió de mi vientre, porque dicen que ninguna mamá puede dejar a su hijo porque sería una mala madre (as. 1, mujer).

La segunda postura que podemos observar es la de los profesionales que explicitan una valoración con una alta carga negativa sobre la mujer que entrega su hijo.

> Vos fijáte que ni un animal pierde un hijo (enf. mat. 4, mujer).

> En este hospital, al menos, entregar en adopción es ser una guacha. "Si tuvo tantos, ¿por qué no puede tener uno más?". Ese es el discurso del hospital, incluso médicos que te dicen "es uno más ¿no lo puede criar?" (as. 1, mujer).

> Hay un tipo de mujer así, está mentalizada así y a esas yo las detecto volando. Muchas veces pienso: quizás la chica no lo quiere al hombre, odia a ese hombre por lo tanto odia el fruto de ese amor (enf. mat. 6, mujer).

Entre los factores que explican el caso para los profesionales que se posicionan desde este discurso, existen dos ejes fundamentales: por un lado, asocian la decisión de esta mujer a la historia de vida o a situaciones actuales que se encontraría viviendo, a partir de lo cual son mujeres sin "orden" en su vida, homologado a "sin

valores" o sin los valores esperados para su perfil de género. Por otro lado, un obstetra varón trae la idea de la mujer que entrega a su hijo como aquella que fracasó en su intento de "atrapar" al hombre a través de la concepción, y la pone en el lugar de quien planifica maliciosamente en detrimento de un varón victimizado:

> En general, se usa el embarazo como una moneda de intercambio para fijar la pareja (obst. 6, varón).

Mujeres acostumbradas a este tipo de prácticas: éste es otro elemento que los profesionales utilizan para interpretar la actitud distante o "fría" que encuentran en algunas de estas mujeres. Ésta es una explicación bastante difundida entre los profesionales, especialmente entre las enfermeras:

> Estas mamás van a tener en distintos hospitales, se conocen todos los hospitales de Capital Federal, acá tienen uno y lo dejan en adopción, allá tienen otro y lo dejan en adopción. No les interesa (enf. mat. 6, mujer).

Para quienes no pueden comprender la decisión de esta mujer aparece la alusión a soluciones simplistas que en la realidad resultan difíciles o imposibles de sostener en el mediano o largo plazo.

> Es como que no lo quieren criar porque si quisiera […] voy casa por casa, le ofrezco a una señora, a cambio de un sachet de leche, limpiarle la casa o le corto el pasto. Si es necesario voy a la policía misma que me manguee un sachet de leche, una mamadera, de una manera u otra. O robo o voy a un canal de televisión […] (enf. mat. 6, mujer).

> [¿Qué sienten los profesionales?] De repente bronca, porque va a dejar el bebé. Otros no, al contrario,"está perfecto" (as. 3, mujer).

La tercera postura es la de los profesionales que tienen sentimientos y lecturas ambivalentes respecto del problema. Esta ambivalencia parecería depender de cada situación en particular y se daría tanto al interior del equipo de salud como en cada participante del equipo.

> A lo mejor, decimos siempre, es preferible que lo deje con alguien que lo va a querer, que lo va a cuidar, o sea, llega un momento que a

> veces nosotros pensamos así [...], pero a la vez no queremos, preferimos que esté con la mamá. Hay mamás que a lo mejor tienen muchos conflictos (enf. neo. 4, mujer).

A esto debemos agregar que las distintas formas de valorar al problema y a la mujer que lo presenta se encuentran íntimamente relacionadas con las ideologías que se sostienen frente al rol de la mujer en términos de género. Más allá de las desagregaciones que realizamos a los fines del análisis, las valoraciones difícilmente se presenten en forma pura en un profesional o en una profesión. En las tres posiciones que describimos, de alguna manera, se piensa a esta población como "mujeres a las que hay que controlar". Aun en los casos en que las mujeres expresamente manifiestan su voluntad de entregar al niño, los profesionales insisten en que la mujer cumpla con el modelo maternal tradicional.

> Cuando no lo quieren, los médicos vienen y nos dicen: "Bueno chicas, mucho ojo, que no venga nadie, ninguna persona rara que no sea la mamá porque esta señora dice que lo quiere dar" (enf. mat. 6, mujer).

¿ES POSIBLE EL TRABAJO EN EQUIPO?

El trabajo en equipo, entendido como el espacio en el que se discuten y concertan las formas de comprender la realidad e intervenir sobre ella, es un desafío que se repite en el discurso y en los deseos de muchos profesionales del área de la salud. En el abordaje de la problemática específica de este estudio, se observa que son varias las profesiones directamente involucradas: obstetricia (médicos y parteras),[18] enfermería, neonatología y trabajo social.

En los casos de mujeres que deseen entregar a sus hijos en adopción aparecen modalidades asimilables al trabajo espontáneo y voluntarista, basado en las experiencias de corte más individual que de equipo de trabajo.[19] Aunque encontramos algunos testimo-

18. Se debe recordar que en este momento sólo se cuenta con obstétricas mujeres ya que, aunque esto está en discusión, no está habilitada la incorporación de varones en la carrera.

19. Las dificultades de articulación del trabajo interdisciplinario no son exclusivas de esta problemática.

nios que dan cuenta de ciertos niveles de trabajo en equipo, los relatos que más se repiten están relacionados con una modalidad de atención fragmentada, que tiende a delegar el problema en otros profesionales.

> Nosotros no tenemos contacto con las pacientes, somos sólo intermediarios. Le pasamos la pelota a neo[20] y neo se la pasa al Servicio Social (obst. 2, varón).

> Nosotros tratamos de no tener, de no abarcar ese tipo de área con la madre porque la tarea es de la asistente social, que aborda a la mamá de distintas maneras. Las relaciones son completamente distintas entre profesionales (neo. 5, mujer).

> No es un caso de tipo médico, es de tipo social (obst. 6, varón).

El testimonio muestra una distinción artificial que sirve para resguardar al profesional y separarlo de la problemática. Si bien es cierto que las condiciones de trabajo no facilitan un abordaje integral de la problemática, se observa un accionar aislado que se asemeja, en el mejor de los casos, a la multidisciplina. No existe discusión acerca de estos casos o sobre la modalidad más adecuada de abordaje, lo cual desgasta los acotados recursos humanos de la institución.

> A veces siento que estamos haciendo las cosas a medias, como [...] como hospital, o como ente de salud. Que damos coberturas en cierto aspecto y, en otros, estamos totalmente descubiertos. [...] Si uno tiene una visión un poco más global de la cosa, va emparchando asuntos. Algunas cosas las cubre y otras no (neo 4, varón).

Roles asignados

Dentro del equipo de salud existe cierta distribución de roles y funciones que pueden coincidir o no con los parámetros que la institución concibe para el desarrollo de cada profesión. Esta asignación puede surgir tanto de las características particulares de la profesión, de la historia del sector o del profesional en la institución. Por tal motivo, a través del análisis de los relatos, se intenta

20. Se refiere con este término al servicio de neonatología.

dar cuenta de cómo se concibe y qué lugar se otorga a cada una de las profesiones que intervienen en estos casos.

El lugar de las trabajadoras sociales

El trabajo social es una de las profesiones clave en la intervención en este tipo de casos. En cuanto a la caracterización de la muestra de profesionales entrevistados, se trata en su totalidad de mujeres. En los relatos aparece como algo común la actuación de la trabajadora social como eje de intervención del equipo, situación que se repite sistemáticamente. Asimismo, se observa una delegación de la responsabilidad de este tipo de casos por parte de otras profesiones, aun cuando pueda trabajarse en forma conjunta mientras la mujer se encuentra internada en el hospital.

> Si nosotros no conocemos el caso previo o lo conocemos, pero no sabemos cuándo se va a producir el parto, de neo enseguida nos avisan que hay una mamá con la dificultad (as. 6, mujer).

> Enseguida llamamos al servicio social y se arreglan ellos. Nosotros no intervenimos en eso (enf. mat., mujer).

Las trabajadoras sociales son quienes más se hacen cargo de acompañar el proceso que se desencadena cuando una mujer manifiesta su deseo de entregar a su hijo en adopción, y los motivos argumentados reflejan el rol adjudicado a esta disciplina dentro del contexto hospitalario.

> [...] uno va asumiendo que a esta madre el obstetra no le da bola, con toda la angustia, tirada en la cama, porque entrega su bebé en adopción. El psicólogo es lento, uno le pide que vaya y empieza con que "no puedo". Entonces resolvámoslo porque si no esa mujer se va a quedar tirada en la cama hasta que alguien le ceda una entrevista o le haga el informe [...] cualquier problema que exista, te corresponda o no, va a ver cómo lo resuelve el servicio social. Cuarenta y ocho horas si es una cesárea y ahí tenés que tratar de resolver (as. 4, mujer).

A este sector de profesionales es al que se le adjudica el mayor grado de conocimiento sobre el tema, aunque no hay muchas explicaciones de esta relación que aparece naturalizada. Hay varios roles que se esperan de la intervención de la trabajadora social, y

que varían según la historia institucional de la profesión y la posición que las mismas profesionales construyen. Así aparecen algunas de las siguientes expectativas: el lugar de "aliada" de otros profesionales o el de gestora de recursos.

> El trabajo de averiguar por qué, cómo lo podemos hacer, si vos lo querés, si te querés quedar con él, cómo te podemos ayudar, con qué te podemos encauzar, lo hace la asistente social que es nuestra aliada ahí (part. 3, mujer).

> Nos dio una tristeza. Después le consiguieron un hogar, porque ella vivía con el papá. Y al pasar esto empezaron a venir las asistentes (enf. mat. 5, mujer).

Como otra asignación importante aparece la trabajadora social como quien favorece la desvinculación entre la mujer y el niño.

> Hay veces que es drástico... la cosa, bueno, ésta no le interesa, pum vamos con otro. No se trabaja, hay momentos que yo veo que no se trabaja.
>
> [¿Y quién tendría qué trabajarlos para vos?] Para mí, la asistente social (enf. neo. 3, mujer).

Estas profesionales parecen sostener dos modalidades específicas de intervención cuando se presenta este tipo de problemáticas. La primera consiste en reducir el contacto de la mujer, "dejarla sola", con la intención de que ese tiempo le sirva para pensar la situación en busca de una decisión definitiva. Aunque es la estrategia de trabajo menos utilizada, es valorada por los profesionales como la oportunidad para que la mujer evalúe por sí misma cuáles son los elementos a favor y en contra para el sostén del vínculo con el niño. En este tiempo, la profesional realiza una observación de las actitudes de esta mujer para construir su diagnóstico.

> La dejé pensar cuarenta y ocho horas a ver si reclama a su hijo para verlo, si cambia de opinión o, bueno, con la visita de la tía o de algún familiar, porque tenía otros familiares en Buenos Aires, cambiaba la situación [...] Yo personalmente no insisto en la no entrega [...] (as. 2, mujer).

Por otro lado, hay quienes consideran que no hay que dejar so-

la a la mujer en el tiempo que ésta pasa en el hospital, es decir, intervienen acompañando esta situación a través de entrevistas y contactos frecuentes con la mujer mientras se encuentra internada.

> Siempre, hasta el último momento, tratamos de estar ahí, nunca dejarlas solas, y me acuerdo de un caso, bueno, las intenciones están para todas pero a veces no podés, fuimos a la casa a verla. Por el control de ella (as. 1, mujer).

> Se habla, se agota el tema: qué recursos puede tener, cómo puede buscarlos, que lo piense bien, no se presiona tampoco. Porque esa es una actitud muy fácil. Uno tiene que saber justamente la potencialidad de esa mamá de hacerse cargo o no, y eso te sirve de argumento para presentarlo en el juzgado (as. 6, mujer).

De esta forma, se puede observar que la intervención de las trabajadoras sociales que acompañan el proceso de decisión puede tener dos objetivos distintos y complementarios. Por un lado, aparece la necesidad de informar a la mujer sobre los procedimientos y las acciones que se desarrollarán a partir de la decisión de entregar a su hijo y, por otro lado, el acompañamiento en un proceso de reflexión para revisar y replantear las fortalezas y las debilidades que se detectan en cada situación particular.

Más allá de estos objetivos que se presentan en las intervenciones, no queda claro cuáles son los elementos o variables que se tienen en cuenta y se plantean para acompañar la reflexión de la mujer. Lo que sí se sabe es que, en algunos casos, estos procedimientos ayudan a que una mujer pueda revertir su decisión o ratificarla. Cuando la mujer decide sostener el vínculo, las trabajadoras sociales suelen dar seguimiento a estos casos. No encontramos, en cambio, relatos en los que se plantee este seguimiento para quienes sostuvieron la decisión de entregar. Esto podría estar asociado a una nueva instancia de priorización e interés sobre el destino del niño pero no de la mujer.

> Cada vez que viene tengo una charla con ella para ver cómo está encarada psicológicamente y socialmente. Está muy contenta de tener a su bebé y ansía salir del hogar y encontrar un trabajo y bancársela sola con su trabajo y su bebé (as. 3, mujer).

El lugar de los obstetras

Existe una apreciación bastante generalizada sobre el desempeño de los médicos obstetras en el marco del hospital. Ésta se caracterizaría por una relación distante y poco comprometida con el entorno de trabajo y con las problemáticas concretas que trae cada paciente más allá de lo meramente fisiológico.

> PREGUNTA: ¿Recuerda la última experiencia?
> RESPUESTA: No, no estoy en contacto con esos casos [...]. De eso se hacen cargo las asistentes sociales. O sea, nosotros nos enteramos por boca de ellas, no en forma directa (obst. 2, mujer).

> PREGUNTA: ¿Usted tiene algún contacto con esas mujeres?
> RESPUESTA: No, prácticamente ninguno, termina el contacto en la sala de partos [...] Y nada más (obst. 5, mujer).

Éstos plantean un campo de acción acotado estrictamente a conducir un parto "exitoso", es decir, disminuir las posibilidades de riesgo de morbimortalidad tanto para la madre como para el recién nacido. Más allá de este segmento, es extraño reconocer alguna otra intervención de los obstetras. Esta lectura parece compartida por los profesionales de otras áreas.

> En general, en obstetricia ni siquiera se enteran que hay una mamá que va a dar su bebé en adopción [...] obstetricia es un servicio con características muy particulares, donde nada les conmueve y cuanto más rápido se vaya una paciente con su alta del hospital, mejor (as. 4, mujer).

Es un neonatólogo quien intenta arrojar algunas hipótesis que expliquen esta actitud:

> Sí, la parte técnica, […] es más fácil quedarse en lo superficial y lo estrictamente técnico que meterse a ahondar un poco más, y es algo que se hace en forma automática; la idea es hacer tacto bien, que el chico salga bien, y que la madre se vaya bien a la casa o a donde se vaya, por ahí si vive en la reserva ecológica que se vaya a la reserva ecológica, pero no más que eso (neo. 4, varón).

Sin embargo, una obstetra plantea algunas explicaciones que se basarían en la necesidad de protegerse de lo que este tipo de situa-

ciones suscita, también como distancia necesaria para poder intervenir.

> Yo trato precisamente de no interrogarla, de no profundizar el tema. Por un lado, por el respeto que siento por su determinación y, por otro lado, porque yo misma tengo mis limitaciones, no sé cómo encarar la cosa. [...] El obstetra siempre está, de alguna manera, mirando con más objetividad toda la problemática. Tenés que actuar, incluso las parteras están esperando que el obstetra tenga la idiosincrasia... fría, preparado para asistir a una urgencia con eficacia (obst. 5, mujer).

Quienes, entre los obstetras, presentan menor resistencia a establecer contacto con este tipo de casos, se encontrarían en mejores condiciones de lograr alguna explicación de la situación de las mujeres que quieren entregar a su hijo. Cuando esto sucede aparece el sentimiento de malestar que provocan estos casos en profesionales que han sido formados para asegurar los procesos de reproducción y, por lo tanto, sostener la maternidad de la mujer.

El lugar de los neonatólogos

En cuanto a los médicos neonatólogos parecería que estos profesionales presentan mayor variedad de actitudes, a diferencia de los obstetras, que se encuentran centrados en una sola modalidad. Se encontraron tres formas básicas de afrontar el problema por parte de estos profesionales. La primera: quienes conservan la mayor distancia del problema de la mujer y continúan su intervención más allá de sus deseos. Este profesional procura un contacto temprano de madre-hijo y el amamantamiento como un mecanismo infalible para definir la situación en algunos casos que se evalúan como "dudosos", y exigen una vinculación forzada bajo un supuesto de bienestar para el recién nacido. Esta práctica desconoce las consecuencias negativas que puede tener para el bebé y niega las que puede tener para la mujer.

> Ella no lo quería ver. El neonatólogo se lo hizo ver, se lo hizo poner al pecho, cuando le fuimos a decir "no insista, esta mamá tiene otra decisión" dijo "no importa, los días que la mamá esté con el chico tiene que conocer lo que es el pecho materno, lo que es la madre, lo que son los brazos. Le va a servir a la mamá y le va a servir al chico". Esa mamá lo dio, efectivamente, el juez se hizo cargo (part. 3, mujer).

La segunda, en la cual los profesionales mantienen una relación informativa con la mujer y en la que habría una predisposición mayor a acercarse a la problemática de éstas e intentar acompañar su situación básicamente desde la atención del recién nacido. Esto no niega las dificultades que presentan algunos profesionales para comprender el problema o los sentimientos que les produce.

> Mantenemos el hecho de decirle si lo quiere ver, respetamos si lo quiere ver o si no lo quiere ver, le decimos que si ella lo quiere verlo puede venir las veinticuatro horas. La responsabilidad de cuidar de ese bebé [...] es de neonatología, ésta es un área cerrada, con muchas prevenciones con la gente que entra y que sale, pero le decimos a la mamá que puede venir si lo quiere amamantar (neo. 5, mujer).

La tercera, en la cual se observa un mayor grado de compromiso del profesional con la problemática. Uno de los neonatólogos con una posición muy crítica hacia el personal de obstetricia, se preocupa por diferenciarse de éste y prioriza una actitud de comprensión y de acompañamiento. Esto también es reconocido por otros profesionales.

> La mitad de la gente trata de entender a la mamá y persuadirla o de acercarle al bebé, y hacerle notar que quizás, en ese momento, ella piensa que no lo puede tener, y que no lo puede criar, pero que hay elementos para ayudarla [...] Y la mitad vendríamos a ser los que hacemos neonatología o algún obstetra más joven, o alguna obstetra que fue madre hace poco, la otra mitad sería el resto de los obstetras o las parteras (neo. 4, varón).

> En neonatología por ahí tienen otra actitud, de comprensión o de tratar de entender una situación para bancarse tener un bebé con alta médica que sigue internado por otra situación que no sea la médica (as. 4, mujer).

El lugar de las enfermeras

Para una mejor comprensión de los relatos sobre el personal de enfermería debemos considerar que, al igual que en el caso de las trabajadoras sociales, son mujeres en su totalidad las que desempeñan este rol tanto en obstetricia como en neonatología. Tienen un promedio de edad superior a los cuarenta años (la más joven con treinta y dos años y la mayor con sesenta y ocho) y en su ma-

yoría sólo han sido capacitadas como auxiliares de enfermería.[21] Las enfermeras entrevistadas presentan tanto características y concepciones comunes así como también otras que son propias del sector al que pertenecen (maternidad o neonatología).

Las enfermeras reciben distintas críticas cuando se trata del abordaje de casos de mujeres que entregan su hijo en adopción. Algunas trabajadoras sociales describen dos actitudes que serían típicas de las enfermeras de neonatología. Cuando la mujer muestra algún signo de arrepentimiento o de duda respecto de su decisión, las enfermeras intentan establecer estrategias de revinculación. En los casos en que la mujer no responde a los modelos maternales vigentes, las enfermeras la estigmatizan, colaborando así a crear una mayor distancia entre madre e hijo.

> Las enfermeras en general son bastante jodidas. Sobre todo las enfermeras de neo [...] le cayó bien una mamá, es la mejor mamá del mundo. Y si no, es la peor, así reúna condiciones según la evaluación profesional de uno. O sea, si le hicieron la cruz [...] (as. 4, mujer).

> Las enfermeras son muy achacadas [...]. Si la mamá viene y ve que se va acercando, la ayuda o sea, no le dice "vos no lo tuviste el primer día", la ayuda... pero, hay de todo. Llega un momento que te ponen un tilde y te dicen "esto es así" y eso es un estigma (as. 6, mujer).

Junto con estos testimonios encontramos otros que plantean la alianza de la enfermera con la mujer que cambia de opinión y decide mantener el vínculo con su hijo. En estos casos se despliegan estrategias tanto afectivas como de recursos que favorezcan esa vinculación.

> Porque esta chica también había que observarla, o sea, estar con alguien, pero amaba tanto a su bebé, que nosotros veíamos eso y nos desvivíamos para enseñarle (enf. neo. 4, mujer).

21. Esta capacitación se adquiere en un curso de aproximadamente nueve meses, que no requiere del nivel medio de educación para el ingreso. Las enfermeras con secundario aprobado constituyen la excepción, entre las entrevistadas.

> Muchas veces nosotros estamos juntando las moneditas para que pueda venir aunque sea dos veces por día, es un poco difícil en este momento (enf. neo. 3, mujer).

En cambio, cuando una madre mantiene la decisión o se plantea un período de duda de mayor extensión, las enfermeras de neonatología ponen en marcha algunas acciones relacionadas con "apropiarse" del bebé, con la consiguiente dificultad que esto puede ocasionar en la vinculación madre-hijo.

> El personal directamente toma una conducta de madre sustituta, es el hijo de todos, cada enfermera en su turno lo tiene como hijo, si pasa mucho tiempo, bueno, lo paseamos, él tiene sus juguetes (enf. neo. 5, mujer).

> A veces nos apropiamos sin darnos cuenta de los chicos, porque queremos que tengan lo mejor, y creemos que los papás, o sea la mamá, que es con la que más nos conectamos, creemos que no le va a ofrecer lo mejor (enf. neo., 4).

En relación con las enfermeras de maternidad, quienes están más en contacto con las mujeres, la actitud adquiere un matiz de mayor rigidez y estigmatización que se evidencia en conductas a veces agresivas.

> Sí, lo primero es la agresión, incluso las enfermeras, que son bastantes brujas, en general [se ríe], en sala de partos son bastantes brujitas, sin embargo, entienden [...]. Le han dicho "¿cómo vas a entregar tu chico" […] Decirle de alguna manera, obligarla a establecer un vínculo con su hijo (obst., 5).

Una obstétrica plantea una cuestión importante a tener en cuenta. El hecho de que, en realidad, las enfermeras en muchos casos pertenecen al grupo social e incluso al mismo barrio de la mujer que entrega su hijo. Esto más que ayudar a la comprensión del problema desde una situación de mayor paridad, actúa como un hecho del que hay que defenderse y diferenciarse, lo cual explicaría algunas de las actitudes de agresión de las enfermeras hacia la mujer, que son visualizadas por otros miembros del equipo de salud.

> Algunas la culpan, la cubren de improperios. Pero, en general, con mucha pena porque son madres y, a su vez, son madres de chicas que pueden llegar a esa situación (part., 3).

Por el contrario, algunas se muestran muy preocupadas por ayudar a la mujer que desea entregar. Esta preocupación también es percibida por algunas mujeres, lo que hace que se acerquen a la enfermera como referente y persona de confianza del equipo.

> Le digo: "¿Qué problema tenés, vos lo querés a tu bebé?". "Sí", me dice "yo lo quiero". ¿Cuál es el problema?", entonces ahí me contó todo (enf. neo., 3).

En este sentido, las enfermeras que pueden acercarse a la situación de la mujer que desea entregar a su hijo, se alejan de una posición de juzgamiento, logrando construir espacios de apoyo al proceso de decisión.

> El día que ella se fue al juzgado tenía que volver al otro día, y vino, solita vino. Y ahora me vino a decir que se iba al juzgado, que quería ver al bebé […] (enf. nev., 3).

El lugar de las parteras

Las características de este grupo de profesionales se asemejan a las de las enfermeras. El promedio de edad ronda los cuarenta años y son todas mujeres. De igual modo que en el caso anterior casi la totalidad ya tiene hijos.

En las entrevistas, las parteras han sido las menos mencionadas por los demás profesionales del equipo de salud. Sin embargo, una obstetra realizó varios comentarios con relación al papel que desempeñan las obstétricas en los casos en estudio.

> En lo personal, es un tema que me toca, me duele mucho, y en realidad, como tengo unas excelentes parteras, delego ese tema en ellas. Se hacen más cargo, la interrogan, están en contacto con la paciente [...] Me parece excelente. Me parece de una humanidad extraordinaria, de una posibilidad de vínculo más profundo que el mío particular y [...] me parece una actitud positiva [...] las parteras del equipo ahora han cambiado de actitud, están más cercanas, tratan de dialogar, de saber por qué les pasan estas cosas, y tratan de ver si hay alguna otra posibilidad (obst., 5).

Este testimonio da cuenta de cómo muchas veces la obstétrica cubre un lugar de acercamiento a la parturienta que el médico no se siente capacitado de ocupar. La partera es considerada el canal de comunicación con la paciente aunque la dinámica de organización hospitalaria y, en particular las guardias, no facilitan el seguimiento de los casos y el intercambio con otros miembros del equipo de salud.

> Si no tenés una relación específica con el médico, te enterás de las adopciones después, te enterás de los abandonos [...] Claro, te enterás, por ejemplo, en el parto si la señora dice que no lo quiere, que lo quiere dar [...] Y ahí terminó. Y yo recién vuelvo a tener contacto la semana que viene, si es que hay (part., 1).

En cuanto a la forma de intervención de las obstétricas en este tipo de casos, hemos visto repetidas referencias al "interrogatorio" que realizan en los momentos previos al parto. Este momento tiene características especiales ante la sospecha de los profesionales de una posible entrega en adopción por parte de la mujer. Es allí donde, contando con la alianza del personal de enfermería, se despliegan una serie de acciones y preguntas que se utilizan como indicadores para confirmar o desestimar esta posibilidad.

> Le empiezo a hacer preguntas graciosas, tramposas. Si tiene otro chico, si es varón, si es nena; si tiene pensado el nombre, si el papá está contento con el chico; si es el mismo papá del otro chico que tiene. Por algún lado, siempre, hay algo que ella deja traslucir, como que no le interesa el asunto, entonces uno empieza a atar cabo con rabo. Primero, la experiencia de tantos años, o sea, las situaciones así las olfateo, las huelo, entonces en determinado momento deja traslucir que no se va a quedar con su chico [...], llega un momento en que se quiebra, se pone a llorar: ¿Por qué lloras?, ¿qué te pasa?, contame, a ver si te podemos ayudar (part., 3).

De igual modo, la misma obstétrica plantea cuáles serían sus funciones específicas. Lo hace apelando a roles y experiencias familiares, y reconoce la necesidad de la contención afectiva

> Nosotros desde nuestra postura de madres y, a su vez, de hijos grandes, lo más que podemos hacer es un buen control de embarazo, atender muy bien el parto, contenerla afectivamente, mucho más no podemos hacer (part., 3).

CONCLUSIONES

La ideología sobre la mujer

La comprensión de la situación de esta mujer se hace difícil para los profesionales. La evaluación que frecuentemente hacen relaciona la entrega con "falta de valores" (que llevaría a la reiteración de este tipo de actos), desinterés por el futuro del niño, frialdad en sus sentimientos o problemas de salud mental. De esta forma, se aísla el caso tanto de la historia de vida de la mujer como del contexto social general en el que se encuentra.

Así, los escasos diagnósticos disponibles repiten los argumentos y referencias que las mismas mujeres dan, y reproducen un sentido común ilustrado, que no contiene aportes disciplinarios para un mejor abordaje del problema.

Esto se ve evidenciado en la falta de utilización de indicadores e instrumentos para evaluar cada caso, que recojan la experiencia del equipo de salud y que, a través de un proceso conjunto de reflexión, permitan la detección temprana y el acompañamiento planificado y adecuado de estas situaciones.

Por otro lado, observamos que las explicaciones parciales que se dan a la decisión de entregar al hijo se vinculan con la teoría del instinto materno como forma de pensar la maternidad. Esta concepción impregna, por lo tanto, las prácticas profesionales que se realizan. Un dato que ejemplifica esta postura es la estrategia que los profesionales de salud ponen en juego en la expectativa de que, a través del contacto visual o físico, se "despierte" el instinto de madre que haga revertir su opinión.

Este supuesto hace que se tomen indicadores poco confiables para evaluar la firmeza de la decisión y, a la vez, produce acciones como contactar al bebé y presionar para el amamantamiento, etcétera, que muchas veces van en contra de la voluntad de la mujer y avasallan la autonomía de su decisión.

En la comprensión de la maternidad los profesionales siguen sosteniendo las apreciaciones dicotómicas que plantean las figuras de las acciones buenas y malas, correctas o incorrectas, normales y anormales. Los miembros del equipo de salud se adjudican el poder de la pertenencia al sistema, y evalúan y valoran negativamente a aquellas que cuestionan la norma.

Asimismo, vemos que los profesionales que cuentan con algún

nivel de reflexión sobre la propia concepción del ejercicio maternal tienen mayor capacidad y posibilidad de comprender y/o aceptar la decisión de las mujeres que entregan a su hijo en adopción. Ello también disminuye el prejuicio sobre estas mujeres y contribuye a adoptar una actitud de acompañamiento que tiene más en cuenta las necesidades y los procesos que vive la mujer.

La experiencia profesional

Se puede observar que los profesionales cuentan con un bagaje de conocimientos sobre las características sociodemográficas de estas mujeres, así como también sobre algunas de las situaciones que esta población vive. Esta información surge de los datos que necesariamente deben pedir para completar la historia clínica y de las referencias que las mujeres realizan durante el período de internación, y parece coincidir con los hallazgos logrados en los expedientes judiciales. Básicamente, describen una población de mujeres jóvenes aunque mayores de edad, que en una cantidad importante proceden del interior del país o de países limítrofes, aunque en la actualidad se encuentren residiendo en las inmediaciones de los hospitales. Son, en general, mujeres que no tienen una pareja, aunque los profesionales refieren un aumento de los casos en los que los hombres comparten con las mujeres este proceso. En ambos casos la decisión se encuentra atravesada por carencias económicas que se complejizan ante la presencia generalizada de otros hijos que requieren medios para su subsistencia.

En términos generales los profesionales conocen muy pocos datos de la historia personal de estas mujeres y de las pautas con las que ellas se manejan. Algunos reconocen que, más allá de las necesidades materiales, pueden existir otros motivos para tomar esta decisión. Asimismo, son pocos los que plantean la responsabilidad social del Estado como el encargado de garantizar que las mujeres que exponen causales económicas para la desvinculación puedan ser contenidas y ayudadas.

En cuanto a las particularidades de las distintas profesiones observamos que según los miembros del equipo de salud, quienes tienen más conocimiento sobre esta problemática son las trabajadoras sociales. No se observa en la mayoría de estas profesionales una reflexión sistemática o una construcción teórica acerca del problema. Al igual que los demás integrantes del equipo ellas ac-

túan sobre la base de tres elementos: el sentido común, la experiencia profesional y la experiencia personal en el encuadre de las demandas sociales sobre el ejercicio de la maternidad.

Las profesionales de enfermería aparecen como las que con mayor intensidad mencionan la concepción del instinto materno como mediador en la relación madre-hijo y ejercen presión sobre la mujer para que se adapte a los parámetros esperados. A la vez, son las profesionales observadas de manera más crítica por otros integrantes del equipo de salud, por varios motivos. El primero es la propia actitud recién descripta, que se vincula al hecho de que ellas son quienes mayor contacto mantienen con las mujeres (especialmente las enfermeras del área maternidad). A esto se suma que son las que ocupan el menor nivel en la jerarquía ocupacional y de reconocimiento profesional, por lo cual son depositarias de los defectos que se encuentran en el interior del equipo de salud.

Otra profesión netamente feminizada es la que desarrollan las parteras u obstétricas. Si bien son las que más participan del momento en el que gran cantidad de mujeres expresa su deseo de entregar a su hijo, son poco nombradas en relación con esta temática. Ello puede deberse a que, debido a la organización institucional, tienen escaso contacto con las mujeres con posterioridad al parto.

Finalmente, en cuanto a los posicionamientos del personal médico, encontramos diferencias entre los planteos de obstetras y neonatólogos. Los primeros se presentan con mayor distancia del problema. En general, tienen la concepción de la mujer como un útero que gesta y pare sin considerar las circunstancias que van mas allá de los procesos fisiológicos. La mujer aparece como la que hay que controlar (tanto física como psicológica y socialmente), de modo de asegurar la reproducción. Los neonatólogos, por su parte, plantean un mayor acercamiento a las circunstancias que rodean la decisión de la mujer, pero esto no asegura la comprensión de la situación pues suelen indagar sobre las alternativas que hagan posible continuar el vínculo.

En términos generales, aparecen dos estrategias básicas de intervención que podríamos destacar por su utilidad: por un lado, la necesidad de "darle más tiempo" a las mujeres para su proceso de decisión y, por otro, la importancia de tomar el caso lo más tempranamente posible, de modo que el acompañamiento, el conocimiento y la reflexión sobre el problema, tanto de parte de la mujer

como de los profesionales permitan un procesamiento paulatino y una decisión segura.

En términos de estrategias poco convenientes o adecuadas, se observa que con frecuencia ponen al bebé en el pecho de la madre, aun en casos en los que ya manifestó claramente su deseo de no tener ningún contacto con el niño. En este sentido, es preocupante la presión que se despliega sobre la mujer en estos casos. Según los testimonios, el cambio de opinión se da cuando, espontáneamente o por la "invitación" del personal, la madre decide tomar contacto con su hijo a partir de una decisión autónoma, que no parte de la culpabilización y/o la presión de los profesionales.

Los profesionales adhieren al supuesto básico por el cual quien entrega en adopción no deseará mantener contacto con el niño y quien mantiene contacto con el niño se retractará de su deseo de entregarlo. Se trata de una opinión lineal y poco flexible que incide en la práctica de los profesionales.

A partir de los testimonios, puede pensarse que el contacto que algunas mujeres sostienen con el niño antes de su renuncia desempeña o bien un papel de desafío de su propia capacidad de sostener la decisión o bien hace las veces de despedida que permita una sutura desde una imagen real y no fantaseada del niño. En otros casos, la distancia es tan fuerte, que el contacto se visualiza más bien como curiosidad por aquello de lo que la mujer se desprende.

A pesar de la ambivalencia en las posturas de los profesionales en relación con la problemática no aparecen espacios de discusión del problema que permitan la superación de las instancias individuales. Más bien se sostiene el trabajo fragmentado como una forma de no poner en juego la necesidad de reflexionar sobre este tema, quizá porque esto implique reflexionar sobre el propio posicionamiento respecto del ser mujer, de los roles de género asumidos y adjudicados y del ejercicio profesional.

MATERIAL PERIODÍSTICO

En esta sección presentaremos el análisis de los noventa y nueve artículos periodísticos relevados. Los datos fueron agrupados según el medio que lo publicó y la frecuencia con la que aparecen las distintas temáticas. Los casos de abandono son los que más apare-

cen en los medios periodísticos analizados (sesenta y cinco artículos, cuarenta y nueve de los cuales pertenecen al diario *Crónica*). Esto puede deberse a que son los casos que provocan mayor impacto en la opinión pública, tanto por la situación y características que los rodea como por el cuestionamiento que hacen al rol materno de la mujer. Sin embargo, como se observa a lo largo del análisis, esta problemática no es tratada de igual forma en ambos medios. A los casos de abandono le siguen en frecuencia los relacionados con el robo y venta ilegal de niños, con una proporción similar de artículos en ambos periódicos (*Clarín*, siete y *Crónica*, once).

Las proporciones se invierten en el caso de los artículos referidos a los padres adoptivos, los que aparecen mayoritariamente en *Clarín* (diez artículos sobre un total de once), y en general describen las dificultades que se han presentado en estos casos. Finalmente, se encontraron artículos que abordan temáticas asociadas a la nueva ley de adopción y a los procedimientos legales derivados de ella (*Clarín*, cuatro y *Crónica*, uno).

Temática	Crónica	Clarín	Total
Abandono	49	16	65
Robo/venta de niño/a	11	7	18
Padres adoptivos	1	10	11
Leyes y opinión	1	4	5
Subtotal	62	37	99

Denominaciones y calificativos

Se observa una diferencia notoria entre ambos periódicos en las denominaciones que se asignan a las mujeres que dejan a sus niños en algún lugar de la vía pública.

En el diario *Crónica*, en general, se tiende a acusar y culpabilizar de la situación a la mujer como la persona que lleva adelante el abandono aun cuando no haya ninguna información que lo amerite. Esto se observa en el hecho de que, en términos generales, no se hace referencia a la existencia de un hombre que co-concibió o que pudo ser partícipe de la decisión. De los cuarenta y

nueve recortes periodísticos que se refieren a este tema, sólo en uno se menciona a la "persona que dejó la criatura" sin más referencias. En los casos restantes se utilizan calificativos que muestran una valorización fuertemente negativa de la mujer que entrega a su hijo: *desalmada*: siete casos; *detestable madre*: dos casos; *desaprensiva madre*: tres casos y *madre cruel*: un caso.

Las calificaciones varían en aquellos casos en los que este periódico cuenta con algún tipo de información relativa a los motivos o las circunstancias que llevaron a la mujer a tomar esta decisión. La posibilidad de individualizar de alguna forma a la mujer permite superar la connotación de mujer mala y egoísta y hacer una descripción que destaca su edad o el rol de madre: "la madre de la criatura", "una joven mujer", "joven de veinte años" y "madre biológica".

En *Clarín*, no se encontraron referencias al hombre que co-concibió en ninguno de los casos y tampoco valoraciones negativas acerca de la mujer. La forma que se utiliza para denominar a quien deja un niño no contiene referencias al sexo, con excepción de los casos en los que se cuenta con esta información ("la mujer", "la madre" y la "la madre biológica").

En cuanto al niño, se lo coloca en el lugar de víctima del accionar de su madre y se enfatiza la situación de desprotección y riesgo por la cual pasó antes de ser hallado. Así, se dan términos como "desprotegido bebé" o "la víctima", que se acompañan con otros que utilizan el diminutivo "pequeñín" o "criaturita", buscando un efecto de mayor fragilización del niño. Esto se profundiza cuando los menores abandonados son del sexo femenino: "preciosa niña" o "hermosa beba". Estas denominaciones apelan a los sentimientos de ternura que puedan surgir en los lectores.

En relación con la información y los conocimientos que aparecen en los periódicos sobre estos casos, hemos podido observar que en el diario *Crónica* se realizan referencias al tiempo de vida del niño: "Un bebé de no más seis días de vida", "La criatura fue encontrada unas horas después del parto". Por otro lado, también se plantean descripciones de la forma y el contexto en los que fueron encontrados los niños: "La nenita con el cuerpecito lleno de hormigas", "Estaba en una bolsa de plástico con una toalla alrededor del cuellito".

También en *Crónica* y en múltiples testimonios que describen tanto al bebé como a la madre biológica, se encuentran referencias

al orden de lo místico-religioso, y se utilizan imágenes como "el angelito", "milagrosamente", "a la buena de Dios" (como sinónimo de a la intemperie) que llevan a una mayor agudización de la situación del niño y ponen a la mujer en el lado opuesto, en lo maligno. También se utilizan este tipo de calificativos para denominar a las personas que encuentran al niño: "Lo concreto es que otro angelito fue abandonado a la buena de Dios. La providencia hizo que alguien escuchara su llanto y diera el alerta".

En los artículos de *Clarín* se privilegia la descripción de la situación en la que el niño fue hallado: "Beba recién nacida con restos de placenta en el cuerpo", "Estaba en una bolsa de plástico corta y tenía la parte superior como anudada al cuello".

En términos generales, los espacios en que se abandona a los niños se pueden dividir en dos grupos. El primero y más frecuentemente elegido, son los lugares en la vía pública en los que existen posibilidades de que el niño sea encontrado con relativa rapidez (el jardín o la puerta de una casa, las inmediaciones de una estación de tren, etcétera).

El segundo está constituido por espacios tales como descampados o basurales en los que los niños están más expuestos a correr riesgos e incluso, morir.

Motivos de abandono

De los noventa y nueve artículos analizados, sólo en catorce se encontró alguna referencia a los motivos que habrían llevado a la mujer a dejar al niño. Esto nos permite observar que son pocas las oportunidades en que los medios conocen las causas que llevaron a esta situación, lo que se encuentra asociado a lo difícil que parece el contacto con las personas que dejan a los niños.

En el diario *Crónica* se observa que se dan con más frecuencia las causas que se relacionan con el orden económico y con el hecho de no poder hacerse cargo del niño debido a la falta de los medios necesarios: "Miseria espantosa que llevó a una mujer a cambiar su beba por unos comestibles".

Otros de los motivos se vinculan a trastornos o problemas mentales: "Alteraciones mentales que al momento de cometer el hecho no le permitieron comprender la criminalidad del acto ni digerir sus acciones". Por otro lado, se relatan problemáticas familiares que hacen que la mujer tome la decisión de desvincularse del ni-

ño. Los dos casos encontrados son protagonizados por adolescentes: "Su madre había amenazado con internarla en un instituto de menores si llegaba a quedar embarazada".

La situación de *Clarín* no es muy diferente. Aparecen comentarios respecto a conflictos familiares en los cuales una joven apela a esta decisión: *"No contó nada del embarazo por miedo y porque una vez en el colegio una chica le contó que en su casa había aparecido un bebé y se lo habían quedado. Yo pensé que podía suceder lo mismo"*. Estos comentarios de las mujeres muestran las fantasías de ocultar el embarazo y el parto por temor a la reacción familiar, y simultáneamente, el deseo de una resolución que le permita conservar al niño.

CONCLUSIONES

En los artículos analizados se comprueba que el periódico que busca distribuirse en los sectores con menores ingresos es el que manifiesta los mayores estereotipos relacionados con el ejercicio femenino de la maternidad y acentúa la culpabilización de la mujer que decide, de alguna forma, desvincularse del niño. Esta situación promueve la sobrevaloración del niño y busca en la población un deseo de protegerlo inversamente proporcional a la valorización negativa de la mujer. La certeza de algún dato específico respecto a la mujer que tomó esta decisión ayuda a que esta actitud de culpabilización merme, y con ello aumenta la capacidad de preguntarse sobre las situaciones que estaría viviendo para llegar a esta instancia.

Por otro lado, observamos la ausencia de la figura masculina en las descripciones o en la búsqueda de causales que justifiquen esta decisión, por lo cual se le asigna a la mujer la totalidad de la responsabilidad.

Este despliegue que parte de un enfoque reduccionista y simplificado del problema, se basa en una lectura causal individualista, que lleva a pensar en la situación de la mujer, aislada del contexto en el que se desenvuelve y de las responsabilidades sociales involucradas en este tipo de casos. Esto hace que la amplia mayoría de los artículos contengan descripciones y valoraciones de casos particulares, sin una discusión más profunda, y apoya el desarrollo de las hipótesis del instinto materno.

En relación con el diario *Clarín*, si bien aparecen pocas valoraciones sobre la situación de vida de algunos de los protagonistas de los casos difundidos, sus apreciaciones son más sutiles y profundiza la información de la problemática. Estos artículos se limitan a la explicación individual del problema y lo vinculan a algunas variables sociales, como la situación económica o los conflictos familiares. Asimismo, en este medio encontramos mayor cantidad de artículos que refieren al marco legal de la problemática del abandono y de la adopción. Esta posición toma una mayor distancia de los prejuicios y estereotipos sobre la mujer que el otro periódico consultado.

Finalmente, encontramos que ambas líneas editoriales buscan, de alguna forma, reproducir y profundizar el enfoque que sobre el tema puede tener el sector social al que se dirigen, lo cual contribuye al aumento de los estereotipos de género en los sectores populares y del cuestionamiento de éstos en los sectores con mayores recursos.

REFLEXIONES FINALES

Relevancia e invisibilidad del problema

El trabajo realizado evidencia la ausencia generalizada de información sociodemográfica acerca de estas mujeres, su historia y su situación de vida. Más aún, se desconocen las perspectivas que las protagonistas tienen sobre su propia problemática. Esto ocurre a pesar de que en la mayoría de los casos, la mujer pasó por múltiples entrevistas (en el ámbito judicial y en el hospital). El contacto con los diversos profesionales que intervienen (médicos, partera, trabajadora social, enfermera, oficial de justicia, secretario y juez) no garantizó, en la mayoría de los casos, la indagación y/o explicitación de información que permita comprender y acompañar el proceso de decisión. En consecuencia, las instituciones que tienen a su cargo el tratamiento de la problemática de quienes deciden entregar a un hijo en adopción carecen de la información necesaria para implementar intervenciones adecuadas.

En relación con los medios de comunicación, se hace hincapié en el detalle policial del caso y en el análisis desde la perspectiva del instinto materno sin aportar datos sobre el contexto que lleva a

estas mujeres a tomar esta determinación y/o el costo personal que para ellas puede implicar esta decisión.

Entonces cabe preguntarnos una vez más ¿a quién le importan estas mujeres? ¿Por qué son desconocidas? La respuesta no es sencilla. Por un lado, las instituciones judiciales otorgan un tratamiento burocrático a este tipo de casos: limitan su acción a gestionar la pronta ubicación del niño en una familia adoptiva y cierran su intervención en el momento en el que se firma la renuncia de la patria potestad. Por otro lado, en el área de la salud, la situación es similar, aunque algunos profesionales (especialmente trabajadoras sociales y parteras) podrían tener un acercamiento "humano" y no sólo técnico. Ellos tienen una cierta conciencia de su falta de medios teóricos y metodológicos para un mejor acompañamiento de las mujeres que entregan a sus hijos. Se requeriría, además, que los profesionales revisaran sus perspectivas acerca de la maternidad y de los modelos de género vigentes.

Por otro lado, la política, la investigación o los desarrollos teóricos no se encuentran exentos de la perspectiva culpabilizadora y de la mirada unicausal e individualista del problema que trae tranquilidad a los distintos estratos bajo el supuesto de que como no es un problema social sino individual no es necesario preocuparse por él. Por esto y parafraseando a Marc Augë (1992) encontramos a una población de "no personas" que se constituye como tal cuando estas mujeres son desprendidas de sus derechos, cuando se sostiene la descontextualización de su problemática, cuando se las ignora como sujeto-objeto de estudio y de derecho y cuando se realizan simulacros de acompañamiento profesional desde los juicios previos y las posiciones culpabilizadoras de quienes creen encontrarse dentro de los parámetros de la "normalidad".

Mujeres, situaciones e historias

En cuanto a las características de las mujeres y las modalidades de la entrega, el conocimiento que tienen los profesionales coincide con los hallazgos del relevamiento de los expedientes judiciales.

Así, se comprobó que estas personas eligen distintas modalidades: explicitar la decisión a los profesionales de salud, fugarse del hospital, abandonando al niño, entregarlo a terceras personas sin intermediación de instituciones y abandonarlo en espacios públi-

cos. Cada una de estas opciones plantea diversos niveles de riesgo físico para el niño y en forma inversamente proporcional implica diferentes niveles de exposición de la mujer a la mirada e intervención de terceros. La elección de cada alternativa estará relacionada con los recursos personales de quien se desvincula del niño y con las condiciones que plantea el contexto.

Asimismo, encontramos descripciones que coinciden en un perfil compuesto por mujeres jóvenes (aunque no adolescentes), que tienen escaso apoyo del ámbito familiar y que, en general, no cuenta con la presencia del hombre que co-concibió. Estas mujeres se encuentran más cerca de la posibilidad de entregar a su hijo cuando se cruzan dos situaciones: mayor cantidad de hijos relacionada con mayor edad de la mujer.

Algunas situaciones sociales y económicas características de los tiempos actuales están asociadas con la entrega de niños. Así, la desocupación y el sida son hoy variables que pueden complejizar la problemática.

Diagnósticos, juicios y prejuicios

Restablecer una alianza entre el personal de salud y la paciente, que pueda estar basada en los derechos de la mujer a autodeterminarse, parece todavía algo lejano. Mientras tanto, son dos los juicios desde los que parte la comprensión del tema según los hallazgos. Por un lado, el planteo que sostiene que "a estas mujeres no hay que tocarlas" como una supuesta protección, dada su vulnerabilidad social. Esta actitud, que redunda en la invisibilización del problema, estaría relacionada con la no intervención de los profesionales y con la negación de la necesidad de acompañamiento que estos casos requieren. Por otro lado, encontramos profesionales que plantean "a ésta la perdono", lo cual no supone comprender la situación sino otorgar el perdón a quien se considera culpable al tener en consideración algunas situaciones atenuantes como enfermedad mental, la inexperiencia por ser adolescente que el embarazo es producto de violación, entre otros. Este discurso sostiene mecanismos que intentan someter a la mujer al modelo de la "normalidad" en el desarrollo de la maternidad y homogeneizar y tener bajo control los comportamientos. Cuando la mujer no responde de la manera esperada (sometiéndose) y se niega a sostener contacto con el niño, al extremo de "fugarse" para no enfrentar la

situación, los miembros del equipo de salud tienden a alejarse de la posición profesional para acercarse a las visiones estereotipadas sobre la buena y la mala madre.

Así, se pierde la posibilidad de "establecer con precisión la diferencia sustancial entre una práctica profesional y una no profesional", que implica superar "el sentido común como marco de referencia de la intervención en la realidad" (García Salord, 1991). El hecho de posicionarse desde el sentido común aleja las prácticas profesionales de la disciplina científica y coloca a los profesionales en una supuesta superioridad respecto de estas mujeres: ellos se consideran "seguros" en el espacio de normalidad que establece la mirada relacionada con el instinto materno y el ejercicio femenino de la maternidad.

Sabemos que quienes desarrollan su actividad en hospitales y juzgados realizan su tarea en ámbitos institucionales caracterizados por la superespecialización, la dificultad para el trabajo interdisciplinario y la crisis económica y social, que fragmentan el campo de actividad de los equipos. Estos, además, se hallan desorientados ante la aparición de nuevos paradigmas, entre los que se incluyen nuevas lecturas del ejercicio de la maternidad y del rol de la mujer. A esto se suman los conflictos entre aspectos científicos, sociales, éticos y de correspondencia teórico-práctica, que impulsan un quehacer pragmático, a veces desprovisto de la posibilidad de reflexión, comunicación e intercambio necesarios. Por esto, se impone la necesidad de construir estrategias al servicio de la recuperación del "sentido" de la tarea, del rol profesional y de los aspectos vitales de los individuos (Cao, 1997).

Un cambio de actitud y de enfoque en los modelos de atención, tanto en salud como en otros ámbitos sociales, que humanice la práctica profesional, requiere que se respete y reconozca a la mujer que entrega a su hijo como un sujeto pleno de derechos, que necesita un espacio de intervención abierto en el que pueda ser escuchada y que tenga en cuenta los aspectos psicológicos y sociales que rodean esta decisión, no sólo en el momento previo a la entrega sino también posteriormente.

¿Y ahora qué? Líneas de pensamiento y acción

A partir del recorrido realizado creemos que es necesario un desarrollo teórico que permita construir un marco de referencia

para la comprensión y el abordaje de la problemática de quien desea entregar a su hijo en adopción. Para esto se debe construir un conocimiento concreto que nos aleje del sentido común como mediador de la práctica profesional.

En esto es prioritario el compromiso de distintos espacios sociales. Por un lado, se involucran los profesionales de la salud que se presentan como quienes con mayor frecuencia y antelación toman contacto con la mujer. Éstos deberán revisar sus prácticas fragmentadas y construir un modelo conjunto de acción y acompañamiento de la mujer sobre la base del conocimiento sistemático del problema y sobre la superación de los estereotipos que se conjugan en su práctica.

Asimismo, y en relación con el sector constituido por los componentes de la Justicia que intervienen en esta problemática (Juzgados de Menores, Ministerio Público), debemos requerir que, por ser la única institución que concentra los datos referidos a la mujer que entrega a su hijo se ponga un énfasis especial en los contenidos y en la modalidad del registro de esos datos, no sólo a los fines de lograr un acercamiento empírico al tema de manera más profunda y extensiva, sino también en consideración de los niños adoptivos que cuentan con ese único medio para conocer las características de la historia de su origen biológico.

Será necesario revisar y explicitar los perfiles que presentan los medios de comunicación de modo de disminuir la reiteración de los prejuicios desde los cuales se realiza el abordaje informativo y el análisis de este tipo de casos.

La mujer que toma la decisión de entregar a su hijo en adopción pone en cuestión el principio por el que se constituye la maternidad como la única instancia desde la cual puede convertirse en un ser completo y feliz. Frente a esta realidad, quienes hacen presente este cuestionamiento son consideradas a través de una triple caracterización. En primera instancia son *intocables*: argumentando una supuesta protección y/o pudor profesional, no se les hacen preguntas, no se las escucha, no se dan respuestas a sus demandas. En segundo lugar, se sostiene su condición de *desconocidas*, al "resolverse" la falta de información y reflexión con decisiones pragmáticas. Finalmente, las referencias y perspectivas que hemos analizado nos permiten sostener que estas mujeres continúan siendo *desconocibles*, dada la invisibilización que afecta tanto a la reflexión teórica sobre esta problemática como a sus protagonistas.

BIBLIOGRAFÍA

Augë, M.: *Los "no lugares". Espacios del anonimato*, Barcelona, Gedisa, 1992.

Badinter, E.: *¿Existe el amor maternal?*, Barcelona, Paidós, 1981.

Cao, J. L.: "Atención de equipos de salud en crisis", trabajo presentado en III Congreso Latinoamericano de Medicina Social, 1997.

Chorodow, N.: *El ejercicio de la maternidad: psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*, Barcelona, Gedisa, 1984.

Climent, G. y Arias, D.: "Hijos no 'deseados', hijos no 'deseables'", en *Cuadernos Médico Sociales*, N° 63, Rosario, 1993.

De Miguel, J. M.: *El mito de la inmaculada concepción,* Barcelona, Anagrama, 1979.

Dorola, E.: "La naturalización de los roles y la violencia invisible", en Giberti, E. y Fernández, A. M. (comp.), *La mujer y la violencia invisible*, Sudamericana, Buenos Aires, 1989.

Fernández, A. M.: *La mujer de la ilusión*, Buenos Aires, Paidós, 1994.

García Salord, S.: *Especificidad y rol del trabajo social*, Buenos Aires, Humanitas, 1991.

Giberti, E.: "Maternidad e ideología obstétrica", Ficha offset N° 71 del Centro de Estudios de la Mujer, Buenos Aires, 1980.

Giberti, E. y A. M. Fernández (comp.): *La mujer y la violencia invisible*, Buenos Aires, Sudamericana, 1989.

Giberti, E.: "Parto sin temor: el poder que perdemos", en A. M. Fernández (comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva*, Buenos Aires, Paidós, 1993.

Giberti, E; Chavenneau De Gore, S. y Taborda, B.: *Mujeres excluidas*, Buenos Aires, Norma, 1997.

Grassi, E. *et al*.: "Paradigmas médicos en torno a la maternidad", mímeo, 1992.

Katz Rothman, B.: *Recreating Motherhood*, Nueva York, W. W. Norton & Company, 1990.

Mijtavila, M. y Echeveste, L.: "Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade", en Oliveira, A. y Amado, T. (orgs.) *Alternativas Escassas*, Río de Janeiro, 1994.

Oakley, A.: *Becaming a mother*, Nueva York, Schocken Books, 1980.

Palma, I.: "El embarazo adolescente desde una perspectiva de género", documento de trabajo, Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe, Santiago, 1991.

Sección II

DISCONTINUIDADES EN EL MODELO HEGEMÓNICO DE MASCULINIDAD

HUMBERTO ABARCA PANIAGUA[1]

PRESENTACIÓN

A continuación se comentan algunos resultados de una investigación cualitativa que utilizó relatos de vida y grupos de discusión para reconstruir el modelo masculino tradicional y sus fracturas a partir del discurso de sujetos pertenecientes a estratos medios y bajos, adscriptos a diferentes generaciones.

El estudio consistió en un acercamiento realizado a través de una metodología cualitativa, comprensiva, basada en la teoría de las representaciones colectivas o sociales, tal como propone Durkheim (1937) y recogen Moscovici (1985) e Ibáñez (1979), entre otros. El supuesto es que en el habla se articularían dos niveles, el de la subjetividad y el de lo social, por lo cual las representaciones sociales –y las instituciones– quedarían inscriptas en el lenguaje y, por lo mismo, vehiculizadas en la conversación. Nuestra intención

1. El autor es sociólogo. El presente artículo se desprende del proyecto de investigación "El traje del Rey. Un estudio exploratorio sobre la masculinidad en Chile", que desarrolló como investigador asociado de la facultad latinoamericana de ciencias sociales FLACSO-Sede Chile. El autor agradece a Teresa Valdés y Mónica Gogna por sus comentarios –y su paciencia– y al Equipo de Masculinidad de FLACSO por las conversaciones que ayudaron a dar forma al trabajo.

fue reproducir la conversación social e individual y observar la perspectiva de los varones sobre la temática general de lo masculino. De esta forma, el punto de partida se expresó en los siguientes interrogantes:

¿Cuál es la representación de lo masculino que opera como modelo de identidad genérica y sexual? ¿Existen quiebras en el discurso dominante?

¿Cuál es la incidencia de tales representaciones en las decisiones de salud reproductiva?

Los participantes del estudio fueron sujetos de dos generaciones (de dieciocho a veinticinco y de treinta a cuarenta y cinco años) y dos estratos socioeconómicos (medio y bajo), habitantes de las ciudades de Santiago y Valparaíso. Se realizaron ocho grupos de discusión destinados a reproducir el discurso social sobre el tópico de la masculinidad y veinte entrevistas en profundidad orientadas al relato, destinadas a reconstruir los rasgos relevantes de la socialización y subjetividad masculina. Se utilizaron los criterios de inclusión enunciados: generación, estrato socieconómico y ciudad.[2] Este último criterio no introdujo diferencias significativas por tratarse de dos centros urbanos, por lo que el análisis se basa en los dos primeros.

¿Existen diferencias según edad y nivel socioeconómico?

Para este artículo, hemos seleccionado aquellos hallazgos referidos a la caracterización de las crisis del modelo hegemónico de la masculinidad.

INTRODUCCIÓN: COORDENADAS DEL MODELO HEGEMÓNICO

La modernidad como condición epocal de nuestra exploración

El discurso social que interpretamos tiene sus condiciones de existencia en las circunstancias históricas de la modernidad, que constituye un momento histórico, en el que las identidades masculinas y femeninas son de modalidad excluyente. Se construyen en relación con una división sexual del trabajo, que se funda en la se-

2. El trabajo de campo se realizó entre septiembre de 1997 y abril de 1998.

paración de la vida social entre una esfera de lo público (producción) y otra esfera de lo privado (reproducción), y la asignación de los varones a la primera y de las mujeres a la segunda. Esta modalidad económico-social y el tipo de subjetividades que en ella se construyen tiene como correlato una relación entre actores cuyos trabajos diferenciados se complementan para la subsistencia, organizados en torno al modelo de la familia nuclear (Tajer, 1996; Inda, 1996).

La modernidad se ha caracterizado por ser un ordenamiento dicotómico del mundo, que se basa en una epistemología binaria, entendida como categoría perceptual-cognitiva que ubica los objetos en pares opuestos: sujeto/objeto, varón/mujer, etcétera. En particular, la identidad de género se organiza en la línea de lo mismo/lo diferente y pone al hombre como lo mismo; las diferencias se tratan como "ajenidades". La masculinidad aparece como el centro a partir del cual se constituyen los bordes (Tajer; Inda, *op. cit*.).

El género como representación ideológica del relato moderno sobre el sexo

La modernidad no sólo produce una modalidad de orden. También lo justifica. Concebimos el concepto de género como el "conjunto de relaciones sociales que, basadas en las características biológicas, regula, establece y reproduce las diferencias entre hombres y mujeres. Se trata de una construcción social, de un conjunto de relaciones con intensidades específicas en tiempos y espacios diversos" (Ramos, 1991, pág. 12).

Las ideologías de género son construcciones discursivas que surgen en sociedades estructuradas sobre la base de relaciones asimétricas entre los sexos. Esta asimetría consiste en designar diferenciaciones de modo tal que tareas y funciones asignadas a hombres y mujeres, al igual que otros atributos como el prestigio y el poder, no guardan la misma proporción o no son comparables (Ramírez, 1993, pág. 37 y sigs.). De esta forma, el género es la construcción social de la diferencia entre los sexos; el sexo socialmente construido y las ideologías masculinas constituyen su expresión en la subjetividad de hombres y mujeres.

En razón de lo anterior, el género es un sistema de significados determinado por la ideología dominante de una sociedad. Teresa

de Lauretis (en Ramos, 1991) señala que el género, como la sexualidad, no son una propiedad de los cuerpos ni algo existente desde el origen de los seres humanos, sino que son un conjunto de efectos producidos sobre los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales. Como tal, constituye la representación de la relación entre hombres y mujeres construida socialmente; al mismo tiempo que constituye una construcción sociocultural, es un aparato semiótico, esto es, un sistema de representación que asigna significado a los individuos dentro de la sociedad.

La masculinidad tradicional como un modelo hegemónico

Las ideologías de género se articulan bajo un modelo. Entendemos el paradigma dominante de masculinidad como un modelo, esto es, en el doble sentido de representación simbólica de la realidad (así se concibe la masculinidad) y norma (así se orienta la conducta de un hombre). La masculinidad hegemónica constituye un saber ideológico que orienta, motiva e interpela a los individuos concretos constituyéndolos en sujetos, a la espera de una respuesta "sujetada" a la norma (Althusser, en Zúñiga, 1971). Al mismo tiempo, la existencia de un modelo dominante supone la posibilidad de subjetividades masculinas que se relacionan en forma diversa con el paradigma, acatando, negando o pervirtiendo su mandato de acuerdo con el contexto en que se encuentren (Sarti, 1995, pág. 59).

La interiorización de las relaciones de género es clave en la construcción de nuestra identidad; asimismo, nuestros comportamientos favorecen el fortalecimiento y la adaptación de las instituciones y estructuras sociales. Este proceso, es definido como el "trabajo de género" de una sociedad y se expresa como un proceso activo y permanente de creación y recreación del género, con tareas particulares en momentos particulares de nuestras vidas, y que nos permite responder a relaciones cambiantes de poder de género (Kaufman, 1995). Desde este punto de vista, la masculinidad se construye y cambia: desde una cultura a otra; en una misma cultura a través del tiempo; durante el curso de la vida de cualquier hombre y entre diferentes grupos de hombres según su clase, raza, grupo étnico y preferencia sexual (Kimmel, 1992, pág. 135).

Factores dinamizadores del cambio en la modernidad

A pesar de que la modernidad es una modalidad de orden social que construye sus sentidos de vida sobre la base de modelos excluyentes, posee ciertos rasgos internos que presionan por la transformación de las subjetividades, particularmente su carácter reflexivo. Al decir de Giddens (1995), el orden institucional de la modernidad destaca, por su dinamismo, el grado en que desestima los usos y costumbres tradicionales y su impacto general. Lejos de constituir meras transformaciones externas, la modernidad altera en profundidad la vida cotidiana así como los aspectos más personales de nuestra experiencia y, por ende, el perfil de nuestras subjetividades (*op. cit.*, pág. 9).

En este orden moderno, la identidad del yo se convierte en una tarea que se expresa como la construcción de un proyecto reflexivo del yo, esto es, el mantenimiento de una crónica biográfica coherente. De hecho, en la vida moderna la noción de estilo de vida adquiere una particular importancia en la medida en que la tradición pierde su capacidad convocante y los individuos deben adoptar estilos de vida entre una diversidad de opciones que aspiran a protagonizar el planeamiento de la vida. En el plano cotidiano, se sostiene un proceso de transformación de la intimidad, en el que lo principal parece ser el surgimiento de la "relación pura" como vínculo social donde desaparecen los criterios externos hasta el punto en que la relación existe tan sólo por las recompensas que puede proporcionar por sí misma (Giddens, 1995, pág. 11).

Al mismo tiempo, la jerarquía como forma de ordenar las diferencias que es propia de la racionalidad tradicional, viene a ser cuestionada por los principios modernos de igualdad y libertad. La coexistencia de valores tradicionales y modernos constituye una realidad cotidiana en las sociedades latinoamericanas (Fuller, 1997). Lo que queremos expresar es que bajo las condiciones contradictorias de la modernidad latinoamericana, el poder se reproduce bajo modalidades complejas que no son unidireccionales y, más bien, constituyen sentidos en pugna.

El modelo masculino como un poder que consuela y daña al mismo tiempo

Por lo general, las sociedades exigen a sus varones pasar por

pruebas para probar su masculinidad, que aparece como una cualidad muy deseada y, a la vez, difícilmente alcanzable. Así, la condición masculina estaría constantemente en duda, por lo que necesita su prueba y afirmación social y personal. Si los hombres, tan universalmente, deben pasar por pruebas para probar su masculinidad, es precisamente porque ésta no está determinada por la naturaleza. Por esta razón, las sociedades establecen pautas, rituales, pruebas, sistemas de premios y castigos que incentivan la conducta agresiva y activa, e inhiben los comportamientos pasivos (Callirgos, 1996). Socializarse como varón bajo el modelo tradicional es un proceso difícil que por lo mismo, requiere un beneficio simbólico y material. Ese beneficio consiste en la posibilidad de ejercer algún poder (Kaufman, 1995, pág. 127).

No obstante, se ha señalado el carácter ambiguo de este premio. A lo largo de su socialización cultural, el varón internaliza un rasgo básico de su condición: la construcción social del varón va ligada a la noción de importancia, esto es, el principal mandato cultural del varón es ser importante. Este modelo-imagen cumple dos funciones contradictorias entre los varones: a) proveer un refugio, en la medida en que el orgullo corporativo masculino y las prerrogativas que establece hacen vivible la existencia y, al mismo tiempo, b) impugnar y angustiar, en virtud de que la grandeza del modelo-imagen masculino no logra ser alcanzada por ningún sujeto. A partir de lo anterior, el modelo hegemónico masculino, resumido en la consigna básica "Ser varón es ser importante", puede ser leído de dos formas:

- *Ya soy importante*. Aquí, el sujeto se lee a sí mismo como afortunado de haber nacido del lado adecuado, y saborean las posibilidades y privilegios que se le reservan.

- *Debo ser importante*. Esto es, el varón asume que debe actualizar permanentemente su derecho a ocupar un lugar en el universo masculino (Vicent-Marqués, 1997).

De hecho, las dos lecturas de la norma "producen sujetos", en la medida en que, en el primer caso, conlleva la valoración de los derechos que se desprenden de la condición y, en el segundo, recuerda los deberes sociales que la acompañan. En definitiva, bajo las condiciones de modernidad el modelo hegemónico masculino

se expresa como una dialéctica entre el privilegio y la impugnación que alimenta la reproducción compleja del poder en el sistema de sexo-género.

EL MODELO HEGEMÓNICO EN EL DISCURSO DE LOS VARONES

Entonces dijo Dios: Hagamos al hombre a nuestra imagen, conforme a nuestra semejanza; y señoree en los peces del mar, en las aves de los cielos, en las bestias, en toda la tierra, y en todo animal que se arrastra sobre la tierra.

Y de la costilla que Jehová Dios tomó del hombre, hizo una mujer, y la trajo al hombre. Dijo entonces Adán: Esto es ahora hueso de mis huesos y carne de mi carne; ésta será llamada Varona, porque del varón fue tomada.

Entonces Jehová Dios dijo a la mujer ¿Qué es lo que has hecho? Y dijo la mujer: La serpiente me engañó, y comí [...] A la mujer dijo: Multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor darás a luz los hijos; y tu deseo será para tu marido, y él se enseñoreará de ti. Y al hombre dijo: Por cuanto obedeciste la voz de tu mujer, y comiste del árbol del que mandé diciendo: No comerás de él; maldita será la tierra por tu causa; con dolor comerás de ella todos los días de tu vida [...] Con el sudor de tu rostro comerás el pan hasta que vuelvas a la tierra, porque de ella fuiste tomado; pues polvo eres y al polvo volverás [...] Echó, pues, fuera al hombre, y puso al oriente del huerto del Edén querubines, y una espada encendida que se revolvía por todos lados, para guardar el camino del árbol de la vida.

Génesis, Libro Primero de Moisés

[...] Y mirándole, Jesús [...] tú serás piedra.

Evangelio según San Juan

Señoreo, dolor, sudor, jefe de familia, piedra fundacional... la hombría viene marcada a fuego desde la caída mítica protagoniza-

da por Adán. El modelo tradicional define al varón como un ser de dos caras, que articula deberes y derechos, libertad y determinismo, potencia y carencia. "Serás piedra" es el mandato cultural de la masculinidad. Bajo este precepto, el varón es la base individual de la sociedad, fundada en el estoicismo de su autonegación en favor de los demás, a quienes debe sostener. Es una identidad construida a partir de su función de sostén-protector del hogar y proveedor del alimento que mantiene a su familia. La sociedad refuerza en el varón la voluntad de acatar el mensaje premiándolo con el privilegio del poder y el predominio de la esfera pública. Pero a veces los varones huyen, reniegan, se ausentan, se hacen piedra del camino. Unas veces, sumidos en sus tareas importantes, se hacen ajenos a sus hijos; otras, sumidos en sus dolores y euforias, se ausentan de sus sentimientos.

A continuación, nos sumimos en ese complejo de conversiones y reniegos que constituye la hombría. En el camino, reconstruiremos el edificio de creencias que conforman la masculinidad, delineando las tendencias que pugnan por mantener o reinterpretar el modelo tradicional.

La pedagogía del privilegio

Revisemos la pregunta sugerida por Vicent-Marqués (*op. cit.*, 1997): ¿cómo aprende un varón su importancia? ¿De dónde extrae su fundamento? El varón recibe enseñanzas explícitas e implícitas –la mayoría– que le sugieren estar en posesión de un status distinto, esto es, haber nacido del "lado adecuado". Como se ha señalado, esa cualidad se basa en la internalización de una condición doble que fundamenta el sentido de su privilegio: la asunción de un *derecho* ("el varón se manda solo") y un *deber* ("el varón camina por el costado izquierdo de la calzada").[3] Llamamos a este proceso hegemónico de fabricación de varones la *"pedagogía del privilegio"*.[4]

3. Refiere a uno de los mandatos de la caballerosidad del siglo XIX: en la calle, el varón debe transitar por el costado izquierdo de la calzada para proteger a la mujer de las salpicaduras de caballos y automóviles.

4. La expresión es nuestra.

Los mensajes hegemónicos escuchados/observados en la familia

Los abuelos representan el desborde original, el hito biológico fundacional de la familia, apareciendo en el discurso como si antes de ellos nada hubiese existido, sólo naturaleza. Alrededor de la figura de los abuelos, los sujetos tejen los mitos fundacionales del carácter familiar y junto con ellos, las principales trazas del modelo masculino tradicional. Sus evocaciones nos muestran a varones que, en la mayoría de los casos, se hicieron a sí mismos a punta de golpes, transformándose en un resumen de las fuerzas de la naturaleza: tesoneros, pródigos, brutos, cariñosos, soberbios, egoístas, generosos, previsores, incautos, indiferentes, exuberantes, corajudos, infieles, versátiles, ingeniosos y encantadores.

> [...] mi abuelo fue un rajadiablos,[5] el típico porteño choro del puerto. Era estibador cuando Valparaíso era la Joya del Pacífico [...] Tenía los bolsillos llenos de plata... no sé qué nivel de estudios tuvo pero diría que muy poco, era un farrero, el tipo que se sacó un diente de las paletas principales y se puso uno de oro. Ese tipo de vida, lleno de mujeres [...] se casó con mi abuela y tuvo el tipo de vida típico de los machistas de ese entonces... llegaba, daba plata pa'la casa y era lo único que hacía. Cuando daba [...] porque prefería gastarse la plata con sus mujeres, amigos [...] Por suerte compró una casa, pudiendo haberse comprado muchas cosas [...] el viejo tuvo una relación super distante con sus hijos, con los nietos, lo mismo [...] era por problemas de educación... Se dedicó a vivir la vida hasta que llegó a la casa de mis papás a morir de un cáncer [...] tenía problemas con mi abuela, se separaron como dos o tres veces por un buen tiempo, le pegaba" (Pablo, adulto de estrato medio).

Sea cual fuere el mensaje a partir del cual su recuerdo se estructura, tiene en común la imagen del hombre-que-se-hace-a-sí-mismo, cuya masculinidad se construía sobre un límite estricto entre lo privado y lo público, donde casa y calle representan mundos separados, regidos por códigos diferentes y unidos por un modelo de roles complementarios en virtud del cual el varón podía ejercer sus privilegios en la calle a condición –no siempre satisfecha– de cumplir con sus obligaciones de proveedor. Un buen hombre no era más que un rajadiablos que sabía cumplir con su hogar.[5]

5. *Rajadiablos* se refiere a la figura del varón indómito que construye su

> [...] el hombre antiguo era distinto al de ahora, de la casa pa'fuera podía hacer lo que quisiera pero de la casa pa'dentro tenía que regirse dentro de las normas, cierto respeto a la señora, la plata pa'que ésta la administrara [...] mi abuelo era alcohólico, de los que se iba a tomar todos los días con los compañeros al bar del puerto, a más de algún prostíbulo debe haber ido... pero un hombre muy noble, muy bueno, nunca le faltó nada a la familia de mi papá, de hecho una persona muy buena, con muchos valores" (Rodrigo, joven, estrato medio).

Frente a este hombre desbocado, las abuelas representan el complemento preciso, continente, a través de una imagen femenina "domestizante". En el relato masculino la abuela es la verdadera fundadora de la autoridad –el padre en reemplazo–, el dique moral que preservaba las buenas enseñanzas y hacía frente al varón. A través del manejo de los hilos de la vida, estas mujeres hacían del hogar un territorio de jurisdicción exclusiva. Desde la representación de la autoridad del padre ausente, pasando por la definición del orden "sagrado" de las comidas y la transformación de lo crudo a lo cocido, la trama de estos hilos constituye –en el plano cultural– el acto fundacional de la familia.

> Mi abuela fue una mujer muy severa, de una moral muy estricta [...] mucho peso de autoridad, normaba mucho la vida de la familia (Nelson, joven de estrato medio).

> Mi abuela [...] típica señora antigua que cuando llegaba mi abuelo le tiraba los zapatos por la cabeza [...] siempre hacía el almuerzo, nadie le quita esa función [...] ollones de cazuela, es sagrada la cazuela de vacuno en la casa y el plato de fondo y después su postre (Rodrigo, joven de estrato medio).

Como veremos a continuación, la referencia a sus padres y madres reproduce lo esencial del modelo tradicional de masculinidad y feminidad.

Al padre se le persigue como una sombra. Es una figura ambivalente, cuya evocación puede suscitar –en el extremo– la sensación de ausencia total y su definición como invitado en el hogar.

---

propia ley y la hace respetar. Es un modelo literario propio de las novelas ambientadas en la hacienda.

Es un padre disperso entre los recuerdos de sus visitas. Es el *padre-sofá*,[6] que asume el hogar como un lugar de descanso hasta la nueva partida, donde se le debe nutrir, servir, respetar y satisfacer. Es el padre despreciativo, el pedagogo brutal de la autonomía masculina que transmite lo que, a su juicio, representa la primera enseñanza de un varón: *si no aprendes a nadar, te ahogas*.

> [...] una relación fragmentada, de ausencias, la figura familiar para mí ha sido mi madre, mi hermano y yo [...] lo recuerdo como una figura atemorizante [...] represora [...] Una imagen que tengo de él en la casa, frente al televisor, conversando en el rol muy de hombre [...] de no colaborar en hacer cosas [...] era marino [...] en cierta ocasión llevó piure pero hay que asumirlo que en verdad era una visita, no era parte de la familia […] Mi papá compró Milo y le dije que no quería [...] me miró con mucho desprecio [...] que era un malagradecido [...] ésa es la imagen prototípica que tengo [...] otro recuerdo [...] me pidió que llevara una estufa a parafina donde mi mamá [...] la tomé y yo era chico [...] me tambaleaba y mi mamá se asustó [...] me podía pasar algo, y sentí su voz de nervio, y mi papá le dijo "déjalo, si él puede" [...] "por último si no puede tiene que poder" [...] dejé la estufa y me di cuenta que sí lo había hecho [...] en momentos difíciles me acuerdo [...] asumo que soy capaz de superar obstáculos" (Nelson, joven de estrato medio).

Coincidentemente, entre los varones de sectores de bajos recursos, el padre también aparece como una figura lejana. Aquí, el escaso conocimiento de los padres se limita al obtenido al ingresar al mundo del trabajo: el padre pertenece al mundo de los hombres plenos, al mundo exterior.

Simétricamente, la madre te acompaña como una sombra. Bajo un modelo de roles genéricos complementarios, a la madre le corresponde permanecer en el hogar desempeñando funciones de dueña de casa. Si la necesidad o la ausencia del padre lo hacen necesario, éstas pueden ser complementadas con tareas productivas fuera del hogar. En contrapartida a la imagen general del padre, la madre constituye el polo afectivo, el cariño matizado por su seve-

6. La expresión es nuestra y refiere a dos imágenes: el lugar ocupado por el padre en el hogar y la condición pasiva frente a los asuntos domésticos y, en general, a la gestión de lo privado, que queda delegada en la mujer.

ridad en la administración de la autoridad doméstica. La madre constituye el sostén y la caja de resonancia del código moral estricto que inculca la decencia en los hijos a través de un sistema binario de prohibiciones y prescripciones: "se debe/no se debe".

Más allá del grado de presencia efectiva en la vida de sus hijos de aquellas madres que trabajan, su responsabilidad sobre la gestión del mundo privado del hogar deriva en una sensación de presencia que, para los hijos, tendrá un efecto determinante en la construcción imaginaria de las fuerzas del mundo: mientras lo masculino es percibido como lo dinámico, lo que va y vuelve, lo femenino quedará inscripto en sus memorias como lo que permanece. Al desnudar la construcción de subjetividades puesta en juego en las relaciones familiares y de género, se comprende que las madres se destaquen como una presencia incontrarrestable, cuyo signo es el cariño, eco de ese espacio tibio que nos contuvo alguna vez.

> [...] es un amor, pa'mí mi mami es todo, yo daría la vida por mi mami [...] me ha dado tanto que a veces no sé cómo devolvérselo (Pancho, joven de estrato popular)

La construcción de las relaciones de género en la familia

> Un papá que no pescaba a los cabros y una mamá que lo único que trataba era de atinar con la casa, con lavar ropa, platos y tratar de criar hijos sin la educación que existe hoy en día [...] la clásica familia de entonces (Pablo, adulto de estrato medio)

Consultados sobre las relaciones de género observadas en su familia, los sujetos reconstruyen a la perfección el modelo de roles complementarios que, en virtud de su sexo, distribuía a hombres y mujeres en funciones de producción y reproducción, respectivamente, cuyo reparto de la autoridad se articulaba sobre un poder masculino (titular-supuesto) y un poder femenino (delegado-real), que recuerda la organización del poder en la hacienda rural (hombre-patrón de fundo y mujer-capataz). En una escena reconstruida a ojos de niño, se recuerda a un padre que pesaba más como amenaza ("vas a ver cuando sepa tu padre") y una madre que, al calor de sus batallas domésticas, ejercía el poder efectivo y, con su acción, materializaba el poder paterno. La concentración del poder

en manos del padre dependía del grado efectivo de preocupación que éste manifestara por las tareas del hogar.

> [...] la relación típica de una pareja chilena, donde se presume que el hombre es el que manda, se hace lo que él dice, sin embargo en términos fácticos la autoridad la maneja mi mamá [...] en las familias de marinos, la familia la realiza la madre y el padre es una figura ausente que se inserta en el medio (Nelson, joven de estrato medio).

Para ejercer la autoridad, al padre le bastaba el valor de su palabra que –generalmente– se aplicaba a distancia; la madre, que no tiene palabra –salvo cuando simboliza la del padre– ejerce el poder de la presencia y, en algunos casos, materializa la violencia cuando la función de representación no alcanza para controlar a los hijos. En ocasiones, las madres de los hombres de estratos bajos tienden a rebelarse ante la brutalidad de una autoridad paterna despótica. Particularmente a partir de la crisis económica de los años ochenta, la mujer de estrato popular se completa, se hace jefa y administradora del hogar, asume la autoridad de la palabra del padre y la fuerza de su empeño, y deviene autoridad plena. En el caso de los hijos de padres profesionales, la gestión de la autoridad y las decisiones del hogar oscila entre el modelo tradicional y un estilo que tiende a ser más equitativo, pudiendo llegar a invertir los roles tradicionales, especialmente cuando la mujer tiene más educación que el varón.

Las enseñanzas de madre y padre

Al tiempo que recibe mensajes explícitos sobre los roles de género y el lugar que le corresponde en el mundo, el pequeño varón sopesa y articula las enseñanzas de la madre y el padre, su modelo masculino más cercano. A partir de sus palabras y sus gestos, de sus acciones y sobre todo de sus omisiones, el niño asimila la complementación de lo femenino y lo masculino en un sistema de afirmaciones y negaciones que irán "masculinizando" su subjetividad.

a) Mensajes maternos

Es casi una escena común: el padre dice al hijo "¡sale al mundo!" y la madre pasa revista en el umbral del hogar: "¿te lavaste

las manos? ¡mira esos zapatos!", humedece su pañuelo y le limpia las orejas. El niño logra escurrirse de la revista higiénica de la madre: la pulcritud es una enseñanza clave en la pedagogía de la decencia. Por otra parte, si el padre inculca la capacidad de responder ante las cosas de la vida, la madre transmite el valor de la paciencia para decidir, la sinceridad para construir la confianza. En concordancia con lo afirmado por Bengoa (1996), entre los varones pertenecientes a sectores populares las madres inculcan virtudes de *sociabilidad* orientadas a la construcción de lazos tanto en lo público como en lo privado-íntimo ("respeto", "cautela", "bondad" y "honradez").

> Siempre la sinceridad, la calma, no son como enseñanzas sino como que uno las va incorporando al subconsciente [...] mi madre dice que es normal eso de la paciencia" (Rockford, joven de estrato medio).

> Ser respetuoso, leal, amistoso, tener cuidado en confiar con algunas personas, ser bondadoso, ayudar al prójimo (Pancho, joven de estrato popular).

> [...] que nunca me pusiera a robar o que no fuera delincuente, por el ambiente en que vivimos (*Asesino*, joven de estrato popular).

b) Mensajes paternos

El padre es recordado inculcando en el hijo tres pilares fundamentales de la ideología del esfuerzo: excelencia, responsabilidad y solidaridad (una cuarta cualidad refiere especialmente a los sectores populares: la agresividad). En el primer caso, se aprende que un hombre se realiza entregándose plenamente a su tarea, sea cual fuere la relevancia que ésta tenga; en el segundo, se aprende que un varón involucra su honor en el cumplimiento de su tarea y que un hombre debe transmitir seguridad hacia los suyos regulando su conducta, construyendo mecanismos para dominar las contingencias; en el tercero se aprende el altruismo, la capacidad de negarse a sí mismo para reconocerse en los demás; en el cuarto caso, los padres de estratos bajos enseñan a sus hijos que siempre hay que estar dispuesto a responder para poder sobrevivir en la calle: es una noción de honor que se materializa en el cuerpo, que desarrollaremos más adelante. Las cualidades nombradas se realizan preferentemente en la esfera pública.

Junto con las virtudes descriptas, el padre enseña un rasgo fundamental de lo masculino: el discernimiento, que es la base para la construcción de la autorregulación, de la autonomía. Consiste en la capacidad de realizar una lectura personal de la norma cultural, cuya observancia se basa en un sentido de concordancia que el individuo-varón construye frente a sí mismo. Esta práctica permite un juego de acomodo con la norma cultural, elemento clave que sostiene la convivencia de los códigos de conducta opuestos que rigen la calle y el hogar, fuente del discurso de vicios privados y virtudes públicas. En ese sentido, la enseñanza de la rectitud es tributaria del dispositivo de autocontrol masculino que el padre inscribe con sus palabras y su actitud en la subjetividad del hijo; en el fondo, constituye un programa para verificar la validez de sus acciones. Es una moral construida a partir del discernimiento personal, que fortalece el proyecto de autonomía del sujeto varón, fundado en el precepto "nadie sino tú mismo puede decirte lo que es bueno y lo que es malo": cuando el discernimiento se aplica desde relaciones de dominio, constituye el fundamento del privilegio. No olvidemos que se trata de la enseñanza de padres que, a partir de su esfuerzo, aprendieron a navegar pragmáticamente por la vida.

> [...] tenía un concepto de la moral también [...] bien especial [...] que la moral a pesar de ser él creyente y observante nomás, era que uno manejaba un poco la moral, de sentirse bien y saber lo que es bueno y lo que es malo (Pablo, adulto de estrato medio).

> Mi papá [...] te dice siempre "tú sabís si está bueno o está malo, lo demás son excusas" (Emilio, adulto de estrato medio)

> Mi papá me enseñó [...] los principios, el autocontrol [...] uno se pregunta qué es lo bueno y lo malo y siempre con lo bueno está el padre de por medio. Si lo hace él es bueno, si no lo hace es malo, ahí viene tu autocontrol (Rockford, joven de estrato medio).

Asimismo, el niño aprende del padre un conjunto de nociones para el desempeño en la esfera pública, que van dando forma a la noción de importancia vinculada a la condición masculina:

Para los hombres, el mundo

El niño aprende en carne propia y a través del ejemplo de los

varones que lo rodean –padre incluido– que la condición masculina va íntimamente ligada con la noción de libertad. La libertad es el fundamento de su capacidad de experimentar, conocer y autoconstruirse. "Es que el hombre para ser autónomo debe aprender a equivocarse"; "es que para sobrevivir al mundo debe salir a conocerlo". Esta línea pedagógica se traduce en cierta permisividad –y complicidad– de los padres hacia las conductas del hijo varón: permisividad con los vicios (un varón debe conocerlos); permisividad con los ritmos domésticos: el varón puede desviarse. Asimismo, los varones crecen devorando el mundo y alimentándose de un ansia de aventura insuflada por el padre. El mundo se memoriza, se toma para sí, se mide, se asume propio.

> [...] no era un papá tradicional, me dejó fumar a los catorce, tenía sus propias teorías [...] decía que si me prohibía iba a fumar igual, prefería que fumara en casa a estar en una esquina [...] nos dio un montón de libertad (Pablo, adulto de estrato medio).

> Salíamos los domingos, típico que llegábamos retarde, pasábamos a comer un sandwich o nos encontrábamos con un amigo de él y llegábamos retarde y estaban todos choreados[7] (Kike, joven de estrato medio).

> Me gustaban mucho las aventuras [...] mi papá compró una colección de libros y había uno que se llamaba *La Tierra y sus Recursos* [...] me lo devoraba [...] y una enciclopedia Sopena de nueve tomos; el último tenía ilustraciones de cosas bien entretenidas [...] me gustaba la ciencia y la aventura y cosas por el estilo (Pablo, adulto de estrato medio).

Hay espacios de hombres

El varón toma conciencia de la exclusividad de su status a través de ciertos espacios segregados de sociabilidad, como la ida al estadio, que cumplen la doble función de incluir a los niños en el universo masculino y generar un lazo genérico intergeneracional, una complicidad basada en la delimitación de un tema común de conversación: deporte, mujeres, trabajo, etcétera.

7. Aburrido.

> Era sagrado el tiempo en que íbamos los cuatro al estadio, los cuatro con mi hermano, mi papá, mi abuelo y yo [...] por eso nos ligamos [...] (Rodrigo, joven de estrato medio)

Sólo un hombre reemplaza a otro hombre

Ante las ausencias del padre, una práctica común es el encargo del padre al hijo: "Cuide a su mamá". Al calor de la petición del padre, el pequeño hombrecito aprende dos lecciones: que un hombre sólo puede ser reemplazado por otro hombre y que las mujeres están para ser protegidas.

> [...] cuando mi papá viajaba nosotros hacíamos como que la cuidábamos, éramos los únicos hombres, mi papá se iba y siempre nos recalcaba eso, que éramos los hombres que cuidábamos a la mamá (Pablo, adulto de estrato medio).

Un hombre se orienta hacia lo público

En el relato de los sujetos, una de las paradojas del padre era su incapacidad de establecer puentes entre la identidad pública y su faz hogareña. Esta dualidad masculina transforma al bromista del grupo de amigos en el huraño silencioso de la reunión familiar; al hombre generoso y preocupado por el "afuera" en un ser negado de afecto hacia sus propios hijos. En varios casos, el padre prodiga en el afuera lo que no es capaz de dar adentro. Los hijos llegan a construir una percepción que justifica la actitud del padre: él debía cumplir fuera, la esfera pública lo demandaba.

> "Mi papá" [...] no pescaba[8] en la familia, pero para fuera sí, tonto grave dentro pero con los amigos ser bueno para echar la talla […] el ideal del niño es el papá [...] muy esforzado, muy justo, muy líder [...] que disfruta de lo que hace, me sigue gustando que el huevón se tira de 8 de la mañana a 11 de la noche trabajando y los disfruta y se saca la chucha[9] [...] y es capaz de dejar de hacer clases por hablar con los cabros o darse el espacio para invitar a un cabro a la casa para hablar de sus problemas, es súper humano (Rodrigo, joven de estrato medio).

8. No se preocupaba.
9. Trabaja demasiado.

La dicotomía casa/calle y el sistema de amigos

Coincidentemente con lo señalado por Fuller (1997, pág. 117), el varón adolescente construye su masculinidad trazando límites estrictos entre dos mundos regidos por códigos opuestos: la calle y la casa. La casa alberga una escena de virtud y decencia, de rígidos códigos morales, de permisos, de horarios y restricciones. Para la mayoría de los varones, y en especial para los de sectores populares, la calle representa un espacio clave en la formación de la subjetividad, es la posibilidad de distanciarse de la tutela familiar y constituye el espacio de transgresión por excelencia. Frente al hogar, la calle planta sus propios códigos de conducta que ordenan la construcción de hábitos por parte del varón adolescente alrededor de una premisa básica: un hombre verdadero debe ganarse el derecho a ser soberano de sí mismo. Esto debe lograrse sin la ayuda de nadie.

> [...] en la calle aprendí la ley de la calle [...] las peleas, los temas que se hablan, de la sociedad [...] pa'mí la ley de la calle tiene que ser fuerte, si eres débil todos te pasan a llevar, si te pasan a llevar llevarle la firme (Pancho, joven de estrato popular).

> [...] una vez fui a pescar cuando chico [...] se usan mucho para contener las olas una cuestión que se llama tetrápodo, que son unas cosas con cinco puntas [...] una vez iba a pasar de uno a otro, porque todo el mundo hacía como una especie de malabar pa'pasar, y me cuelgo de una de las puntas [...] son unas cuestiones de hormigón enormes, y una vez que ya estoy colgado veo que no me da pa'pisar abajo y que la distancia es mayor, y el tetrápodo que venía ya tenía musgo, estaba muy cerca del agua, yo me soltaba y me iba a sacar la cresta. Y estuve colgado huevón no sé poh, dos minutos terribles, tratando que alguien me viera, y el orgullo de no pedir auxilio (Pablo, adulto de estrato medio).

La lucha por el honor

En la calle, el varón aprende –o refuerza en la práctica– una de las máximas de todas las masculinidades: *el honor*. La defensa del honor se traduce en el aserto *"nunca te dejes avasallar"*, esto es, nunca ofrecer servidumbre o reconocer jerarquía a quien no ha demostrado superioridad por algún medio lícito –en este caso, la

violencia es un medio lícito. El principio de honor se basa en una consideración más general: "En la calle todos somos iguales". Esta visión corría pareja a una percepción de igualdad social, especialmente para los varones que vivieron su infancia en barrios pluriclasistas. En este territorio, es su derecho a la inclusión en la esfera pública de iguales lo que el varón debe demostrar cada vez que no se deja avasallar.[10] Por otra parte, la igualdad es un bien que se debe conquistar autónomamente: independiente, que pueda recurrir a su grupo para ser defendido, el varón debe demostrar su capacidad para resolver sus problemas por mano propia. Para los varones de estratos bajos, la afirmación de la autonomía constituye una forma de distanciarse respecto de los caminos "malos" que acechaban en el barrio: es una defensa de la virtud, una opción por la decencia. Ser fuerte es una forma de defender el derecho a ser diferente.

Asimismo, en sus interacciones grupales los niños aprenden ciertas distinciones que les transmiten la idea de que lo masculino es importante: en primer lugar, que la "homosocialidad" es la regla de comportamiento de un varón, quien sólo se siente digno en compañía de otros varones; que las figuras masculinas son importantes; los hombres saben, son infalibles y deben ser imitados; un hombre está para cosas grandes, para sobresalir y dominar a otros.

> PREGUNTA: ¿Había alguna figura masculina a la cual buscaras parecerte?
> RESPUESTA: Las figuras masculinas eran de cada uno [...] que el papá le había enseñado tal cosa, yo contaba que mi hermano le había dicho tal cosa [...] de alguna forma se transformaban en las figuras del saber […] quería ser piloto de guerra o bombero [...] me identificaba con personajes históricos, con Manuel Rodríguez[11] [...] así quería ser, un sujeto astuto, capaz de movilizar cosas, de generar cambios... admiraba los actos más gallardos, como Prat "héroe militar" [...] el tema del

10. En este caso, el varón defiende su derecho a la igualdad y la diferencia respecto del mandato tradicional de la masculinidad. Ambos derechos deben ser ganados: en el caso de la igualdad, se manifiesta en la simple conversión a la norma y en el reconocimiento de una actuación "normal"; el derecho a la diferencia es más complejo pues se enfrenta a los controles sociales que operan sobre las pequeñas transgresiones del modelo derecho.

11. Prócer de la independencia de Chile.

> poder está también [...] me parecía muy llamativo O'Higgins, que en la historia aparece como un sujeto controlador, que maneja las cosas, con capacidad de maniobra (Nelson, joven de estrato medio).

Estas habilidades y demandas de aprendizaje conviven con los rasgos habituales de la vida de barrio: ser travieso, disfrutar el goce de la transgresión y poder soportar la culpa; saber remarcar la individualidad ante los deseos del grupo; saber valerse por sí mismo, ser temerario, buscar el riesgo; ser competitivo, desear la primacía, ser hábil o, en lenguaje de jerga, estar atento, ser "vivo". Por último, un hombre debe ser agresivo de palabra y acto. No obstante, entre los varones de sectores medios existe una disposición de rechazo de la violencia. La violencia tiene una marca social, pertenece a quienes no son capaces de entenderse con palabras: los salvajes, los otros.

La masculinidad hegemónica como juego de dilemas

Como se ha señalado, la masculinidad hegemónica implica una vivencia contradictoria de potencia y carencia. La hombría es una condición paradójica, que tranquiliza e inquieta, en cuyo fondo se opera la dialéctica entre el reconocimiento del privilegio y su impugnación. Ante dicho mandato, el sujeto se maneja celebrando el beneficio y mascullando su faz dolorosa.

a) Hombría como potencia y reconocimiento

En este caso, se expresa el sentido del privilegio reconocido por los sujetos en virtud de su sexo. En todo caso, entre los varones consultados no observamos el imperativo del orgullo que señala Marqués (*op. cit*.), sino una actitud de agradecimiento por los beneficios biológicos y sociales que se derivan de la hombría. Es el consuelo de haber nacido de lado adecuado en medio de una cultura machista, como se define a la configuración chilena. El espíritu podría ser definido como "conciencia de privilegio" más que orgullo por ser un varón. Por sobre todas las cosas del orden androcéntrico en que vive, el varón valora el derecho a la autonomía y el vagabundeo implicado en la condición masculina. Es la sensación de sentirse el centro del universo alrededor del cual el resto de los habitantes definen sus posibilidades. El mundo pertenece al varón.

> Estoy súper agradecido de ser hombre porque vivimos en una cultura machista [...] estoy súper contento de la vida que lleva el hombre [...] tiene más facilidad en este mundo [...] te das cuenta que el mundo gira en torno a ti, te das cuenta que el bando contrario igual gira en torno a ti, que las actividades que puede hacer una mujer cuando eres chico igual están en función de lo que puede hacer el hombre [...] las mujeres no juegan, es el hombre [...] las mujeres no pueden andar colgándose de los cerros (Rodrigo, joven de estrato medio).

> El hombre tiene la ventaja de poder patiperrear más libremente que la mujer [...] porque si me invitan puedo ir, en cambio la mujer va a estar amarrada con los niños y el hecho que uno salga a trabajar ya está más en contacto con la sociedad [...] ésa es una ventaja que tiene el hombre, que tiene más visión y la mujer está más echá [...] pero no es ventaja ni desventaja [...] es ser ubicado en el lugar que le corresponde (Vladimir, adulto de estrato popular).

Sin perjuicio de los avatares de la vida, ser hombre da libertad de no quedar amarrado, de no sufrir los inconvenientes o riesgos derivados de la condición femenina, como el malestar y el dolor menstrual, el embarazo y el peligro de violación. Al mismo tiempo, este discurso celebra las garantías sociales derivadas de su participación en un orden masculino, que se extienden incluso a la valoración diferencial de la paternidad: mientras una hija se acepta, un hijo se celebra.

b) Hombría como dolor e impugnación

Desde otro lugar, la conciencia de privilegio se desarrolla como una impugnación irónica que reduce la masculinidad desde el épico Olimpo hasta la humilde condición de "burro de carga". El destino del hombre no pareciera reconocer puntos medios, oscila entre el triunfo y el fracaso: un hombre es lo que logra y lo que se dice de él. Esta noción transforma el honor en una cualidad interna que debe ser actualizada y confirmada periódicamente en la esfera pública: como sea, la hombría es un sistema asociado a la noción de *obligación*. Es una hombría siempre "en vitrina", vigente mientras se demuestre. Para la mayoría de los varones, la experiencia de ser hombre ha representado un desafío cuya evaluación está más cerca del conformismo que del orgullo.

> PREGUNTA: ¿Cómo ha sido la experiencia de hacerse hombre?
> RESPUESTA: Complicadísima [...] he tratado de asumir estos roles y cuando tengo un tropiezo, me duele mucho [...] ser varón otorga mayor reconocimiento social, una especie de clasismo, se nos deja la testa de la mesa; la desventaja va por el mismo lado, si no podemos cumplir con esas expectativas, se nos estaría viendo como fracasado [...] honor no es solamente tener el convencimiento interno de que se está haciendo lo correcto sino también que los demás vean (Miguel, joven de estrato medio).

Leído desde aquí, el relato masculino tiene grietas. En primer lugar, es un privilegio *injusto* que evidencia la existencia de una sociedad donde la igualdad de oportunidades no pasa de ser una buena promesa; en segundo lugar, es *aparente* en la medida en que los hombres no mandan tanto como aseguran los mensajes de la pedagogía del privilegio, que reafirman la condición de género repitiendo el sermón de "tú eres rey"; el sujeto percibe la paradoja entre el dicho y el hecho, entre el mito del poder masculino y una realidad de predominio femenino –estamos hablando de la esfera doméstica. En tercer lugar, la hombría es un sistema de autoobservación que *garantiza la reproducción social*. Esto, en la medida en que la angustia de no ser hombre –o no ser el mejor de todos– es el motor eficiente del rendimiento funcional del varón, quien sólo consolida su identidad a través del cumplimiento diligente de los mandatos culturales, que no son más que una forma de tomar el lugar correspondiente en alguna de las zonas de funcionamiento del sistema social. ¿Qué mejor forma de inscribir un rol en la subjetividad de un individuo que hacerle creer que su propio cumplimiento y el control del cumplimiento de sus pares le garantiza una identidad privilegiada?

> [...] estamos en una sociedad donde se privilegia la masculinidad [...] somos los que marchamos, nos condecoran [...] la ley nos favorece [...] "eso" no contribuye a la armonía que debería haber entre el hombre y la mujer, son complementarios y no uno superior al otro [...] de todos modos yo siempre he dependido de una mujer [...] afectivamente (Miguel, joven de estrato medio).

> [...] el hombre se va haciendo por el mito que se traspasa de generación en generación, siempre lo encontré en mis tíos hombres o abuelos [...] mi abuelo era del sur, me enseñó a entender que es el hombre

el que tiene que llevar los pantalones, el que tiene que responder, y yo siempre me he fijado que, en el fondo, es la mujer la que domina la situación [...] mi abuela era la encargada de la casa [...] mi abuelo llevaba los pantalones en la representación externa de la casa (Miguel, joven de estrato medio).

Lo típico, el hombre es fuerte, no debe sentir, no debe expresar sentimientos, no llora, el hombre manda, no le interesan otras cosas más que las varoniles, mientras más mujeres tiene más hombre es, el hombre debe ganar la plata, mantiene a la familia, no debe cuidar a los hijos [...] ser un huevón entrador o simpático para demostrar poder estar sobre el resto (Rodrigo, joven de estrato medio).

LAS FISURAS DEL MODELO HEGEMÓNICO MASCULINO

Un día/
Viví la ilusión de que ser hombre bastaría,
Que el mundo masculino me daría
/Todo lo que quisiese tener.

¡Y nada!.../
Mi lado femenino, que hasta entonces se escondía
Es la mitad mejor que traigo en mi ahora,
Y que me hace vivir

¡Ojalá algún día!/
Pudiese todo hombre comprender
Oh, madre, ojalá algún día,/Ser el verano o el apogeo
De la primavera/Y sólo por ella ser

Quién sabe?,/Tal vez el superhombre venga
A restituirnos la gloria,/Cambiando, como un dios,
El curso de la historia/Por causa de la mujer "

("Super-Homem" (A canção), Gilberto Gil)[12]

12. Traducción nuestra. Está pendiente analizar el aporte de movimientos culturales como el *tropicalismo* de Caetano Veloso y Gilberto Gil a la fundación de una masculinidad sustentada en un modelo posproveedor.

¿Cuánto resiste el discurso ideológico de la masculinidad? Las fracturas que remecen la hombría parecen provenir de la gran grieta que la división sexual del trabajo impuso sobre la unidad del mundo, separándolo entre una esfera pública y otra privada. En lo público, la presencia cada vez más notoria de la mujer en el mundo del trabajo por sí misma provoca transformaciones en las relaciones sociales y las subjetividades sexuadas involucradas; a lo anterior, se suma la revalorización del código igualitario derivado de una paulatina democratización de nuestra sociedad. En el plano privado, los temblores se reflejan en el malestar que produce la disonancia privado/pública y las especializaciones viciosas propias del rol masculino (jerarquía, impugnación, insensibilidad). Sea que los varones sientan relativizado su rol de proveedor; sea que asuman el cambio en las relaciones de género como una amenaza a su identidad y a la continuidad de la familia; sea que asuman procesos profundos de cuestionamiento identitario y procuren recuperar el terreno perdido en lo público y lo privado, a través de la búsqueda de relaciones igualitarias y del trabajo consciente sobre su afectividad, queremos relevar que el movimiento general de cuestionamiento del modelo tradicional constituye una realidad microsocial presente en la subjetividad de la totalidad de los varones consultados. Son (dependiendo de su orientación hacia los cambios culturales) los ataques sucesivos de inquietud y entusiasmo que irrumpen en la subjetividad del varón cuando se descubre sin discursos sólidos que lo amparen.

A continuación, revisaremos la retórica de este fraccionamiento en sus dos versiones: celebración y denuncia. Con el recurso grueso de las polaridades presentaremos las tendencias en pugna, que llamaremos "refundación conservadora" y "masculinidad posproveedor", respectivamente.

La atenuación del mandato (percepción de rol)

La noción de "atenuación" alude al proceso de transformaciones históricas y biográficas en virtud del cual los significados del mandato cultural de la hombría pierden su fuerza interpelativa sobre la subjetividad del varón. Sea en tono de entusiasmo o desencanto, los varones sugieren que el rol histórico y sus rasgos de especialización dejan de resonar o parecer tan evidentes. A partir de allí, se relativiza el significado de la hombría, se modifican sus re-

ferentes tradicionales, pierde su transparencia como ideología masculina, desnaturalizándose y haciéndose un discurso histórico que se ve cuestionado por la creciente importancia del código igualitario en las relaciones interpersonales. Se trata de un movimiento de contestación que dista de ser homogéneo en su profundidad y manifestaciones: en algunos casos, se mantiene la noción de privilegio pero se relativiza el mandato de importancia y la responsabilidad privativa de proveer el hogar. Como sea: lo masculino se hace subjetivo, individual, abierto a la experiencia de cada uno: puede que unos compartan y otros dominen. Cada uno elige sus cargas: la masculinidad hegemónica se debilita.

> [...] no sé lo que significa ser hombre, antes había más diferencia pero ahora no tengo que mantener a mi familia como era antes, es todo mucho más parejo. No soy tan importante, no hay una importancia vital en ser hombre, sino que como un complemento [...] la hombría, también es una cuestión cultural [...] ahora se da una tendencia a que sea más equitativo y no sé si eso le quita como hombría al hombre en ese sentido que debiera tener ciertas obligaciones o no, pero hombría es un término super subjetivo (Rockford, joven de estrato medio).

En un mundo de microtecnologías como en el que viven especialmente los sectores medios, que valora las habilidades racionales (inteligencia, flexibilidad) y expresivas del trabajo (intuición y calidad de la atención); en un mundo que dice privilegiar la hibridez y la integración de virtudes ¿dónde quedan las señas de identidad masculina? Pareciera que sólo permanece el dato básico del cuerpo y el resto se mezcla, suavizando los contornos de la identidad, aminorando las diferencias polares que exigía el modelo tradicional. Este movimiento de crítica reconoce cierta distancia de padres y abuelos respecto de los mandatos tradicionales. Es una generación que nos propone una masculinidad que, en la medida en que se asume más lejos de modelos preestablecidos, se concibe como más reflexiva e interpreta el momento actual como de "relajo" histórico, de relativismo de las formas y tradiciones conocidas y, por tanto, una ocasión propicia para la transición y la experimentación. Es la pugna por encajar un nuevo significado cultural de la hombría.

> [...] quizá desde que se dio vuelta del matriarcado al patriarcado [...] se empieza a definir una serie de roles que van asumiendo los

> hombres, desde el más guerrero hasta quizás el más intelectual y así, por lo menos en el ámbito occidental [...] pero yo creo que ahora esos roles están más mezclados, más se define hoy en día un hombre por su aspecto físico que por su rol, aunque este último sigue siendo importante, pero creo que va aminorándose (Enrique, adulto de estrato medio).

> Soy más libre en el sentido de más abierto a distintas tendencias, más tolerante, más crítico [...] distinto y con la capacidad de abstraerse un momento de que eres hombre o mujer y ver cómo va la huevá [...] un sentido de apertura que al final te lleva a la crítica y a la autocrítica (Rodrigo, joven de estrato medio).

> Mi vida está marcada por mi momento, quizá mi padre y mi abuelo fueron más varones en su tiempo de lo que yo soy en este tiempo, pero yo creo que no sé si es más hombre, no sé, ahí me enredo un poco; yo partí de la base de que uno está impregnado de un lado masculino y un lado femenino y en ese sentido quizá tenga más o soy más abierto a mi lado femenino que lo que pudieron haber sido ellos, quizás porque ahora yo manejo más esos conceptos que lo que ellos lo deben haber manejado (Enrique, adulto de estrato medio).

¿Cómo asumir las cuentas con el legado histórico de la masculinidad? Los intentos van desde recuperar los contenidos omitidos –nutricios, pasivos, "femeninos"– de la masculinidad, cuestionar los mandatos vigentes e incluso ir más allá: terminar con el complejo de la hombría y relevar el valor de las individualidades. Sin perjuicio de las particularidades, insistimos en que el sentido general del proceso apunta a profundizar la reflexividad de los varones sobre su propia condición. Esta sensibilidad es tributaria de la consolidación de los procesos de identidad que transcurren a medida que los sujetos se acercan a la treintena, culturalmente definida como la "edad del espejo", y nos ofrece una bella definición contemporánea de la hombría que metafóricamente nos habla del proceso de construcción subjetiva a lo largo del ciclo de vida del varón: es el cambio que va desde una hombría confrontacional cuyo sello es enfrentarse a los demás, a una hombría reflexiva, que se enfrenta a sí misma y a sus preguntas pendientes. El varón deja de ser un extraño, un misterio para sí mismo, un mito vacuo que se llena desde fuera y emprende un proceso reflexivo de constitución de sujeto. Es un intento de anclar la hombría en otros referentes de logro y desechar su identificación con el privilegio.

Cuando chico definíamos la hombría como quien no arrancaba de las peleas, el que dominaba al resto y hoy creo que la definiría de otra forma, la valentía es la capacidad de encontrarse consigo mismo (Miguel, joven de estrato medio).

PREGUNTA: ¿Tienes alguna idea de lo que el hombre debe lograr en la vida?
RESPUESTA: [...] a ver, plantar un árbol, escribir un libro y ¿cuál es la otra? [...] hacer una casa, no me acuerdo. Creo que en primer lugar, sobrevivir, eso ya es un gran mérito pero no sobrevivir en lo biológico, asumiendo que esas cuestiones ya están saldadas [...] por una parte cultivarte en el más amplio sentido de la palabra, cultivar lo femenino, comprenderte a ti como un ser humano más, el lograr comprenderse y comprender tu propia historia, tu etapa, el momento que estás viviendo, en la sociedad que estás viviendo también (Nelson, joven de estrato medio).

LA CONSTRUCCIÓN DE UNA HOMBRÍA QUE PIERDE SU ANCLAJE EXCLUSIVO EN EL SEXO

En uno de los momentos más críticos del discurso de los varones, la hombría deviene un concepto vacío, que se llena pretendiendo monopolizar rasgos positivos de la ciudadanía como son la lealtad y la responsabilidad. Hombría es decencia, *personía*[13] sin apellidos: ni sexo asociado ni una esencia definida a partir de lo que el varón hace (las funciones propias del varón son cada vez más relativizadas). Si bien la hombría continúa siendo la diferencia cultural derivada de los roles que nos toca asumir en tanto cuerpos sexuados y distintos –como la maternidad y la protección–, otros varones insisten en la necesidad de hablar de cualidades vinculadas sólo a la categoría de "persona" como un modo de terminar con su tradicional adscripción a la esfera masculina. Sin duda, esta presión por nuevos lenguajes y definiciones expresa el encuentro de varones y mujeres en la esfera pública, que cede en su pretensión androcéntrica y se enriquece de contenidos híbridos, nombrados habitualmente como *ciudadanía*.

13. El término es nuestro y juega con el lenguaje queriendo expresar una forma no sexista de nombrar los valores que debieran definir la esfera pública.

> La hombría [...] un concepto que creo que hay que tirarlo al tacho de la basura no más, más que hombría o no sé cómo se pudiera decir en el caso de las mujeres, lo importante es tener personas que sean [...] un huevón o la huevona que te va a cagar, que es envidioso, que es desleal, que es poco honrado, esa persona la puedo encontrar en hombres y mujeres (Willy, adulto de estrato medio).

> La hombría es ser derecho [...] la hombría es tener palabra, pero eso también puede ser la mujer, por eso son dos conceptos de hombría. Y la hombría está en asumir los roles que uno tiene [...] es muy difícil definir la hombría de hombre, no hombría en el término de adjetivo calificativo, porque no tiene por qué tener diferencia con la mujer [...] yo claro, asumo que hombría es el hombre que va con una pareja y, si la mujer lo insulta, el tipo se enoja y él es el que se agarra a combos[14] [...] pero creo que es por la condición física, la mujer tampoco se va a agarrar a combos, no debiera po'.

> PREGUNTA: ¿Lo que señala la hombría debería ser algo así como "personía"? Respuesta: Claro, hombría pa' mí debería ser el concepto de una persona decente no más, una persona [...] de palabra, de confiar, de buenos ideales, buenos conceptos, pero no tanto hombría en sí (Emilio, adulto de estrato medio).

Esta nueva disposición se manifiesta especialmente frente a la pregunta por el momento de la hombría definitiva ("¿En qué momento te sentiste un hombre con todas las de la ley?"). La mayor parte de los varones de estrato medio tiende a desestimar el status de "hombre hecho y derecho" para identificar el hito de madurez y prefieren construirla alrededor de la noción de "persona", cuyas cualidades se expresan con independencia del sexo al que se adscriba el sujeto. Desde esta perspectiva, la construcción de la masculinidad total viene en la medida en que el individuo es capaz de hacerse cargo de sí y de otro, pero esta plenitud del sujeto está disponible para el hombre y la mujer: es una cualidad atribuible al individuo más que al sexo, al sujeto autónomo más que a la hombría. En ausencia de un lenguaje de la hibridez, provisoriamente nombraremos a esta cualidad como *personía* y al discurso que la nombra como *masculinidad "posproveedor"*, toda vez que su interrogación al mandato tradicional la lleva más allá de él.

14. Trompadas.

> Un hito clarísimo cuando sentí que me convertí en adulto, pero ser adulto no es lo mismo que ser hombre [...] con la G. estábamos mochileando y a la flaca se le ocurre tener apendicitis y nos tenemos que hacer cargo de nuestras vidas y me tengo que hacer cargo de la vida de ella [...] desde ese momento sentí que era capaz de responder a muchos requerimientos, el que me pusieran por delante (Nelson, joven de estrato medio).

> Pa' mí, hombre [...] no es tener relaciones sexuales [...] no me he sentido hombre, me he sentido persona [...] normal, común y silvestre, con logros personales, que no se distinguen por ser hombre o ser mujer (Emilio, adulto de estrato medio).

Un nuevo diálogo con los límites del modelo

A medida que se erosionan las bases estructurales y culturales de la dominación masculina, esto es, la división sexual del trabajo y su modelo de roles complementarios que da sentido a una sociedad jerarquizada en torno al sexo- el antiguo caudal de prácticas y creencias que daban continuidad a la noción de lo masculino pierde su calidad de monolítica. Surge, entonces, un escenario en disputa que abre la posibilidad de interrogar las tradicionales definiciones del discurso masculino acerca de tópicos tan caros a su construcción de límites, como la homosexualidad, la relación con lo femenino y la propia concepción de lo masculino. El debate entre la refundación conservadora y la superación del modelo se expresa en posiciones diversas sobre el estatuto del varón homosexual, sobre la relación entre la subjetividad del varón y sus componentes omitidos, como la pasividad y la afectividad, y sobre la apertura hacia masculinidades que miran más allá del modelo existente –centrado en la figura del proveedor–. No se trata de un debate inventado, artificial, sino de un rasgo conflictivo que resuena en la subjetividad del varón, y viene a problematizar el sentido de identidad y las relaciones de género en el Chile finisecular.

a) La homosexualidad

En el discurso masculino perviven nociones sobre la etiología de la homosexualidad, la que es asumida como una aberración genética introducida artificialmente en el programa divino; esta sensibilidad se manifiesta ante un sujeto homosexual abstracto. Sin embar-

go, ante la posibilidad de que una persona conocida les confiese su homosexualidad, la tendencia parecería ser la aceptación, como una forma de no traicionar los afectos construidos en torno a la amistad o el parentesco. Éste es el máximo nivel de aceptación del discurso más conservador sobre la homosexualidad, pues a medida que los adultos de sectores populares abandonan su lugar de sujetos ya formados y se plantean desde el lugar de padres reales o potenciales, desarrollan un discurso de fobia que construye la figura del homosexual como "corruptor de menores" y "pervertido sexual".

> Tal vez [...] metieron sustancias para cambiar al hombre, hacían estallar una bomba atómica y llamaban soldados y los hacían caminar pa'l estallido pa'saber qué reacciones tomaban [...] la homosexualidad es producto de experimentos... o bien que hayan llegado de otra galaxia y que haigan dejado esa [...] (Vladimir, adulto de estrato popular).

> PREGUNTA: ¿Qué sucede si una persona cercana te confiesa su homosexualidad? [...].
> RESPUESTA: Sería un golpe fuerte, duro [...] tendría que aceptarlo como si fuera mi hermano (Vladimir, adulto de estrato popular).

> [...] existen dos tipos de homosexuales, el pasivo y el activo, el que anda induciendo [...] el pervertido, no va conmigo; el que no molesta a nadie [...] puedo conversar con él, compartir con él, a lo mejor puedo ser amigo [...] pero eso sí, pasando esa raya el tipo conmigo no va, sobre todo si empieza a involucrar gente joven (Carlos, adulto de estrato popular).

En el mismo sentido, se aprecia la relevancia que tiene el trabajo de género del padre y del grupo de pares sobre el niño, que le enseña los límites y el mandato de desprecio masculino por toda forma de "afeminamiento", que niega el orgullo y la dignidad de ser un varón. En la medida en que la asignación de valor cultural a las diferencias biológicas constituye el origen de esta ideología masculina, la noción de *naturaleza* cobra un papel central en el proceso de socialización masculina tradicional.

> [...] a Juan Gabriel[15] me gustaba escucharlo nomás pero no verlo en la tele [...] muy afeminado y tenía miedo que mi hijo lo viera por-

15. Cantante mexicano famoso por sus rancheras y homosexualidad amanerada.

> que ellos están en un etapa de imitación [...] que lo podrían de repente [...] él sabía que era colisón porque los cabros en la escuela se lo dijeron y yo le dije, este gallo tiene modos afeminados y es hombre, usted va al baño y mea parado, la mujer orina sentada, usted es hombre siempre tiene que ser rudo, no llorar, ser fuerte, si a usted le pegan defiéndase, pero no ande buscando la camorra (Vladimir, adulto de estrato popular).

A pesar de la pervivencia de estas visiones, entre los varones entrevistados el discurso sobre la homosexualidad tiende a ser dominado por una tendencia a la apertura, tributaria del proceso de secularización y globalización que envuelve a la cultura chilena. Entre los sujetos, la homosexualidad se juega su carta de ciudadanía en la medida en que supera el discurso homofóbico y es asumida como un asunto de "los tiempos", como expresión de un discurso sobre el gusto personal y el respeto a la diversidad o a través de la noción de *persona homosexual*, que es la proyección del varón *gay* como un sujeto sensible, afincado en un modelo de pareja estable, es decir, normalizado. Pero bastante lejos de sus hijos varones.

> [...] me choca, pero como está tan de moda la cuestión como que uno se va acostumbrando (Vladimir, adulto de estrato popular).

> Es un tema con el que vivimos y vamos a vivir siempre (Carlos, adulto de estrato popular).

En el extremo de esta sensibilidad, existe un discurso subversor sobre la homosexualidad que, desde un tono contracultural, interroga la validez del orden patriarcal y su demanda de heterosexualidad como única vía para conseguir identidades legítimas. Bajo la noción de "sociedad represora", los sujetos de este discurso se identifican con el varón homosexual en tanto portadores de masculinidades diversas que el modelo hegemónico presiona por "normalizar". De hecho, el sujeto homosexual aparece integrado en la categoría "persona humana" que alude a la equivalencia básica, al respeto por la diversidad de formas del ser, y a la demanda por una sociedad capaz de articular la convivencia de identidades plurales, más preocupada de integrar que de clasificar.

> Es una determinada forma del sujeto, que se siente físicamente, psicológicamente, afectivamente y de todas las formas posibles atraí-

do por sujetos de su mismo sexo, es una forma de expresión más sobre la cual pesa un estigma super fuerte, homofóbico, de una sociedad represora (Nelson, joven de estrato medio).

Más que un concepto, un homosexual, un heterosexual, un bisexual es una persona y nos interesa eso, una persona integrada en una familia, en un país [...] lo otro es el estereotipo, algo para clasificar (Willy, adulto de estrato medio).

b) Las cuentas con lo femenino (recordar lo olvidado)

Al calor de la dialéctica de presencias y ausencias que conforma la identidad masculina, el varón aprendió que debía nombrar todo rasgo afectivo, delicado, pasivo, como cualidades femeninas y, al asomo de estos rasgos, como el anuncio de homosexualidad. Esto se traduce en un sistema intersubjetivo de observación y autoobservación que regula la presentación de la persona en el mundo-de-todos-los-días. En el juego de espejos de las identidades tradicionales, un hombre se sienta con las piernas abiertas, debe hablar duro, tiene derecho a usar malas palabras; debe tomar la iniciativa sin depender de nadie; debe saber desprenderse de sus emociones; debe proteger; debe... en fin.

Una mirada más inquisidora sobre la vivencia cotidiana de los varones en su relación con las mujeres descubrirá que buena parte de ellos se mece al vaivén de una dependencia que, en ocasiones, recuerda el binomio madre-hijo. Esta relación ambigua de dominación y dependencia del varón respecto de la mujer se omite del discurso a través de las negaciones que, como nos recuerda Badinter (1993), constituyen la identidad masculina. Nos referimos en particular a las que identifican relaciones de dependencia ("no soy un niño") y sumisión ("no soy una mujer"), en la medida en que ambas refieren de común al vínculo con lo femenino.

La demanda de negación emanada del modelo de roles complementarios viene a ser relativizada o conflictuada por la tendencia de las transformaciones en la subjetividad, las relaciones sociales y familiares, los nuevos modelos de vida que revalorizan y pugnan por integrar los rasgos de personalidad tradicionalmente omitidos y vinculados a lo privado, es decir, a lo femenino: sensibilidad, intuición, capacidad de expresar afecto y emociones, ternura, cercanía con los niños. Es lo que se ha dado en llamar el mo-

vimiento de "abandono de la coraza", a partir del cual los varones inician procesos de cuestionamiento que les llevan a asumir sus insuficiencias y a esforzarse por tratar de corregirlas, en un intento de recuperar el tiempo perdido. Al mismo tiempo, es una disposición a experimentar versiones de lo masculino y la creación de un espacio de convivencia donde concurren distintas variantes de la sociabilidad masculina.

> Estoy aprendiendo a expresarme porque nunca he sido bueno [...] mediante un trabajo personal y con un amigo que es justo al revés que yo [...] quiero aprender su espontaneidad y su forma de expresar las cosas y él quiere aprender mi metodismo y mi planificación (Enrique, adulto de estrato medio).

> [...] el hombre puede demostrar sentimientos, puede ser débil, puede ser suave también y sin perder su parte masculina, su parte varonil [...] mis amigos son bastante femeninos, mi mejor amigo es suave, como súper cariñoso, amanerado, súper físico, súper tierno [...] hay otros también que son onda abacanados,[16] amachados, súper rudos, como que responden más (Rodrigo, joven de estrato medio).

Entre los adultos de clase media entrevistados, existe conciencia de que un varón se forma a partir de un trabajo de género, esto es, un proceso de construcción social de la masculinidad al calor del cual recibe o "asimila" los contenidos propios del modelo hegemónico. Para ellos, la demanda de cambios en la subjetividad se vive en relación con el prefijo "re": *re*emprender, *re*construir, *re*descubrir, rasgos que manifiestan una disposición positiva al cambio que introduce una quiebra biográfica en la construcción de lo masculino y que revaloriza ámbitos de conducta que el cumplimiento del rol social masculino negaba, como una forma de aspirar a un ideal de totalidad e integridad. Como bien define un entrevistado, es un trabajo contra la "momificación", esa rigidez frecuente en el andamiaje subjetivo del varón. Al mismo tiempo, es un trabajo contra los límites de la expresión legítima de afecto entre varones, cuyo modelo tradicional recuerda la costumbre griega que exigía terminar la relación pedagógica entre un hombre mayor y uno menor al primer asomo de barba adolescente.

16. Desprejuiciados.

> [...] uno nace con el cuerpo pero uno se hace, no sé si es hombre o mujer, uno se hace persona, y aspiro a que uno cada vez también pueda descubrir más su integralidad, o sea, sus aspectos más femeninos también, creo que uno los tiene, a lo mejor tendríamos una relación más armoniosa incluso con las mujeres, muchas veces creerse el cuento del hombre cierra muchas posibilidades de [...] tener una relación más emocional con tu entorno, el crecer, eso lo lamento estoy tratando [...] darme esa tarea de redescubrir la emocionalidad, tu parte más sentimental es también una parte importante de tu constitución [...] me da lata que todavía uno se estructura, se momifica un poco en el cuento de lo racional, que todo tiene que pasar por lo intelectual, y uno racionaliza caleta mucho y veces no se da esos tiempos para ser más emocional [...] creo que podemos formar hombres de otro tipo (Willy, adulto estrato medio)

> [...] eso sí que revela un cambio que los papás jueguen con los niños, que se besen, incluso con niños más crecidos [...] otro cuento son los casados viejos, ellos besaban a sus hijos hasta cierta edad, cuando los niños empezaban a parecerse a hombres ya no los besaban (Nelson, joven de estrato medio).

En este proceso de búsqueda emprendido por algunos varones, lo femenino aparece como una construcción valorada, cuya retórica invierte el argumento que hacía de la mujer un ser incompleto y traslada al varón el sentimiento de castración afectiva. De esta forma, lo femenino aparece como un principio de vida y una renovada fuente de inspiración. Lo femenino es "lo otro" que seduce, lo negado que quiere aflorar. Con todo, esta visión mantiene lo fundamental del estereotipo femenino: su lejanía de la razón, su cercanía a la intuición.

> Lo femenino [...] tiene una relación con el mundo [...] menos lineal [...] es capaz de visualizar otros aspectos en su contacto con el mundo, es más intuitivo [...] lo masculino está un poco más puesto en la norma, en el concepto [...] lo otro sobrepasa eso, es capaz de mirar un poco más allá de eso o por dentro de eso, establece una relación más sensitiva [...] se relaciona con la tierra, las emociones, la vida, las plantas, lo estético, lo hermoso, el buen gusto, el afecto, el cariño (Willy, adulto de estrato medio).

¿A partir de qué momento lo femenino ha dominado cualidades como lo estético, lo hermoso, lo plástico, que antaño eran aso-

ciadas al principio masculino-apolíneo? Pareciera que Apolo renegó de sí mismo en la medida en que aprendió a nombrar sus cualidades como femeninas. Tal vez por eso los varones hablan de *recuperar* su lado femenino sin referirse a una cualidad que deben construir, sino como el recuerdo de algo que se perdió.

c) *Aperturas hacia "otra" hombría: los puntos de fuga del modelo tradicional*

> [...] el hombre casado joven, promedio de veinticinco a treinta y cinco años es un cabro más dúctil al tema de la casa, su pareja tiende a estar más vinculada al mundo laboral, igual no es tan idílica la cosa [...] el rol doméstico lo siguen asumiendo muy fuertemente las mujeres [...] ahora, sí existe una mayor vinculación. El otro día me dio gusto, vi a dos cabros [...] ambos iban con guaguas ¡y solos! [...] arreglárselas pa'tomar el colectivo (Nelson, joven de estrato medio).

Las fuerzas que presionan contra la continuidad del modelo masculino tradicional parecen provenir de dos fuentes: *en el plano íntimo*, de un recuerdo donde rondan imágenes de dominio, sumisión y postergación de las mujeres queridas (especialmente abuelas y madres). Es una historia que no se quiere repetir, cuyo espíritu se refleja en la idea "yo no quiero ser como", que resume la visión histórica del dominio masculino sobre los seres queridos y proyecta la alternativa de un modelo subversor de masculinidad afincado en un discurso sobre las dimensiones del ser, en un intento de "otra" ontología, que prescinde de la identidad sexual y asume la masculinidad existente como una totalidad negada. Esta disposición se expresa en un trabajo subversivo de género, autorreflexivo: una vigilancia de sí. *En el plano de las relaciones sociales*, transformaciones culturales como la difusión de códigos igualitarios de conducta y la revalorización de la democracia, entre otras, representan fuerzas que presionan por transformar el sistema de sexo-género en estilos más horizontales de convivencia y masculinidades menos ansiosas de cumplir con lo tradicional.

> Siempre aprecié desde chico con muy malos ojos todas las relaciones que podían ser opresoras [...] me sigo identificando con el más débil [...] el tema femenino siempre me pareció un grupo oprimido [...] desde probablemente la visión de mi mamá también [...] me parecía que los hombres eran brutos, entonces yo como hombre asumía que

> no quería ser bruto pero no por ello dejar de ser hombre [...] (Nelson, joven de estrato medio).

Lo que se abre paso es una construcción distinta de la subjetividad, que tiende a relativizar la importancia asignada a la identidad sexual y la proyección cultural de la diferencia que emana de ella: somos diferentes porque en determinados momentos debemos enfrentar realidades diferentes a partir de nuestra condición de seres sexuados, pero ello no quiere decir que seamos diferentes todo el tiempo: son sólo facetas de un ser que es igual para todos. Se trata de una reflexividad que imagina mundos posibles y, en esa medida, opera como potencial de subversión que propone mundos donde todo sentido de pertenencia e identidad son definidos como *humanidad*. El resto, la asignación de valor cultural y privilegios a partir de diferencias genéricas, raciales, de clase, no son sino cuentos, ideología mañosa.

> Hay un cuento masculino con el que no comulgo [...] ser hombre o mujer implica diferencias biológicas que van a tener un correlato social [...] por muy empáticos que queramos ser no vamos a andar con el cuento de la toalla higiénica "pero" de ahí a que por esa razón hombres y mujeres deban lavar platos o deban trabajar es un salto sin ninguna conexión [...] la igualdad pa'mí, es un tema trascendente en relación con lo que es ser hombre, ser hombre es ser humano (Nelson, joven de estrato medio).

A partir de este cuestionamiento, la hombría presiona por abrirse hacia otros contenidos, acercándose a la "hombría reconciliada" de la que habla Elisabeth Badinter (*op. cit*.). Es una opción por la plasticidad como una forma de enriquecer la vida, que asume los contenidos del ser como circunstanciales, en un intento de hombría que ya no se ancla en una determinada forma de ser o actuar y fluye a su gusto entre las posibilidades de la existencia. Como forma de superar la dicotomía masculino-femenino, algunos inyectan nuevos contenidos a su hombría; otros insisten en la hibridez de la *"personía"*. En conjunto, todos miran más allá de lo existente, hacia otro anclaje de la hombría, que quiere hablar de plenitud, de la capacidad de enfrentar y dar, de sostener y proteger. Una hombría que se reconcilia con sus componentes nutricios y que nutre su hombría rescatando, reafirmando o integrando nuevas cualidades.

> [...] hay cosas que igual ayudan: entereza, solidez, dureza, a veces son necesarias, pero me gustaría que fuéramos más complementarios, que en los momentos que pudiéramos ser duros, ser duro y en los momentos que tengamos que ser más sensibles, también serlo porque eso tenemos que sacarlo fuera porque lo tenemos, ser más sensibles, más intuitivos, más lúdicos, más sensuales, eso haría las cosas más interesantes, más entretenidas (Willy, adulto de estrato medio).

> [...] lo definiría distinto de la virilidad, pa' mí la hombría es alguien que se enfrenta a la vida tal como es ella y es capaz de asumir con humildad, con responsabilidad, con compromiso la vida [...] ser justo también es un rasgo de hombría, ser capaz de acoger a una persona también, no lo veo como la imagen del superhombre [...] lo veo como una cuestión mucho más profunda y por eso que quizá, si soy capaz de ser un buen padre, de ofrecerle mi cariño abiertamente a mi hija, a mi esposa, el amar mi mundo, mi casa, el ser [...] pa' mí es un rasgo de hombría (Pato, adulto de estrato medio).

> Sensibilidad, comprensión, reciprocidad, equilibrios y el diálogo también (Nelson, joven de estrato medio).

> Ser atento, ser hospitalario, ser solidario, ser receptivo también, valiente, audaz digamos, tranquilo también, ojalá visionario y muy respetuoso (Enrique, adulto de estrato medio).

Hombres y mujeres en una sociedad que cambia

> Pregunta: ¿Crees que hay un cambio con las mujeres de los noventa? Respuesta: Sí, pero no es un cambio [...] la mujer trata de acercarse más al hombre, el hombre trata de acercarse más a la mujer y el acercamiento al cual llegan es más cercano a la mujer [...] la mujer trata de parecerse más al hombre que el hombre a la mujer (Rodrigo, joven de estrato medio).

Entre los varones entrevistados, existe una percepción general de cambio en las identidades de género cuya dirección presiona por modificar las relaciones en el seno de la familia y también en la esfera pública. En este escenario, las formas tradicionales de entender a hombres y mujeres, y sus modos de relacionarse se ven resentidas por una proliferación de excepciones y microtransgresiones de la convención. Entre las subjetividades masculinas cercanas a la refundación conservadora, algunos denuncian los peligros que el cambio puede acarrear para la continuidad de instituciones

sociales como la familia, y por la posibilidad de perder el sentido claro de identidad social que el sistema proporciona a hombres y mujeres. Otras sensibilidades más próximas a superar el complejo del proveedor y que aspiran a identidades más plásticas e integradas, miran con agrado la mayor apertura y la flexibilidad que parece tendenciar el sentido de las transformaciones.

Más allá del ángulo con que se midan los cambios, lo que resuena es su centralidad para la continuidad del sistema de sexo-género. Los sujetos están conscientes de vivir un momento determinante, se sienten espectadores de cambios que se inscriben entre dos generaciones; este rasgo adquiere particular relieve en la generación de hombres de treinta años, marcada en su infancia por el golpe militar del año 1973. Una generación obligada a arrancar ciertas páginas de sus libros de estudio, compelida a marchar en una dirección única. Las palabras dichas por los mismos sujetos transformados en adultos, nos sugieren que, algunos por propia voluntad, otros por fuerza del cariño, optan por arrancar otras páginas –esta vez, realmente sin valor–, y transitan nuevos caminos, esta vez múltiples, a la búsqueda de otras posibilidades para el ser. A continuación, revisaremos los pormenores del discurso social sobre el cambio en las relaciones de género.

El consenso individual y grupal apunta a identificar a la mujer con el polo dinámico del cambio cultural en curso; en contrapartida, el varón pareciera tomar conocimiento de los cambios desde una posición forzada, incómoda, anquilosada. Lo anterior, sin desmedro de sensibilidades que procuran ponerse a la altura de los cambios que la construcción de una nueva alianza de género demanda. A medida que la esfera pública se fragmenta y las esferas privada e íntima relevan su importancia, aspectos que la cultura hegemónica define como "feminizados" –por ejemplo, la gestión de los afectos– refuerzan su importancia y reafirman el status de las mujeres, quienes aparecen como dueñas de estas esferas. Con todo, no dejamos de notar que ésta constituye una forma tradicional de valorizar los cambios sociales: en la medida en que la cultura masculina hegemónica otorga mayor importancia a la esfera pública, se valoran más los avances de la mujer en este ámbito que la mayor implicación del varón en los asuntos de la esfera privada.

a) La virtud del cambio

Como se ha señalado, la generación de varones de treinta años testifica el cambio en el status social de la mujer y, con menor o mayor conflicto, tiende a negociar con sus parejas y sus compañeras de trabajo la construcción de un ordenamiento no sexista de los asuntos privados y públicos. Desde una perspectiva que se instala de lleno en el rumbo de los cambios, *la gran transformación* se define como una apertura hacia mayores espacios de participación que redundarán en un aumento de la densidad y el disfrute en las relaciones interpersonales; esta sensibilidad subraya el carácter de *personas* de los hombres y mujeres involucrados en relaciones de cooperación y conflicto. Estaríamos ante el asomo de mujeres más integradas y en búsqueda de hombres más libres; de nuevas formas de familia.

> [...] me tocó ver directamente el cambio generacional, mirai desde tu mamá y tus abuelas la forma de vida que tenían y de ahí pa'bajo tus hermanas o tus parejas, hubo un cambio que es justo en la generación nuestra [...] a eso es lo que yo llamo la mujer de hoy, con una búsqueda incansable [...] en el ámbito laboral, interesante (Pablo, adulto de estrato medio).

> Hay una participación mayor en cosas que estaban vetadas para uno o pa' otro, hay mayor flexibilidad en la relación de pareja [...] los roles preestablecidos se han ido soltando y ha permitido que las personas como personas también interactúen más, se conozcan, se disfruten [...] y por cuestiones macrosociales hay una necesidad de que crecientemente más gente participe en labores productivas y eso ha llevado a que la mujer entre a trabajar y eso ha modificado la familia. O sea, hay una serie de transformaciones también de ese estilo (Willy, adulto de estrato medio).

La participación en la esfera pública es un rito de la modernidad que, para algunos varones, pasa a ser un parámetro de evaluación de las personas; de hecho, algunos adultos diferencian entre las mujeres que trabajan y las que no trabajan, vinculando las mentalidades con sus condiciones sociales de existencia, lejos de cualquier alusión a "esencias" *venusianas* o *marcianas*. La fuente principal que alimenta la percepción de cambios proviene de la esfera pública. Para los varones de sectores populares, los cambios

en el status laboral de la mujer constituyen una nueva realidad que apunta hacia la nivelación de oportunidades, al menos desde el punto de vista de la capacidad para el desempeño de ciertos oficios.

> [...] yo divido a las mujeres entre las que trabajan y las que no trabajan [...] me refiero que trabajan pa' comer, no las que trabajan pa' comprarse crema, o sea, la mujer que le cuesta, se pone más práctica, más dura, adquiere más personalidad (Emilio, adulto de estrato medio)

> Hasta ahora, todas las cosas que hace el hombre las está haciendo la mujer [...] todos tenemos los mismos derechos (Kurt, joven de estrato popular).

> Todas las actividades son propias de los dos [...] yo soy jefe de obra, la mujer también puede ser jefe de obra, una mujer abogado, el hombre también puede ser abogado [...] a lo mejor les cuesta más salir a las mujeres, pero yo creo que si se proponen hacerlo igual lo hacen (Fernando, adulto de estrato popular).

b) Las limitaciones del cambio

Con todo, el proceso de transformación del sistema de relaciones de género es un proceso que no está exento de regresiones y escepticismos. A nivel de la pareja, estas sensibilidades afirman que en lo fundamental se mantiene la organización jerárquica de roles complementarios, donde la mujer gestiona el conjunto de los asuntos domésticos y en virtud de ello ejerce un poder sobre el varón, que se muestra plenamente dependiente de la mujer. El proceso alternativo, que intenta compartir roles, no es fácil ni fluido, tiene contratiempos, regresiones. En las parejas de profesionales, el arreglo de las tareas domésticas generalmente se consigue a través de la externalización de la mano de obra femenina, esto es, contratando una mujer para las tareas de aseo. De esta forma, la continuidad del ordenamiento de género en lo macro permite otro ordenamiento en lo micro.

Para otros varones, el sentido de la dominación se invisibiliza. Para ellos, el asunto del machismo es un problema de *otros* varones que se sienten superiores, que no son capaces de asumir las relaciones en su "naturalidad" –por más que ésta legitime relaciones

de dominio en la transparencia de lo cotidiano. Entre los varones de estratos bajos, esta postura se manifiesta afirmando que las condiciones de desarrollo alcanzadas por la mujer se deben únicamente a su escasa voluntad de surgir.[17]

> PREGUNTA: ¿Cómo te sientes frente a esta tendencia a abrir una cosa más equitativa?
> RESPUESTA: Me da lo mismo, no me afecta, no me siento superior, no debo hacer nada por las mujeres ni ellas por mí, no hay condición de superioridad ni de inferioridad, hay una convivencia que puede ser natural [...] si se da que en forma natural hay cierta superioridad [...] como protección de uno [...] no es algo más o menos consciente que funcione así (Rockford, joven de estrato medio).

> Sí, puede trabajar, si ellas además se pueden desarrollar, lo que pasa es que se quedan, no luchan por ellas, se quedan más en el amor; uno no [...] por último, va a tener un hijo y va a tener que criarlo y ahí va a morir; pero si ella pensara más audaz, no sé [...] trabajaría, va a la guerra (Perico, adulto de estrato popular).

Estas opiniones reflejan el obstáculo mayor del cambio en las relaciones de género: *la incapacidad de los varones para cuestionar lo cotidiano*. Toda vez que el modelo hegemónico de la masculinidad les exige excluirse de la gestión de los asuntos domésticos, los varones pierden o no desarrollan la capacidad de hacerse conscientes de las condiciones del dominio, por lo que las relaciones de género quedan fuera del ámbito de la intención y, por lo tanto, de lo problematizable, de aquello que exige una acción reflexiva, consciente. Se entiende en toda su justeza el dicho de Lennon: "La vida es lo que te ocurre mientras estás haciendo otras cosas". Esas "otras cosas" no son más que el desempeño en la esfera pública que, paradójicamente, aleja de la vida cotidiana y la participación comunitaria, cuya gestión el hombre cede a favor de la mujer. Este discurso converge con aquel que demanda límites a lo que se ha llamado "masculinización de la mujer", esto es, su acceso a ocupaciones tradicionalmente consideradas masculinas. Existe una fuer-

17. Que nos recuerda una parte de la ideología del esfuerzo propia de nuestras sociedades: "Los pobres no surgen porque no quieren, porque la sociedad siempre da oportunidades al que se esfuerza".

te demanda por mantener, al menos en apariencia, el estereotipo de la mujer delicada, exigencia que se complementa con el agrado de la mujer masculina-asertiva (cuyo deseo responde a un afán transgresor, excepcional). Es el complejo diálogo de identidades al interior de la dialéctica igualdad-diferencia.

c) El paso hacia otro ordenamiento en la pareja

Entre los hombres adultos existe una sensibilidad más avanzada, que asume que el esfuerzo por construir una relación distinta requiere un trabajo de género que implica una mayor reflexión sobre la propia experiencia, que incluye una revisión crítica del legado machista del padre. Es otra forma de construir relaciones con la mujer, donde el varón deja de administrar la vida de su pareja y los espacios que ésta puede alcanzar, para asumirla como *otro-ante-sí*, un sujeto de iguales derechos.

> [...] he tratado de extraer lo bueno de mi abuelo y de mi padre [...] mi papá es machista cien por ciento, a uno lo educan así pero he tratado de no ser tan machista 100%, me he obligado a mí mismo a entender, a tratar de comprender a la otra [...] persona que está al frente, a dar las libertades o que pueda tomar su libertad y que son propias de ellas, no dársela [...] (Emilio, adulto de estrato medio).

Algo se derrumba dentro de cada hombre y es la conexión entre el rol de proveedor y el orgullo de ser varón, piedra angular de la identidad masculina tradicional. En la medida en que la función proveedora se desexualiza, queda como lo que realmente es: una responsabilidad a cumplir de modo compartido por los dos integrantes del proyecto de pareja. Ésta es una construcción fundante de la identidad masculina que propugna una percepción dinámica de los roles en el seno de la pareja y la familia.

> ¿Qué significa ser hombre? [...] restos de machismos [...] tener una serie de responsabilidades, que están impuestas, ser responsable de la casa en la parte económica, el mayor peso [...] tener ciertas preocupaciones que a la mujer "no le corresponden", ahora, para mí, hoy día creo que le corresponden al hombre y a la mujer las dos cosas, le corresponde hacer todo, ser hombre hoy día significa asumir las cosas que uno quiere asumir, ser hombre y mujer no hay tanta diferencia (Emilio, adulto de estrato medio).

En su construcción de la pareja, este discurso pone el acento en la noción de "espacio de desarrollo", que permite el potenciamiento de las personas involucradas en la relación. En desmedro del modelo observado en los padres, por lo general construido a partir de la autolimitación de sus madres a favor de la gestión del hogar y de sus padres a favor de la proveeduría, se demandan vínculos más integrales, capaces de contener proyectos compartidos, espacios individuales de desarrollo y una relación constructiva con el entorno, que no encierre a la pareja en sí misma, en una formulación cercana a la noción de "relación pura" propuesta por Giddens (1995).

> PREGUNTA: ¿Cómo ves tu proyecto de pareja?
> RESPUESTA: [...] tiene una base fundamental que es la articulación super explícita de una construcción en común que contempla los espacios individuales también, el tema de los márgenes, la tolerancia, la individualidad (Nelson, joven de estrato medio).

Bajo esta perspectiva, el hogar es una tarea compartida que tiene como fundamento una voluntad de reparto equitativo del ingreso familiar y la capacidad de aceptar incluso un aporte mayor de la mujer. Especialmente entre los hombres de sectores medios, se tiende al desvanecimiento de la exclusividad del rol de proveedor: de hecho, una parte importante de los varones manifiesta disposición o ha tenido la experiencia de vivir con una mujer que ganaba más que ellos.

d) La refundación conservadora y su crítica frontal de la liberación femenina

Sólo un varón de todos los entrevistados emprendió una franca crítica de lo que llamó la "liberación femenina". Amparado en valores religiosos, el sujeto del discurso cuestiona el avance de la mujer en la esfera pública por representar una quiebra que amenaza con destruir la familia, último signo visible de comunidad. Desde una crítica de la modernidad compulsiva, entendida como opción por el consumismo, pérdida de sentido, agresividad urbana, indiferencia e individualismo,[18] el discurso se planta contra la sali-

18. Recogemos la noción desarrollada por Bengoa (*op. cit*. 1996).

da de la mujer al mundo del trabajo que, a su juicio, rompe los vínculos familiares, dejando el hogar vacío y los hijos a la deriva. En la medida en que identifica la eventual disolución de la familia con la ruptura definitiva del lazo social, el discurso establece una relación metafórica entre familia y sociedad, como la sugerida por la *teoría del dominó social*:[19] si cae la base, caerá el todo.

> [...] nosotros necesitamos vivir más en comunidad, no en sociedad [...] eso lo palpo diariamente en mi trabajo [...] nos hace falta comunicación, tú tienes que sembrar para cosechar bueno después [...] eso la gente lo ha perdido, la gente está preocupada de salvarse ellos nomás, no están ni ahí con un negocio fraudulento y quieren sacar provecho del árbol caído [...] ahora, pienso que la liberación femenina está mal llevada en nosotros porque mira [...] yo creo en Dios y, si partiéramos de la base de que si Dios creó el mundo, el Universo, y le dijo a la mujer "parirás con el sudor de tu frente y tú por haberte dejado llevar te ganarás el pan con el sudor de tu frente" [...] ¿qué quiso decir el creador?, significa que ella va a sufrir, va a sentir el impacto y después va a tener que dedicarse a sus hijos [...] educarlos, enseñarle buenas costumbres, buenos modales, respeto [...] y que la mujer esté preocupada de esa criatura, que se vaya haciendo persona buena para la sociedad [...] y el hombre preocupado de esa familia que tiene ahí, ir a trabajar, traer el sustento diario para su casa, preocuparse de que todo marche ordenadamente y el hombre en su rol y la mujer en su rol. Sin ir más lejos vamos a la naturaleza del profesor Rossa, ahí tenemos tantos ejemplos que muchas veces [...] los cachorros quedan solos cuando ven que han cumplido su etapa de aprendizaje, de estar [...] aptos pa'estar solo [...] eso nosotros no lo tenemos, la liberación femenina que cree que es eso, quiere ser igual que el hombre [...] quiere trabajar en la locomoción colectiva, que tiene que ser ingeniero, pero al conseguir todas esas metas, se van saltando muchos peldaños [...] porque hoy en día la familia chilena está tan preocupada de conseguir algo material que se despreocupa si el hijo está siendo bien educado o no [...] va a trabajar el marido, va a trabajar la señora, llegan a la casa a distintas horas y se dan cuenta que [...] los niños los cuidó la nana, la nana qué se va a preocupar, no se va a preocupar de enseñarle, "llegó una señora a su casa, usted debe saludarla, usted debe respetarla" [...] "el niño" va a andar siempre con problemas, va a andar con prepotencia, ¿quién le va a enseñar esas cosas al niño? La nana no se las enseña

19. Gayle Rubin: "Reflexionando sobre sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad".

> [...] ¿y el televisor qué le está enseñando? Pura violencia [...] por eso está mal llevado, pienso que todo debería llevar un orden, está bien la liberación femenina, pero la liberación que tenga la mujer en su rol de educadora con los hijos, que es una labor mucho más importante, yo pienso que una mujer que eduque bien a sus hijos va a ser mucho más importante que esa doctora, porque esa doctora va a estar sanando, tal vez a un niño que lo acuchillaron o un asalto [...] cosas que a lo mejor ella como mamá hubiera educado bien a sus hijos [...] no cometerían destrozos.
>
> PREGUNTA: ¿Es mejor prevenir que lamentar?
> RESPUESTA: Exactamente, porque la base de una buena sociedad digamos es la familia [...] y para eso la mujer cumple el rol como de educadora [...] en el manual de Carreño decía que siempre detrás de un gran hombre hay una gran mujer y es verdad (Vladimir, adulto de estrato popular).

A nuestro juicio, esta postura desarrolla un discurso macizo sobre la sociedad, la familia y la condición del varón y la mujer dentro de la sociedad. En esencia, constituye una reacción ante las tendencias secularizadoras de la modernización que llamaremos *refundación conservadora*, en la medida en que intenta reponer en toda su extensión el modelo de roles complementarios, que ha dado continuidad al sentido de identidad genérica y al funcionamiento de la sociedad durante la mayor parte del siglo. Pero hay una paradoja: es un discurso contracultural cuando se refiere al fundamento de la sociedad de consumo y, al mismo tiempo, es una sensibilidad profundamente conservadora al evaluar los cambios en la subjetividad, especialmente la femenina. Al definir el rol de la mujer, el hablante enfatiza menos lo doméstico que la socialización o transmisión de la cultura cívica hacia los hijos. Frente a éste, el rol del varón toma forma alrededor de la noción de jefe de familia, cuya misión consiste en acompañar y supervisar este proceso, en un ordenamiento familiar que fue mencionado al principio, cuando los sujetos recordaron el modelo de familia observado en sus padres –hombre como titular del hogar, que ordena los asuntos, y mujer como poder delegado, que ejecuta. Desde este punto de vista, la complementariedad es un sistema total de reciprocidades, en el que el varón se mantiene en su rol proveedor y la mujer administra el hogar y lo mantiene informado del desarrollo y las necesidades de sus hijos.

> "El hombre debe estar" en el rol del hombre, trabajar, el sustento para su casa, sacar a sus hijos a pasear, salir con su señora, disfrutar de las cosas que entrega la vida, pero juntos, la mujer que trabaja puede que tenga vacaciones en febrero y el hombre que trabaja las tiene en enero y nunca hay una relación conjunta, nunca, por qué razón, porque la mujer llegó cansada, por eso llegó cansada, media vuelta y ¡chao! [...] a veces llego y mi señora me está contando "fíjate que esto, esto y esto otro", ¿me entiendes? Y cuando la mujer trabaja ¿quién le cuenta al varón de los logros de los niños?, o qué le falta al niño, o en qué topa el niño, ¿quién, quién, quién le dice eso?, no lo dice nadie [...] por eso creo que esta sociedad está criando mal las raíces de la familia (Vladimir, adulto de estrato popular)

Mirado a partir de su propuesta de sociedad y familia, el discurso recupera la invocación religiosa pentecostal a salir del mundo y fundar microcomunidades que se brinden como espacios de continuidad para relaciones humanas fundadas en la decencia y el respeto. No es más que un retorno en lo micro al ordenamiento genérico que emanaba de las políticas sociales del joven Estado de Bienestar y que se expresaba, por ejemplo, en el salario familiar.[20]

> [...] las mujeres agarraron papa[21] y dejaron de lado lo más lindo que deberían hacer que es preocuparse de su familia y si hubiese sido al revés, que hubiesen estimulado a la mujer a ser dueña de casa [...] con atenciones dentales gratuitas [...] que el Estado les dé [...] cosa que la mujer se sienta bien en su trabajo que está haciendo en la casa, que es importantísimo [...] pero que se sienta [...] realizada en su trabajo, serían mucho menos mujeres que estarían trabajando, hoy en día, un sueldo digno pa'una familia en estos momentos son $ 500.000 más menos. ¿Qué pasa? Que las familias chilenas trabajan ambos para bordear los $ 500.000 [...] lo que pasa es que están trabajando por algo material, que en el fondo no les va a dar buenos dividendos futuros porque [...] claro [...] van a tener plata para hacer un hijo ingeniero pero ese hijo no les va a guardar ningún cariño pa'l momento de los qui-

20. Está verificada la función determinante que cumplieron las políticas de fomento y protección social de los trabajadores implementadas por los gobiernos de la primera mitad del siglo XX en la construcción de las identidades de género. Al respecto, véanse los artículos de Rosenblatt y Kublock en Godoy, Hutchison, Rosemblatt y Zárate (1995). Quien quiera profundizar deberá leer el clásico de Salvador Allende *La realidad médico social chilena* (1939).

21. Tomarse en serio algo.

> 'hubos cuando tenga que retribuir [...] Ahora, se ha dicho mucho que la máquina le ha quitado pega al hombre, pa'hacer un hoyo se necesitaban 300 operarios, ahora no po' una máquina ¡ruumm! Y listo ¿cierto? Y la mujer también le ha quitado poder laboral al hombre, porque esa mujer trabaja para poder ganar un sueldo más o menos digno para vivir, pero esa mujer ¿qué está haciendo? Está trabajando en una oficina de secretaria, le está quitando el puesto a un jefe de hogar que puede ser secretario [...] ¿me entiendes? (Vladimir, adulto de estrato popular).

Una pregunta obligada: el varón de este discurso ¿se siente machista? El sujeto responde negativamente, situando el machismo como una imposición contra la voluntad de la mujer que en el fondo no es necesaria, puesto que si las agencias correspondientes se preocuparan de hacer atractivo el rol natural de la mujer, ésta no haría más que tomarlo como su parte en la realización del programa divino. En contrapartida, la mujer ha tratado de igualarse al hombre en la peor de sus formas: saliendo a lo público, empapándose de grosería. Hombres y mujeres se encuentran en una sociedad donde se ha perdido el respeto.

> PREGUNTA: ¿Te sientes machista?
> RESPUESTA: No.
> PREGUNTA: ¿Cómo definirías el machismo?
> RESPUESTA: Como [...] querer someter [...] '¡tú te me encierras aquí!, ¡aquí! ¡Y de aquí no te mueves!', encerrar a la mujer pa'conveniencia propia [...] y no poh, no lo veo así [...] si a la mujer se le hiciera propaganda, que se sintiera confortable en su hogar la mujer sería más hogareña, no le quitaría un espacio al hombre.
> PREGUNTA: ¿Crees que el machismo está quedando atrás?
> RESPUESTA: Creo que sí, el machismo ha ido quedando atrás porque la mujer se lo ha ido ganando poquito a poco [...] la mujer perdió su respeto ante el hombre, porque ahora un hombre no está ni ahí con darle el asiento o no [...] La mujer ha perdido el respeto, antes veíamos a la mujer como un vaso de cristal que hay que cuidarlo, porque a la más mínima se puede quebrar [...] por eso digo que se ha perdido el sentido de la liberación femenina, si la mujer se pusiera liberal pero haciéndose respetar en sus puntos, pero no, poh, la mujer ordinaria o de bajo nivel intelectual creyó que era estar igual que el hombre: "¡Oye huevón, vamos pa'cá, vamos con las cabras a tomarse una pilsen!" entiendes? (Vladimir, adulto de estrato popular).

Esta disposición hacia el cambio en las relaciones de género influye fuertemente entre los varones –especialmente los de estrato popular–, que aprendieron a partir del ejemplo de sus padres y sus abuelos que el hogar era un espacio incólume, cálido y acogedor, un refugio para las contingencias y la agresividad del mundo. El micromundo familiar constituye una reserva afectiva, un espacio cuya protección otorga sentido al sacrificio cotidiano del varón en el ámbito público. Lo que esta sensibilidad demanda es la continuidad de un sentido claro de orden social, de un horizonte de expectativas reconocibles que permita organizar la existencia. En una cuasirenuncia al componente reflexivo de la modernidad, propone mantener en lo micro lo que ya no puede encontrar en lo macro: un mundo cerrado, integrado, acogedor. Es la nostalgia y el reclamo ante la pérdida de la comunidad ordenada, donde hombres y mujeres sabían como actuar y donde, al decir Ibáñez (1994), el hombre era guerrero y la mujer, reposo del guerrero.

> Cuando llego a la casa me siento tranquilo, es rico; te sentí bien, te olvidai de todos los problemas, estai con los cabros chicos, tu señora que te atiende, que está al ladito tuyo ¿me entendí? (Perico, adulto de estrato popular).

REFLEXIONES FINALES

A partir del material comentado, podemos retomar algunas de las preguntas que originaron nuestro recorrido: ¿Cuál es la representación de lo masculino que opera como modelo de identidad genérica y sexual? ¿Existen quiebras en el discurso dominante? ¿Existen diferencias según edad y nivel socioeconómico?

En relación con el modelo de masculinidad y sus quiebras, afirmamos que en la representación de la masculinidad de los varones heterosexuales existe un modelo de relación entre los sexos al interior del cual conviven dos racionalidades: una tradicional, que enfatiza la noción de jerarquía y diferencia complementaria, y otra moderna, adscripta a las nociones de igualdad, libertad y reflexividad. En efecto, existe un modelo hegemónico de masculinidad crecientemente socavado por los efectos del proceso de globalización y los nuevos valores y prácticas que trae consigo, especialmente el nuevo rol asumido por la mujer en el ámbito público. A lo largo de cada tema abordado, fue posible identificar los rasgos de un modelo de masculinidad tradicional

que ordena el mundo a partir de la dicotomía público-privado y una división sexual del trabajo –y de los afectos, de los cuerpos, de los deseos, de las restricciones, en fin–, que redunda en un reparto desigual de los deberes y derechos entre hombres y mujeres. Sin embargo, junto con lo tradicional siempre estuvo presente la capacidad de tomar distancia, al menos mínimamente, del modelo hegemónico.

En particular, el surgimiento de nuevas formas no sexistas de construir la identidad genérica –la valoración de la paternidad y la expresión de los afectos, la demanda de satisfacción mutua en la sexualidad, la noción de *personía*, entre otras– construyen lentamente la base para definiciones menos deterministas sobre la condición masculina. Sin duda, la redefinición del espacio público y la presencia creciente de la mujer en él constituyen factores que dinamizan la cultura hacia un futuro replanteamiento de las bases androcéntricas del mundo. Junto con las transformaciones, existen varones que ensayan nuevos caminos para constituirse en sujetos, emprendiendo una verdadera reparación moral de aquellas zonas más oscuras y dolorosas del desempeño de lo que la masculinidad hegemónica ha definido como "todo un hombre". En el camino, sacan las cuentas con el legado de sus padres y abuelos, y el de ellos inclusive. De conjunto, este movimiento presiona contra las bases del modelo y amplia los límites de la expresión de lo masculino procurando la integración de los contenidos perdidos que, hasta el momento, se siguen llamando "femeninos".

No obstante, el proceso de secularización de la cultura –esto es, el progresivo desgaste de sus contenidos establecidos– tiene a los sujetos debatiéndose entre la libertad de emprender y la angustia de navegar sin destino ni brújula. Es la dialéctica entre ganancia y pérdida, la dualidad entre comunidad y sociedad entronizada en el corazón de la modernidad y que en nuestra sociedad ha sido expresada como "crisis moral" o más precisamente, como fractura de los fundamentos de una representación moral colectiva. Hay varones que, teniendo como telón los discursos sobre la crisis de la familia, propugnan una vuelta rotunda a los fundamentos de la comunidad, a un mundo cerrado que los contenga, con padres respetuosos y mujeres recatadas, con ritmos claros y límites definidos, con hombres de negro y mujeres de blanco. Se trata de varones que se duelen ante la pérdida de sentido, ante un mundo sin nombre. Su empeño de volver a los orígenes tiene menos que ver con un deseo de dominio que con una manera de atrincherarse para enfrentar los efectos disolventes de la modernidad. Queda pendiente saber cuál sería su reacción si existiesen propuestas de refundación cultural adscriptas a parámetros no fundamentalistas.

En términos generales, no existen diferencias muy marcadas respecto de la aceptación del modelo hegemónico de la masculinidad según edad y nivel socioeconómico. Más bien, las diferencias afloran a la hora de establecer distancia frente al modelo: son los jóvenes de sectores medios quienes están más expuestos a los modelos "transicionales" de masculinidad y quienes presentan los juicios más matizados. Por el contrario, fueron los jóvenes de estrato popular los que expresaron mayor adhesión al "código del dominio". Esto puede vincularse a dos factores. Por su edad han tenido menos experiencias que mediaticen el modelo que los adultos, y por sus condiciones de existencia, que les ofrecen escasas posibilidades de realizarse como varones en otros ámbitos que no sean el dominio, el discurso de los varones jóvenes de estratos populares fue el que en mayor medida reprodujo el modelo hegemónico.

A pesar de que el conjunto de los sujetos reconoce los cambios en las relaciones de pareja, son los varones adultos de estrato medio quienes tienen el cambio en la piel, y se presentan a sí mismos como protagonistas o espectadores del cambio de actitud de sus mujeres. Hablan de antes y después, viven en medio de inconsistencias, renegando de sus legados paternos, tomando distancia de los patrones tradicionales, trabajando sobre sí mismos y volviendo, una ya otra vez, a tropezar con el lastre hegemónico. Son varones que *reemprenden* y escriben nuevas formas de asumir la interpelación de lo masculino. Son la antesala del *varón reconciliado*, esa bella imagen que nos propone Elisabeth Badinter (*op. cit*.).

Finalmente, ¿podemos esperar el cambio en las relaciones de género? Aquí se nos presenta una cuestión fundamental: entre los sujetos existe consenso frente a una imagen anquilosada de lo masculino, que deja de ser el factor de dinamismo social y cede su iniciativa a la mujer. Sin duda, la percepción de sentirse al margen de la historia es un fuerte inhibidor de la disposición al cambio. Queda en el aire la necesidad de espacios masculinos de reflexión. Toda vez que los sujetos intimaron y pudieron salir del lugar común hasta su propia vivencia, terminaron reflexionando en profundidad sobre las deudas del modelo. Éste es un desafío para la intervención social. Sólo una mínima parte de los varones fueron capaces de distinguir el cambio en las relaciones de género como un espacio de ganancia. Ante sus ojos, pareciera que las mujeres ganan terreno a costa de restarles el propio, en una concepción del poder que recuerda un juego de suma cero, donde el otro sólo obtiene lo que nos quita.

Un milenio termina ante nuestros ojos cansados. Tanto nos queda en el tintero, que no logramos siquiera vislumbrar la forma de las co-

sas que vendrán, las nuevas relaciones que, frenéticas, afloran por nuestros mundos. Tal vez algún ciudadano de algún nuevo país leerá estas notas y se estremecerá de ternura por una sociedad que organizaba buena parte de sus energías en torno a los significados que atribuía al sexo. Una civilización que tardó un poco en reconocer el derecho de las mujeres a poseer un alma y que concedió a regañadientes su derecho al voto. Un orden social que no tenía más que ofrecer a sus varones que un progresivo endurecimiento fundado sobre la negación de su sensibilidad. Por lo pronto, nos consuela la esperanza de su risa.

BIBLIOGRAFÍA

Althousser, L.: "Ideología y aparatos ideológicos de Estado (Notas para una Investigación)", en Zúniga, R. (comp.) *Psicología Social 11: la Influencia social masiva*, Ediciones Universitarias de Valparaíso; Santiago, Chile, 1971.

Badinter, E.: *XY, la identidad masculina*; Norma, Colombia, 1993.

Bengoa, J.: *La comunidad perdida*; Sur Editores, 1996.

Callirgos, J.: Los caminos de la identidad masculina; Seminario: Identidades de género, lo masculino y lo femenino; Lima, junio de 1996.

Durkheim, E.: "Representaciones individuales y colectivas", en *Sociología y filosofía*, Ediciones Zig-Zag, Santiago,1937.

Fuller, N.: *Identidades masculinas (Varones de clase media en Perú)*, Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 1997.

Giddens, A.: *Modernidad e identidad del yo*, Península, Barcelona, 1995.

Ibánez, J.: *Más allá de la sociología. El Grupo de Discusión: teoría y crítica*, Siglo Veintiuno Editores, primera edición, Madrid, 1979.

Ibáñez, J.: *Por una sociología de la vida cotidiana*; Siglo Veintiuno Editores; Madrid, 1994.

Inda, N.: Intervención en el Panel "Subjetividades Sexuadas Contemporáneas. La diversidad posmoderna en tiempos de exclusión"; II Jornadas de Actualización del Foro de Psicoanálisis y Género, Buenos Aires, 2 de diciembre de 1996.

Kaufman, M.: "Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias de poder entre los hombres", en: Arango, L. G.; León, M. y Viveros, M. (comps.); *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino,* Tercer Mundo, Colombia, 1995

Kimmel, M.: La producción teórica sobre masculinidad: nuevos aportes; Isis Internacional. Fin de Siglo. Género y Cambio Civilizatorio. Ediciones de las Mujeres N# 17, Santiago de Chile, 1992.

Kublock, T.: "Hombres y mujeres en El Teniente (La construcción de gé-

nero y clase en la minería chilena del cobre, 1904-1951)", en Godoy, L.; Hutchison, E.; Rosemblatt, K. y Zárate, M. S., *Disciplina y desacato (Construcción de identidad en Chile, Siglos XIX y XX*), Colección de Investigadores Jóvenes SUR-CEDEM, Santiago, 1995.

Marqués, J.-V.: "Varón y Patriarcado", en Valdés, T. y Olavarría, J. (comps.) *Masculinidad/es, Poder y Crisis,*. FLACSO-Ediciones de las Mujeres Nº 24, Santiago, 1997

Moscovici, S.: *Psicología Social*, Paidós, Barcelona, 1985.

Ramírez, R.: *Dime Capitán: reflexiones sobre la masculinidad*; Huracán, Puerto Rico, 1993.

Ramos, C.: "El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple", en Ramos, C. (comp.) *El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1991.

Rosemblatt, K.: "Por un hogar bien constituido (El Estado y su política familiar en los Frentes Populares)", en: Godoy, L.; Hutchison, E.; Rosemblatt, K. y Zárate, M. S., *Disciplina y Desacato (Construcción de identidad en Chile, Siglos XIX y XX),* Colección de Investigadores Jóvenes SUR-CEDEM, Santiago, 1995.

Sarti, C. A.: "Familia y género en barrios populares de Brasil", en González Montes, S. (coord.) *Mujeres y relaciones de género en América latina*; El Colegio de México, 1995.

Tajer, D.: Intervención en el Panel "Subjetividades Sexuadas Contemporáneas. La diversidad posmoderna en tiempos de exclusión"; II Jornadas de Actualización del Foro de Psicoanálisis y Género, Buenos Aires, 2 de diciembre de 1996.

LA ACEPTABILIDAD DEL RIESGO RESPECTO DEL VIH/SIDA. EL CASO DE LOS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES

JAVIER RODRÍGUEZ MORALES

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se basa en experiencias y personas a las que estaré siempre agradecido. En primer lugar, este esfuerzo está dedicado a Víctor Palma y Dixie Aravena, dos grandes luchadores por la vida de las personas que viven con el VIH/sida en la ciudad de Valparaíso, con los que trabajé durante muchos años y quienes ya no están porque esta enfermedad sesgó sus hermosas vidas.

A su vez, el sustento de este trabajo se debe a múltiples personas que, de diferentes formas y en distintas etapas, aportaron a que pudiera llegar a su estado final. Para todos ellos y de manera detallada van mis eternos agradecimientos: para mis compañeros del CEPSS-Valparaíso y para sus fundadores, con quienes construimos un ideario de trabajo y de compromiso en la lucha contra el sida. Para mis profesoras del CEDES, que tuvieron la voluntad de apoyarme en mi proceso de formación como investigador, en especial a Juancho Llovet que guió la construcción de mi proyecto de investigación y a quien la vida se lo llevó rápidamente antes de poder encontrarnos nuevamente. A mis compañeras-amigas del Programa de Becarios Residentes en Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad del CEDES, con quienes compartí mis elucubraciones sobre el proyecto y otras vicisitudes de mi estadía

en Buenos Aires, en especial a Valeria Calderón, con la que hemos proyectado esas vicisitudes.

A Paula y a nuestro hijo, que apoyaron sin reproches mi sueño de vivir y crecer fuera del país durante un tiempo.

Mis agradecimientos particulares para mi profesor y amigo Julio Sanhueza, quien colaboró en esta investigación; sin su ayuda el trabajo de campo no habría tenido el nivel que alcanzó y sin su apoyo la investigación no habría llegado a buen término.

De manera muy especial a Macarena Rebolledo, por su vital apoyo durante todo este proceso, por su constante soporte en los momentos de oscuridad y por haber trabajado arduamente en la revisión del informe final y en la edición definitiva de este artículo.

Mis agradecimientos para Teresa Valdés y Mónica Gogna, que tuvieron la paciencia de leer exhaustivamente las distintas versiones de esta investigación y hacer comentarios que permitieron mejorar el trabajo sustancialmente.

Finalmente, mi mayor agradecimiento a todas las personas que aportaron la información sobre la cual se basa este trabajo y que tuvieron la más noble voluntad de abrir sus historias, dentro de cualquier espacio, para que pudiéramos entrometernos en ella libremente.

INTRODUCCIÓN

Un breve panorama

Ya han pasado más de diecisiete años desde que en Chile se diagnosticó el primer caso de sida. Desde esa fecha hasta ahora muchos caminos se han recorrido, tanto en el ámbito de la determinación y priorización de las causas de exposición al contagio del virus, como en el desarrollo de actividades y campañas preventivas que faciliten la práctica del "sexo seguro". No está de más recalcar que esos años de lucha contra la epidemia han favorecido la ampliación del debate en torno a la sexualidad de los chilenos, el reconocimiento público de la existencia de personas con prácticas sexuales diversas y la socialización del respeto a la diferencia y a las minorías sexuales, entre muchos otros aspectos relacionados con el derecho a la libertad sexual de las personas. Tam-

bién ha expuesto la necesidad de ampliar la solidaridad nacional hacia personas víctimas del flagelo del sida, enfermedad nueva y difícil de procesar, porque al ser el contacto sexual la principal forma de contagio, obliga a anteponer la solidaridad a los prejuicios y la discriminación con que se nos socializa en contra de aquellas personas que tienen prácticas sexuales fuera de las promovidas oficialmente.

Sin embargo, este período también ha tenido resultados adversos. La epidemia en Chile ha crecido, ha aumentado en los grupos ya afectados y ha abarcado a otros. La capacidad de las áreas de atención a las personas que viven con el VIH o con sida presenta cada vez más complicaciones y las políticas implementadas no han obtenido muchos logros. Pese al despliegue de esfuerzos en los programas de intervención, tanto desde las instancias gubernamentales como desde instituciones o fundaciones no gubernamentales, no existen resultados muy alentadores respecto del objetivo "tan anhelado" de producir cambios de conducta en las personas, que contribuyan a detener la propagación de la enfermedad. Es más, en los últimos años ha habido un notorio decaimiento de todo el andamiaje social y no gubernamental construido con mucho esfuerzo para hacer frente a la propagación de la enfermedad y para defender los derechos de las personas afectadas. Las causas radican en el paulatino retiro de fondos financieros provenientes de la cooperación internacional, de los cada vez más escasos recursos puestos a disposición por el gobierno y, desde luego, porque muchas de las organizaciones de personas que viven con el VIH o con el sida que encabezaron la lucha por la dignificación y defensa de sus vidas, ya no están presentes en la escena pública debido a que sus fundadores o principales líderes murieron por causa de esta enfermedad.

En este contexto surge esta investigación, en la que se reconoce también que existe un camino de sensibilización social y de ejecución de programas de intervención previamente recorrido y que es necesario seguir desplegando esfuerzos para desarrollar nuevos enfoques, apoyados en más datos empíricos que los fortalezcan. De este modo, pretendemos aportar a la formulación de nuevas políticas y programas que optimicen la inversión de los ya escasos recursos y así lograr que la prevención –único instrumento eficaz hasta la fecha para evitar la propagación de la enfermedad– se convierta en un instrumento realmente viable.

Enfoque del estudio y objetivo de la investigación

Las limitaciones en la comprensión y aceptación social de formas diversas de expresión de la sexualidad han restringido nuestra capacidad para responder a la propagación del sida. Desde su origen –por ser una enfermedad– se tendió a responder desde el campo de la medicina al problema, y se puso, en una primera etapa, mayor énfasis en la investigación epidemiológica del desarrollo de la enfermedad. Se podría señalar que uno de los principales aportes de este enfoque fue la determinación de que su principal vía de exposición era la sexual. Esto, por una parte, facilitó la comprensión de que nos enfrentábamos a un problema de salud entramado en una conducta humana tan compleja como la sexualidad.

Sin embargo, al mismo tiempo, la clasificación de los patrones de diseminación conllevó la determinación de grupos particulares de personas más expuestas al contagio del virus del VIH por sus prácticas sexuales. Se dio origen a los tan mentados "grupos de riesgo", encabezados por las personas con conductas homobisexuales, lo cual socialmente implicó la creación de un imaginario individual, en el que cada persona podía enfrentarse a este nuevo fenómeno mundial de la salud que involucraba peligro de muerte, evaluando su pertenencia o cercanía a estos "grupos de riesgo".[1] Por otra parte, ante la adversidad manifiesta en años de investigación científica infructuosa en pos del descubrimiento de alguna vacuna que ponga fin al virus del VIH, se concluyó mundialmente que la prevención era el instrumento más eficaz para evitar la propagación de la epidemia. Es ahí cuando el problema comienza a ser trabajado desde las disciplinas sociales y del comportamiento, las que se abocan, por un lado, a incorporar nuevos anteceden-

1. Si bien esta nomenclatura ya ha sido totalmente desechada por la Organización Mundial de la Salud, en Chile, pese a que las autoridades de salud han definido el sida como "un problema de todos", en los reportes epidemiológicos se mantiene la nomenclatura técnica de patrones de diseminación de Tipo I, II y III, clasificados por la OMS en 1987. Así, se establece que "Chile se encuentra dentro de la categoría definida como Tipo I, con transmisión predominantemente homobisexual, con bajo número de casos por transmisión debido a transfusión de sangre o hemoderivados y un aumento paulatino de casos por drogadicción intravenosa" (CONASIDA-MINSAL, 1997, pág. 2).

tes empíricos y, por otro, a la formulación de planes y programas de intervención.

En este ámbito cabe destacar que una buena parte de las primeras investigaciones sociales giraron en torno a los comportamientos sexuales. Señala Parker (1994, pág. 309) que: "A finales de 1980 los estudios vinieron a responder a la urgente necesidad de información sobre los aspectos más básicos de la conducta sexual en los diferentes contextos sociales: número de parejas sexuales, criterios para la selección de parejas, la prevalencia de las enfermedades transmitidas sexualmente, el uso del condón, las actitudes hacia la infección del VIH/sida y un rango de preguntas similares". Así, se recogieron numerosos datos cuantitativos que ofrecieron un importante conocimiento en la dinámica de transmisión del VIH a escala mundial, "documentando la frecuencia estadística de muchos factores conductuales ligados a la infección del VIH".

No desconocemos el aporte de estos datos, pero su contribución a la complicada tarea de responder a la propagación del sida a partir del desarrollo de intervenciones en prevención ha sido limitada. Con el paso del tiempo, y enfrentados a los resultados obtenidos, se ha hecho evidente que la investigación social y conductual debe concentrarse más que en la incidencia de actitudes y prácticas particulares, en el contexto social y cultural en que la actividad sexual se forma y constituye. "La atención en la investigación debe estar puesta no sólo en el cálculo de la frecuencia conductual, sino en los sistemas culturales en los que la conducta adquiere significado" (Parker, 1994, pág. 309).

Además, podemos añadir que muchos planes y programas de intervención social para prevenir el contagio del VIH han tenido como sustento la idea de que el individuo actúa racionalmente frente al riesgo de cualquier enfermedad. Este supuesto básico, en el cual se han cimentado muchos de los programas de prevención, parte absolutamente de un equívoco; así, por ejemplo, tenemos las campañas televisivas de prevención del sida, en las que se emiten mensajes que suponen a un receptor racional, que al escuchar los mensajes adoptará alguna conducta de protección, sin involucrar el complejo entramado simbólico que contextualiza esta decisión de prevenirse. O bien, intervenciones que se desarrollan en contextos comunitarios, que aíslan una serie de variables que actúan diferencialmente en la toma de decisiones respecto de la salud sexual, pero que tienden a promover decisiones individuales de au-

toprotección, como si la adopción de riesgos o de medidas de protección no estuviese influida por el contexto donde se desarrolla la vida de los individuos. Estos enfoques tienen su fuente en las teorizaciones primigenias respecto del riesgo, las cuales consideraban al individuo como el agente racional que toma la decisión "excluyéndolo de cualquier retroalimentación moral o política que él o ella recibe de la sociedad. En otras palabras la teoría del agente racional es acultural" (Pravaz, 1995, pág. 34).

Se ha intentado sortear estos obstáculos desde un enfoque que proporcione mejores caminos para la intervención, deteniéndonos en una crítica antropológica a la manera en que la epidemiología ha tratado el desarrollo del sida y cómo sus conceptualizaciones han influido en el imaginario social para la toma de decisiones respecto de la prevención. Si bien la concepción de "grupos de riesgo" ya ha sido superada, los reportes sobre vigilancia epidemiológica, al seguir transmitiendo la idea de que la expansión de la epidemia se concentra mayoritariamente en la población homobisexual masculina, aunque se refieren a hombres con "prácticas homobisexuales", hacen que la subjetividad de los hombres se dirija hacia la autoidentificación personal respecto de ser o sentirse homosexual o bisexual, y desde ahí plantearse la posibilidad de estar en riesgo de contagiarse con el virus del sida.

Para enfrentar esta crítica a la epidemiología, creemos pertinente insistir en que el discurso médico debe comprender mejor la compleja relación que existe entre la identidad de género, la identidad sexual y la orientación sexual, de manera de poder generar mensajes preventivos eficaces que faciliten que las personas logren hacer propios esos mensajes. Por esto, *nos hemos concentrado en el desarrollo de un estudio que examine la compleja relación existente entre conducta e identidad sexual y su relación con el riesgo al contagio del sida.* Nuestro enfoque se fundamenta en dos aspectos centrales:

a) Los estudios sociales surgidos a principio de la década de 1990, cuando se pasa de los estudios cuantitativos de prácticas sexuales a gran escala a estudios de prácticas más enfocadas a pequeña escala: estudios cualitativos de la cultura sexual. Desde esta perspectiva más "micro" entendemos –tal como señala Richard Parker (1994, pág. 310)– que se ha vuelto aparente "que las categorías epidemiológicas relacionadas con la homosexualidad y la heterosexualidad tienen, en el mejor de los casos, un

pobre brillo para la complejidad y diversidad de las experiencias sexuales" y que "ni la conducta homosexual ni la heterosexual están asociadas necesariamente con un sentido del sí mismo o de la identidad sexual".

b) Por su parte, con relación al riesgo al contagio del sida, para superar la concepción racionalista, hemos adoptado la concepción de "aceptabilidad del riesgo" propuesta por Mary Douglas (1996) en su ensayo. Según esta concepción, el riesgo es concebido no como una acción racional individual sino que, muy por el contrario, la aceptabilidad concibe el riesgo como culturalmente asumido. Esto implica que las decisiones de los individuos están influenciadas por un contexto cultural específico, bajo la premisa de que los grupos sociales asumen riesgos distintos a los que asumen los individuos y que los riesgos que los individuos toman dependen de su posición en un ordenamiento social determinado.[2]

Así, al concebir el riesgo como un problema cultural, nos apoyamos en los nuevos enfoques cualitativos que promueven el estudio de las culturas sexuales y, con la intención de hacer un aporte crítico a las concepciones epidemiológicas, concentramos nuestros esfuerzos de investigación en el grupo que reporta el mayor número de personas afectadas por el sida en Chile: los hombres.

Y como señalamos, dada la urgente necesidad de poder delimitar las fronteras de identidades sexuales que se generan dentro de las complejas interacciones sexuales –las que en el caso de los hombres no sabemos a ciencia cierta cómo se expresan–, hemos definido nuestro universo de estudio como "hombres que tienen sexo con otros hombres" (HSH). Reconocemos también la influencia que Mary Douglas ha tenido en nuestra conceptualización del riesgo; es ella quien también ha señalado que las personas de clase baja son las que asumen mayores riesgos. Así, hemos focalizado nuestro estudio en los hombres de clase baja que tienen sexo con otros hombres.

2. Nuestra intención es abordar un concepto distinto del concepto de percepción del riesgo. En este sentido entendemos que el concepto de aceptación del riesgo propuesto por Douglas involucra un conjunto de factores, dentro de los cuales la percepción está incluida.

Con todos estos antecedentes, el objetivo de este estudio es explorar y describir algunos patrones psicosociales y culturales que inciden en la aceptabilidad del riesgo en relación con el contagio del VIH/sida en hombres de clase baja que tienen sexo con otros hombres, con la finalidad de entregar nuevas herramientas que permitan replantear las intervenciones en prevención del contagio del VIH/sida, sobre todo las dirigidas a grupos específicos. Para ello intentaremos validar una hipótesis de trabajo: *la relación entre orientación y prácticas sexuales, por un lado, e identidad sexual, por el otro, gravitan en la aceptabilidad del riesgo en relación con el VIH/sida.*

Algunas precisiones teóricas y analíticas

Al entender la aceptabilidad del riesgo con relación al VIH-sida como un constructo cultural, podríamos afirmar que la epidemia seguirá aumentando si los discursos biomédicos que hegemonizan los mensajes preventivos siguen promoviendo la idea de que la vía sexual de transmisión del VIH se relaciona fundamentalmente con conceptualizaciones de orientación sexual, que se definen bajo las categorías tradicionales de hetero-homo o bisexual. Dada la realidad cultural de nuestros países, estas categorías adquieren distintos significados, que producen cercanías o lejanías, según el proceso que cada individuo desarrolla para adquirir su identidad.

Ahora bien, tal como señala Badinter (1993, pág. 60) se sabe que "la adquisición de una identidad (social o psicológica) es un proceso extremadamente complejo que implica una relación positiva de inclusión y una negativa de exclusión. Uno se define sobre la base de semejanzas y diferencias. El sentimiento de identidad sexual opera de la misma manera". Con este concepto, analizaremos el problema, entendiendo por identidad sexual la autodefinición que los individuos adoptan en relación con su orientación y prácticas sexuales.

Este proceso es de alta complejidad para el caso particular de los HSH, debido a que existen muchas dudas acerca de la posibilidad de poder definir una identidad sexual, sobre la base de prácticas sexuales específicas. Así por ejemplo, Boswell (1982, pág. 40) en un ensayo sobre el estudio histórico de las minorías, se plantea la pregunta acerca de si "las categorías deben su existencia al hecho de que los hombres reconocen distinciones que existen realmente en el mundo que los rodea, o son convenciones arbitrarias,

simples nombres para designar las cosas, cuyo valor categorizador proviene de que convienen en utilizarlos de ciertas formas". Para este autor, "realistas" y "nominalistas" encarnan las dos posturas clásicas sobre este problema. En relación con las categorías de orientación sexual, señala:

> Los "nominalistas" afirman al respecto [de estas categorías] que son una creación de los hombres y de las sociedades humanas [...] Los seres humanos se consideran a sí mismos "homosexuales" o "heterosexuales" porque se les induce a pensar que las personas se dividen en "homosexuales" o "heterosexuales" [...] Por su propio impulso, si no existieran tales procesos de socialización, simplemente poseerían una sexualidad (Boswell, 1982, pág. 41).

Dicho de otro modo, la categoría de "homosexualidad" no define un modelo de comportamiento propio de determinados seres humanos, sino que lo crea y establece (Boswell, 1982, pág. 42). A su vez, señala que los "realistas" mantienen una postura opuesta. Insisten en que los seres humanos se diferencian desde el punto de vista sexual:

> Cabe arbitrar una gran cantidad de categorías para describir la taxonomía sexual humana, algunas más acertadas que otras, pero la exactitud de las percepciones humanas no afecta la realidad. La dicotomía heterosexual/homosexual existe en el lenguaje y en el pensamiento porque existen en la realidad: no han sido inventadas sino observadas por los taxonomistas sexuales (Boswell, 1982, pág. 42).

En su ensayo el autor señala la existencia de un debate moderado, en el que tanto nominalistas como realistas reconocen que algunos aspectos de la sexualidad pueden ser identificados de una u otra forma. Aceptando que cualquier categoría, asumida en distintos períodos históricos, estará inevitablemente influida por el contexto sociocultural en el que ésta se desarrolla,[3] Boswell (1982, pág. 50) propone la reducción de los tipos de taxonomías sexuales a tres, en las cuales participarían las sociedades indistintamente en diferentes períodos históricos:

3. Por lo que no cabe esperar que haya dos tipos de taxonomías sexuales idénticas.

- Las teorías de Tipo A, donde todos los seres humanos son capaces de mantener interacción erótica con individuos de uno u otro sexo indistintamente. Circunstancias externas determinarían la expresión real de estos sentimientos sexuales;
- Las de Tipo B son las que suponen la existencia de dos o más categorías sexuales. En éstas los seres humanos son heterosexuales, homosexuales o bisexuales, pero no todas las sociedades permiten la expresión de todas ellas;
- Las de Tipo C consideran normal (o "natural" o "moral") una forma de respuesta sexual y anormales ("antinaturales", "inmorales") las demás.

De acuerdo con estos conceptos, podríamos señalar que en nuestro contexto cultural, las construcciones individuales de los HSH acerca de su sexualidad están mediatizadas por concepciones "nominalistas" y "realistas", y transcurren dentro de los marcos taxonómicos de las tres teorías descriptas. Aquí lo que se hace más evidente es que las taxonomías utilizadas por la medicina o la epidemiología responden sólo a uno de estos tipos de construcciones teóricas y, por lo tanto, no se corresponden con la realidad concreta de la vida sexual de estos hombres.

Éste es un problema central que enfrentamos al proponernos analizar la aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/sida en HSH de clase baja. Partimos de la base de que las categorías de comportamiento sexual de muchos hombres de clase baja tienen un nivel de significación que va más allá del sexo de la persona con la que –de manera diversa– tienen relaciones sexuales. Por lo tanto, las categorías de homosexual o bisexual pueden no coincidir con el significado que su vida sexual tiene para ellos. Por ende, su aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/sida podría también estar mediatizada por esta significación.

Podemos partir reconociendo que las cifras epidemiológicas son reales, en el sentido de la alta concentración del sida en población masculina, pero nos centramos en la idea que no todos los HSH tienen una identidad homo o bisexual, pues es un concepto cargado de connotaciones estigmatizantes que responden a una ideología particular. Como señala Jurandir Freire Costa (1992, pág. 60): "La palabra homosexual está inevitablemente comprometida con una ideología médica que le dio origen y, por consiguiente, cargada de preconceptos". Consideramos que este tipo de concep-

tualización uniforme sólo favorece la existencia de conductas sexuales sin protección. Es más, muchos estudios acerca del *VIH*/sida que centran su atención en diferencias regionales, demuestran que es cada vez más evidente que muchas de las categorías y clasificaciones utilizadas por la medicina o la epidemiología occidental para describir la vida sexual de las personas están muy lejos de lo que ocurre en todas las culturas. A este respecto, Parker (1994, pág. 310) indica:

> Categorías tan diversas como homosexualidad, prostitución e incluso masculinidad o feminidad, pueden de hecho estar en conjunto ausentes o, al menos, estructuradas muy distintamente, en muchas sociedades y culturas, mientras que otras categorías salientes pueden estar presentes y pueden no conformar o ajustarse diestramente en los sistemas clasificatorios de la ciencia occidental.

Para desarrollar nuestra particular visión del problema, es necesario detenerse en una comprensión de la aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/sida por parte de los HSH que, tal como señala Cáceres (1995, traducción personal), analice la coexistencia de discursos respecto de la sexualidad y el género, que en un contexto particular influencian, en lugar de determinar, interacciones interpersonales y microsociales y, finalmente, conductas.

La teoría de los guiones sexuales (*sexual scripts*) de Simon y Gagnon (1984, págs. 53-60) puede ser muy útil en esta dirección. Según esta teoría la realidad sexual se desarrolla en tres niveles interrelacionados: el "escenario cultural" constituye el nivel de los discursos hegemónicos sobre sexualidad, que experimenta grados variables de contradicción con proyectos alternativos. Los "guiones interpersonales" pueden reproducir los mandatos del escenario cultural o permitir reelaboraciones, en términos de interpretaciones específicas y la posición personal de cada participante de acuerdo con los discursos hegemónicos. Por último, los "guiones intrapsíquicos" representan el lugar final de resistencia, donde los individuos confrontan sus interpretaciones de los mandatos culturales con sus deseos y conductas, negociando así identidades sexuales y reconstruyendo autoimágenes.

Desde esta perspectiva teórica, la experiencia de la vida sexual se vuelve subjetiva y se puede entender "como un producto menos de nuestra naturaleza biológica que de los sistemas sociales y

culturales que forman no sólo nuestra experiencia sexual, sino también la forma en que la interpretamos y entendemos" (Parker, 1994, pág. 210). Esta visión de la sexualidad y de la actividad sexual como un constructo social nos obliga a enfocar nuestra atención en la naturaleza intersubjetiva de los significados sexuales. Así, comprender la conducta sexual individual es menos importante que comprender el contexto de las interacciones sexuales, interacciones que son necesariamente sociales y que involucran complejas negociaciones entre los individuos. Por ejemplo, muchos estudios sobre HSH en América latina demuestran que las nociones de "pasivo/activo" en las interacciones sexuales son más importantes en la definición de la identidad sexual que el sexo de la pareja con quien se mantienen relaciones sexuales. Esto nos permite enfatizar que "ninguna relación causal directa puede ser asumida entre el deseo, la conducta y la identidad sexual y que la forma en que la identidad sexual es construida depende en gran medida de las categorías y clasificaciones disponibles en las diferentes culturas sexuales" (Parker, 1994, pág. 210).

Por lo tanto, podríamos suponer que la aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/sida, por parte de los HSH, no necesariamente tiene una relación directa con su particular identidad sexual, la cual a su vez puede no definirse a partir de sus prácticas sexuales particulares. Dada la amplia gama de prácticas sexuales entre la población masculina, podemos reconocer que, desde el punto de vista de la identidad sexual, las conceptualizaciones de homobisexual no cubren necesariamente al conjunto de la población identificada así en los estudios epidemiológicos. Por ejemplo, estos conceptos pueden incluir a hombres que poseen una identidad sexual desde una orientación heterosexual y que mantienen prácticas homosexuales y también pueden incluir a la población travesti.

Es absolutamente claro hasta la fecha que, a través del proceso de socialización sexual, los individuos aprenden el deseo sexual, los sentimientos, los roles y las prácticas típicas de sus compañeros, así como las alternativas sexuales que su cultura les abre. Y para el caso de los HSH de nuestro país, sus variadas expresiones sexuales difícilmente podrán llegar a constituirse en procesos de identidad cultural, en la medida en que lidian constantemente con las relaciones hegemónicas de poder, que tiene conceptualizada la sexualidad sólo en las dimensiones hetero-homo o bisexual.

Esto lleva a que cada una de estas prácticas sexuales entre

hombres se desarrolle en un contexto social que favorece la desprotección frente al sida. Se ha reconocido, en el mejor de los casos, que en sociedades más abiertas algunos hombres con prácticas homosexuales han podido construir patrones reales de identidad, lo que se ha traducido en estilos de vida particulares que han ido incorporando una conciencia de protección frente al sida. Desde luego, esto a partir de un largo proceso en el que la lucha del "movimiento gay" ha fortalecido procesos de emancipación e identificación positiva. Michel Pollak (1982, págs. 71-102), en un ensayo sobre homosexualidad masculina, describe detalladamente las características de este grupo social emancipado y presenta datos que permiten evaluar cómo el estilo de vida de estas personas puede incidir en la protección o desprotección frente al sida. Advierte que en ningún caso el proceso es homogéneo y que varía según condiciones de status social y nivel económico, y que el proceso no está acabado. Indica que "estimular el '*comming out*' –entendido como la aceptación individual de la identidad homosexual– y también, la pertenencia a un movimiento social que ofrece a un gran número de homosexuales la posibilidad de identificación de una manera positiva, contribuye a que el criterio de orientación sexual intervenga en la percepción y definición de toda la relación social" (Pollak, 1982, págs. 94-95). Este señalamiento es útil cuando se intenta analizar la relación entre la aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/sida y la identidad sexual de los HSH.

En los sectores populares podemos reconocer muy pocos casos de homosexuales asumidos positivamente. En consideración con este contexto cultural particular, Cáceres (1995) nos ofrece buenos argumentos respecto de lo que venimos debatiendo, al indicar que en sectores populares el sexo homosexual puede ser referido no como sexo sino como "tener diversión". Además, agrega que "en el caso de América latina esto ayuda a darse cuenta que el 'bisexual' (o la 'bisexualidad') no es una categoría significante para la mayoría de las personas".

Basándose en esta premisa y en concordancia con estudios similares de autores como Parker en Brasil e Izazola en México, Cáceres propone una taxonomía de diferentes identidades de HSH de clase obrera y media-alta en Lima, y plantea que los estilos de vida de estos hombres parecen variar por lo menos a través de distintos ejes, como clase social, grado y patrones de involucramiento sexual con mujeres, actividad/pasividad, virilidad y feminidad

convencional, autoimagen o identidad, participación en sexo por intercambio de ganancias, edad y grado de participación en subculturas homosexuales.

En su estudio reconoce tres identidades particulares de HSH, identificadas por hombres de la clase baja (Cáceres, 1995):

- El "activo", "mostacero" o "cacanero", que usualmente tiene sexo con mujeres también. Tienen conocimientos acerca del sida y usan la protección del condón inconsistentemente. Consideran el sida una enfermedad "gay", por lo que no se sienten en riesgo. No se cuestionan los encuentros sexuales sin protección cuando se involucran con mujeres.
- El "cabro" o "marica", que usualmente no tiene sexo con mujeres. Con un carácter "afeminado", usualmente no se lo llama "hombre" y su deseo sexual está orientado hacia los mostaceros. Tienden a desechar la necesidad de protección cuando consideran que su pareja sexual tiene un bajo riesgo con respecto al VIH.
- El "travesti", que generalmente se dedica a la prostitución callejera como principal actividad económica, no practica el sexo protegido de forma habitual o consistente.

Por otra parte, es pertinente aclarar que existe un nexo profundo entre la actividad sexual de los hombres de clase baja y la práctica de la prostitución como una solución a sus problemas económicos. En este sentido es pertinente observar algunos estudios que hacen referencia a la prostitución masculina, que nos ayudan a enfocar nuestro debate. Perlongher (1990, págs. 125-126), en un estudio sobre prostitución masculina en Brasil, describe una serie de conceptos con los cuales los hombres de clase baja que practican la prostitución se autodesignan: "bicha, bofe, miché, travesti, gay, tía, garoto, maricona, mona, okô, eré, monokô, okô mati, okô odara, y sus sucesivas combinaciones y reformulaciones".

En su intento por clasificar las cincuenta y seis nomenclaturas que recoge en su estudio, propone que esta dispersión resulta del choque de dos modelos clasificatorios de la homosexualidad: un modelo "arcaico", popular y jerárquico, cuyo paradigma es la relación marica/macho, y otro modelo "moderno", de clase media e igualitario, conforme al cual ya no se trata de un homosexual afeminado que se somete ante un amante varonil, sino de un suje-

to asumido como homosexual que se relaciona de igual a igual con otro sujeto también asumido como homosexual (relación gay/gay). De todos modos, aclara que esas nomenclaturas no fijan identidades, sino que denominan pasajes intensivos: "De hecho, un 'miché macho' puede transformarse en 'miché gay' con sólo cambiar de punto de exhibición. La variación podrá incluso suceder in situ" (Perlongher, 1990, pág. 126).

Pareciera que de un modo u otro, la existencia de categorías es necesaria en estos hombres de clase baja, como una especie de proceso de autodefinición que resguarda la identificación sexual de uno en relación con los otros, lo cual cobra un relevante sentido al pensar la aceptación del riesgo en relación con el VIH/sida. En el fondo podría deducirse una fuerte contradicción entre lo que ellos hacen sexualmente y sus preconceptos sexuales extraídos de sus escenarios culturales. El problema radica en que estos hombres con deseos sexuales por personas de su mismo sexo están obligados a hacer una interpretación de sus concepciones y actos sexuales, mediante una relación desventajosa con las identidades que se estructuran a partir de las definiciones establecidas por la cultura sexual hegemónica. En el caso de nuestra cultura, las clasificaciones hegemónicas sólo dan cabida a la hetero-homo o bisexualidad y, por lo tanto, desde ahí deben autoidentificarse y buscar sus alternativas frente al sida.

Vista sin la necesidad de una autoidentificación, la sexualidad de estos hombres podría ser circunscripta al concepto de homoerotismo.[4] Freire Costa utiliza este concepto para establecer una diferencia tajante con la conceptualización hegemónica de "homosexualismo", en la que comúnmente se cae cuando se piensa en las relaciones sexuales de los HSH. Se trataría de hombres homoeróticamente inclinados, de los cuales una porción se identifica como homosexuales o como bisexuales. Los otros batallan con preconceptos hegemónicos. Freire Costa (1992, págs. 21-22) reconoce tres elementos de orden teórico dentro del concepto de homoerotismo:

4. El concepto de "homoerotismo" se refiere simplemente a la posibilidad que tienen ciertos sujetos de sentir diversos tipos de atracción erótica o de relacionarse físicamente de diferentes maneras con otros del mismo sexo biológico (definición extraída de Freire Costa, 1992, pág. 22).

> Homoerotismo es una noción más flexible y que describe mejor una pluralidad de prácticas o deseos de los hombres orientados hacia el mismo sexo. Además, excluye toda y cualquier alusión a enfermedad, desviación, anormalidad, perversión, etc. Niega la idea de que existe algo como "una substancia homosexual" orgánica o psíquica común a todos los hombres con tendencias homoeróticas y, finalmente, porque el término no posee una forma sustantiva que indica identidad, como el caso del "homosexualismo" desde donde deriva el sustantivo de "homosexual".

Un estudio que quiera indagar sobre los procesos culturales que inciden en la aceptabilidad del riesgo en relación con el VIH/sida entre HSH, debe proponerse investigar dentro de esta conceptualización. Poder diferenciar entre tendencias homoeróticas y procesos de identificación sexual producidos por la aceptabilidad de las normas, puede llevarnos a obtener mucha claridad sobre la toma de decisiones acerca de la aceptación de riesgos en sexualidad. Tal como indica Freire Costa, en la cultura latinoamericana una de las particularidades del homoerotismo es que éste no se debe a una uniformidad psíquica de la estructura del deseo, común a todos los homosexuales, sino que se debe al hecho de ser una experiencia subjetiva, moralmente desaprobada por el ideal sexual de la mayoría. Señala que "convivir con esa especie de paradoja emocional exige un montaje imaginario en que ciertas defensas psíquicas son recurrentes, por cuanto se muestran como una protección eficiente contra los preconceptos" (Freire Costa, 1992, pág. 22).

Por lo tanto, indagar cómo los sujetos lidian con preconceptos sexuales en contra de sus sexualidades homoeróticas, parece ser un ángulo decisivo para el destino de las políticas de lucha contra el sida. Es decir, "Las estrategias de prevención para HSH que no se identifican a sí mismos como gay o bisexuales, por ejemplo, deben ser claramente diferentes de las estrategias para hombres que están más integrados a la comunidad gay" (Parker, 1994, pág. 312).

Y desde nuestro punto de vista, en el caso particular de los hombres de clase baja en un país donde la sexualidad ha vivido enormes transformaciones, podríamos aceptar la hipótesis propuesta por Perlongher (1990, pág. 134), como un buen punto de partida para la prevención del sida: "Existe una cierta tendencia a la disolución de la homosexualidad en el cuerpo social, la cual pasaría a ser vista como una condición erótica posible y no necesa-

riamente como un *modus operandi* sexual y existencial totalmente diferenciado".

Aspectos metodológicos y técnicos de la investigación

La investigación llevada a cabo es de corte cualitativo, de tipo exploratoria y descriptiva. El universo estuvo determinado por la definición de la categoría "hombres que tienen sexo con hombres" (HSH). Según nuestra definición, dentro de esta categoría estarían incorporados distintos grupos que, para fines del muestreo, clasificamos de acuerdo con la definición formalizada de su orientación sexual[5] y definimos de acuerdo con nuestro enfoque. Así, consideramos:

a) Hombres homosexuales: hombres que usualmente no tienen sexo con mujeres.
b) Hombres bisexuales: hombres que usualmente también tienen sexo con mujeres.
c) Travestis: hombres usualmente travestidos.

Estos distintos grupos de hombres fueron contactados utilizando la técnica de la "bola de nieve", en distintos barrios y lugares de comercio sexual de la ciudad de Santiago. Se consideraron tres criterios para la selección de nuestros informantes:

- Hombres de bajo nivel socioeconómico, de acuerdo con el supuesto de que los sectores de bajos ingresos son los que asumen mayores riesgos.
- Entre veinte y cuarenta y nueve años de edad, tramo de mayor concentración de casos de VIH/sida en el país.
- Que no pertenecieran a ninguna organización de derechos sexuales, de minorías sexuales o de personas que viven con el VIH/sida, es decir, que no hubiesen participado de procesos de educación o concientización respecto de la problemática del VIH/sida.

5. Me refiero a los conceptos de heterosexual, homosexual y bisexual, estandarizados oficialmente en nuestra cultura y con los cuales se registran los datos epidemiológicos en relación con VIH/sida.

El trabajo de campo se realizó sobre una muestra intencional de setenta y tres hombres, que cumplían con todos los criterios de selección propuestos. El número de casos en los subgrupos no es homogéneo debido a que en el caso de los hombres bisexuales y travestis se presentaron mayores dificultades para acceder a ellos. Se entrevistaron treinta y cuatro hombres homosexuales, veintidós hombres bisexuales y diecisiete travestis.

Sobre esta muestra se aplicaron cinco técnicas de recolección de información, con cuotas diferentes para cada una, utilizando un criterio de reducción que permitió ir del universo total de la muestra original a un número menor, seleccionado según los objetivos propuestos, la sensibilidad de cada técnica y las posibilidades de acceso a los informantes.

Las técnicas aplicadas, la información que se recolectó con cada una de ellas y el número de aplicaciones, fueron las siguientes:

- Cuestionario estandarizado para recoger antecedentes sociodemográficos de los entrevistados, que nos permitió conocer su contexto de vida. Este cuestionario fue aplicado al total de la muestra.
- Técnica sistemática de *free list* (listado de libre enumeración),[6] que tuvo dos aplicaciones. La primera, referida al tema del *riesgo*, tuvo por finalidad analizar la internalización del riesgo al VIH/sida en comparación con otros riesgos reconocidos conceptualmente por cada uno de los informantes. La segunda, referida al tema de *taxonomía de identificación sexual*, procuró conocer los conceptos más frecuentes con los cuales los informantes identificaban a los HSH de clase baja. Ambos *free list* fueron aplicados al total de la muestra.
- Técnica sistemática de *pile sort* (ordenamiento en pilas),[7] sobre la base de los veintisiete conceptos más frecuentes obtenidos del *free list* de taxonomía de identificación sexual. La finalidad de esta aplicación era poder agrupar los conceptos vertidos e intentar una primera aproximación taxonómica a los conceptos con los cuales los HSH de clase baja se identi-

6. Para mayores referencias sobre las características de ésta técnica, véase Weller, S.C. y Romney, A. K., 1990.

7. Ídem.

fican. Se pudo aplicar esta técnica a dieciocho informantes de la muestra original.

- Entrevista abierta semiestructurada para indagar sobre las prácticas sexuales y conductas preventivas comunes de los HSH de clase baja. Se efectuó esta entrevista a un total de sesenta y dos hombres de la muestra original.
- Entrevista en profundidad, mediante el uso de historias de vida, con la finalidad de obtener información sobre los procesos en la vida sexual de los entrevistados y recabar detalles sobre variables relacionadas con la socialización sexual, las relaciones sociales y la autoidentificación sexual. La aplicación de las historias de vida comprendió a un total de diez informantes de la muestra original.

Para sortear posibles deserciones de los informantes en la aplicación de los distintos instrumentos, se decidió utilizar simultáneamente los cuestionarios estandarizados y los dos *free list*. Las entrevistas semiestructuradas fueron aplicadas paralelamente con estos otros dos instrumentos, pero no cubrieron el total de la muestra porque no todos los informantes estuvieron dispuestos a responder a la entrevista. Algunos de los *pile sort* fueron aplicados simultáneamente con las historias de vida y, los restantes, en encuentros posteriores con algunos informantes que mostraron disposición a participar de la aplicación de esta técnica.

Para el caso específico de las historias de vida, se trabajó con el criterio de informante calificado o clave. Estos informantes fueron seleccionados analizando la participación de los entrevistados en las etapas anteriores de recolección de información. Finalmente, la aplicación de distintas técnicas de recolección de información –muchas de las cuales trabajan sobre los mismos temas– permitió hacer una triangulación de la información, lo que mejora la confiabilidad de los datos recolectados.

I. EL CONTEXTO DEL SIDA EN CHILE Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ENTREVISTADOS

Recientes datos epidemiológicos oficiales acerca del sida en Chile nos muestran que existe un total de 2.344 enfermos de sida y 3.308 portadores asintomáticos. Del total de enfermos, 2.127 casos

(90,7%) corresponden a hombres y 217 (9,3%) a mujeres (CONASIDA, 1998). Por su parte, la tasa acumulada más elevada se encuentra en la Región Metropolitana, cuya capital es la comuna de Santiago, y corresponde a 31,1 casos cada 100.000 habitantes (CONASIDA, 1998). Si bien declararon 144 comunas de todo el país como lugar de residencia de las personas que viven con el sida, el 67% de los casos se concentra en treinta, de las cuales veintiséis corresponden a la Región Metropolitana, que es donde se desarrolló nuestro estudio (CONASIDA-MINSAL, 1997).

A su vez, los datos epidemiológicos reportados señalan que el principal grupo de edad afectado por la epidemia corresponde al de veinte a cuarenta y nueve años, que concentra el 84,6% de los casos. La principal categoría de exposición es la sexual, con un 91,6% de personas que declara haber sido infectada por esta vía y, según la definición epidemiológica, dentro de esta categoría predomina la "transmisión *homobisexual en hombres*", con un 77,1% de los casos (CONASIDA, 1998). Un estudio reciente (CONASIDA, 1998, pág. 8) revela que: "El 90% corresponde a hombres, la mediana de edad es de treinta y siete años, más de la mitad registra escolaridad media y el porcentaje de personas con educación superior supera el promedio nacional (19% y 8% respectivamente). El nivel ocupacional más frecuente es el de operario (30%) y los profesionales alcanzan a 12% (dos veces sobre el promedio nacional)".[8]

Esta descripción de la situación general del sida en Chile nos permite tener un panorama global de la situación de los entrevistados en relación con las características de la epidemia desde dos perspectivas: por una parte la mirada epidemiológica que, a partir de estos datos, conforma las características de los "grupos con conductas de riesgo" y, por otra, nuestra particular propuesta para analizar la situación del riesgo al contagio del sida desde una perspectiva cultural, en la que el énfasis está puesto en el contexto común de vida de las personas.

8. El estudio en el que se señalan estos datos incluyó a personas que habían sido diagnosticadas entre los años 1987 y 1995, y comprende un total de 330 pacientes (34% del total de casos nacionales notificados hasta fines de 1993), correspondientes a seis Servicios de Salud de la Región Metropolitana y dos de la V Región. Se señala que los datos entregados "coinciden con la información generada desde los análisis del total de las notificaciones".

Asumimos que los hombres de clase baja viven en un contexto cultural que en cierta manera legitima las vivencias sexuales de los HSH y en el que coexisten distintas concepciones del riesgo respecto del VIH/sida. También consideramos que dentro de cada grupo de HSH, las concepciones del riesgo tendrán características comunes, ya que los grupos asumen riesgos distintos a los que asumen individualmente las personas. Esto es lo que conceptualmente hemos definido como "aceptabilidad del riesgo".

De este modo, pensamos que los entrevistados deberían tener la posibilidad de concebir el sida como algo cercano a ellos, que de una u otra manera podrían haber tenido un contacto con la enfermedad, ya sea por vivir en algunas de las comunas donde existe una mayor concentración de casos, por formar parte del grupo particular de hombres con conductas homobisexuales dentro de sus lugares de residencia o por pertenecer a los tramos de edad donde se concentra mayoritariamente la infección. Todos estos antecedentes motivaron la selección de la muestra: dirigimos la búsqueda de informantes hacia una población que coincidiera grupalmente con los datos epidemiológicos, suponiendo que los entrevistados deberían reconocer el riesgo al sida no sólo por el hecho de sus particulares conductas sexuales, sino también por sus lugares de residencia o por sus características sociodemográficas.

Centramos nuestro estudio en población de nivel socioeconómico bajo –estrato definido más que por su nivel de ingresos o actividad, por su contexto social de origen y la imposibilidad de superar esa forma de vida–, por considerar que son las personas pobres las que asumen mayores riesgos relacionados con la salud y, además, tienen menores posibilidades de acceso a la educación preventiva. Es importante destacar también que se intentó escoger informantes entre personas que no presentaran hasta la fecha indicios de haber contraído el virus y que no formaran parte de ninguna agrupación tanto de personas seropositivas o de minorías sexuales, para que su acercamiento al riesgo de la epidemia fuera necesariamente motivado por su contexto de vida.

Por su parte, la mayoría de los entrevistados tiene entre diecinueve y treinta años de edad (cincuenta y seis de los setenta y tres entrevistados), y todos están dentro del tramo etáreo de mayor concentración de casos de sida en Chile.

Del grupo de hombres homosexuales, la mayoría (veintiuno)

tenía educación secundaria completa; la mayoría de los hombres bisexuales entrevistados no completó su educación secundaria (nueve); y los travestis muestran el más bajo nivel de estudios: sólo cinco tenían educación secundaria completa.

En general, podríamos señalar que los diversos entrevistados presentan actividades laborales comunes, en las que se destacan el trabajo sexual como actividad preponderante entre los hombres bisexuales y los travestis. Los que presentan un mayor nivel de ingresos entre los hombres homosexuales son los que realizan labores de estilistas; entre los bisexuales, los que además del trabajo sexual desempeñan alguna otra actividad económica; y, entre los travestis, algunos que se desempeñan exclusivamente como trabajadores sexuales. El nivel de cesantía declarado es bajo, debido a que los que no tienen un trabajo formal se desempeñan en el comercio sexual.

Finalmente, con relación a su situación de convivencia, la mayoría declara vivir con su familia (dieciocho entrevistados homosexuales, diez bisexuales y siete travestis). Sólo seis homosexuales declararon estar conviviendo con una pareja hombre y cinco vivir con amigos. Por su parte, tres de los hombres bisexuales declararon convivir con una pareja mujer, tres con una pareja hombre y dos viven con un amigo. De los travestis, cinco declararon vivir con una pareja hombre y cinco con amigos. Además, del total de entrevistados, once declararon tener hijos (diez bisexuales y un homosexual).

II. EL RIESGO DEL SIDA PARA LOS ENTREVISTADOS

Desde el inicio de la epidemia en Chile y desde la creación del la Comisión Nacional del sida (CONASIDA), se han realizado campañas de prevención básicamente en dos líneas. Por un lado, las intervenciones de los organismos no gubernamentales, que utilizaron metodologías de taller de educación o de conversación, han estado dirigidas a grupos de hombres con conductas homosexuales. Estos talleres han tenido como principio intervenir sobre redes de grupos para producir procesos de socialización sobre los contenidos de prevención. La mayoría de estos procesos se ha desarrollado en el marco y en los espacios de organismos que trabajan por los derechos de las "minorías sexuales" o en bares y discos gay y, a su vez, han incorporado la distribución de material didác-

tico y han tendido a fomentar una reflexión acerca de los procesos de identidad entre hombres con prácticas homosexuales. Por otra parte, las desarrolladas por organismos gubernamentales (específicamente CONASIDA) han consistido en campañas masivas a través de canales de televisión. En cuanto a su contenido, se iniciaron con mensajes generales y ambiguos y luego desarrollaron mensajes mejor dirigidos y más específicos. En este caso, debido a condicionantes de carácter político, no se han trabajado explícitamente mensajes dirigidos a la población con conducta homobisexual.

También podemos asumir que el carácter de enfermedad estigmatizante que adquirió el sida durante su primera década de desarrollo, cuando epidemiológicamente se definieron los "grupos de riesgo", es algo que la sociedad chilena no ha logrado superar, y todavía se percibe en el imaginario social que los "homosexuales" son el grupo más proclive a contraer la enfermedad.

Estos antecedentes permiten aproximarnos a las concepciones de riesgo de los entrevistados, pensando que existen diversas vías por las cuales ellos se encuentran informados o alertados respecto del sida, ya sea por su contexto de vida, por la información que se socializa a través de sus redes sociales o por las campañas desarrolladas públicamente. Esta afirmación queda inicialmente demostrada con los resultados obtenidos de la aplicación de los *free list* referidos a la temática del riesgo.

- La consigna utilizada para el desarrollo de esta técnica fue: "¿Qué riesgos crees que puedes correr en tu vida?". De las respuestas obtenidas, el sida representa el riesgo más frecuentemente mencionado por los entrevistados: sesenta y ocho de los setenta y tres entrevistados (93%).[9]

La importancia que los riesgos asociados con la sexualidad representan en su vida queda demostrada por el hecho de que los riesgos mencionados que aparecen con la segunda y tercera mayoría de frecuencias corresponden a otras ETS (gonorrea y sífilis con el 60% y el 58% del total de los hombres entrevistados que las

9. El 100% de los entrevistados bisexuales, el 91% de los homosexuales y el 88% de los travestis incluyeron al sida en sus respuestas.

mencionan, respectivamente). Cabe destacar que otras ETS como ladillas, herpes genitales y chancro, aparecen ubicadas en algún nivel de los veinte primeros conceptos de riesgos mencionados más frecuentemente por los entrevistados.[10]

El otro grupo de riesgos que aparece en el listado de las veinte primeras frecuencias de conceptos más mencionados,[11] está relacionado con situaciones de violencia. Esto se explica porque muchos de los entrevistados se desempeñan como trabajadores sexuales o relatan haber estado en prisión por delitos vinculados a robos y/o agresiones físicas a otras personas; a su vez, dentro de su contexto de vida, las situaciones de violencia parecen ser recurrentes, sobre todo en la práctica del comercio sexual, donde reconocen tener que trabajar frecuentemente con clientes con conductas machistas agresivas, muchos de los cuales tienen una percepción negativa de la homosexualidad. De este modo, el concepto de "asalto" aparece en el cuarto lugar de los indicados por el total de la muestra (mencionado por un 62% de homosexuales, 36% de bisexuales y 41% de travestis); "asesinato" en el octavo lugar (mencionado por un 26% de homosexuales, 36% de bisexuales y 12% de travestis); "violación" en el noveno lugar (mencionado por un 32% de homosexuales, 9% de bisexuales y 24% de travestis); y "agresión" en el décimo lugar (mencionado por 27% de homosexuales, 18% de bisexuales y 30% de travestis).[12]

Cabe destacar algunos antecedentes relevantes para comprender las diferentes frecuencias de algunos de estos conceptos entre los distintos grupos. Así por ejemplo, la más baja frecuencia de menciones del concepto de "violación" por parte del grupo de bisexuales se debe a que, en sus relaciones sexuales, casi siempre ocupan el papel de "activos" y se encuentran en mejores condiciones de negociar sexualmente con sus parejas ocasionales o sus clientes.

Finalmente, otras enfermedades "catastróficas" son citadas con un nivel de frecuencia significativo, por parte de los entrevistados. El "cáncer" representa este tipo de enfermedad con la más alta fre-

10. Véase anexo 1.

11. Cabe destacar que los *free lists* relacionados con los riesgos asumidos por los entrevistados tuvieron un total de noventa y siete conceptos.

12 Véase anexo 1.

cuencia; se ubica en el séptimo lugar de los conceptos más mencionados, seguido por el "virus hanta"[13] en dieciseisavo lugar.[14]

Comparativamente, podemos señalar que no existe una diferencia significativa entre los conceptos de riesgo vertidos por los distintos grupos entrevistados. El sida aparece como el principal riesgo indicado por los tres grupos. Sólo el grupo de homosexuales presenta diferencias en el segundo concepto indicado con mayor frecuencia, ya que reconoce en segundo lugar el "asalto" como el riesgo más frecuente, a diferencia del grupo de bisexuales y travestis que reconoce una ETS ("gonorrea" y "sífilis" respectivamente). El resto de conceptos vertidos por los tres grupos está dentro del rango general de las ETS, situaciones de violencia u otras enfermedades con peligro de muerte, identificando los mismos conceptos con distinto nivel de frecuencia o reconociendo otros.

Considerando que el sida representa el principal concepto de riesgo identificado por los entrevistados, es necesario realizar un análisis más profundo sobre el conocimiento que tienen respecto de esta enfermedad, para poder evaluar la real dimensión de riesgo que representa para cada uno de ellos, lo que, a fin de cuentas, determinará las medidas de prevención que adoptarán. Podemos señalar que lo que los entrevistados saben acerca del sida es el resultado de la incorporación de una información general, producto de la interpretación de los mensajes que cotidianamente se reciben, ya sea a partir de la comunicación pública o de las redes sociales, que denota una escasa profundización sobre el tema. Es decir, en el caso particular de los entrevistados, las respuestas obtenidas al solicitarles que definieran lo que entendían por sida no demuestran ningún proceso de preocupación particular por obtener un nivel mayor de información, en el que sus conductas sexuales particulares estuvieran influyendo en sentirse "más amenazados" que el resto de la población.

Del análisis del conjunto de las definiciones se desprende que existe al menos una coincidencia mayoritaria entre los entrevistados, que se puede interpretar *como el carácter catastrófico de la enfer-*

13. Durante los meses en los que se realizaron las entrevistas, este virus había ocupado un público conocimiento debido a su repentina aparición y al tratamiento que la prensa había dedicado al desarrollo de este fenómeno.

14. Véase anexo 1.

medad, dado que la casi totalidad de las definiciones convergen en señalamientos que indican el sida como "una enfermedad incurable o mortal".

La mayor cantidad de entrevistados ofrece definiciones que no son absolutamente exactas o completas y que demuestran las distintas interpretaciones que se van dando a los mensajes que informan acerca de lo que es el sida. Se distinguen cuatro elementos: vías de transmisión (relaciones sexuales, sangre y jeringas contaminadas); el proceso de la enfermedad (mata las defensas del cuerpo); su carácter catastrófico (incurable o mortal); el tipo de enfermedad (ETS o simplemente sexual).

Se encontró que los hombres homosexuales y bisexuales dan definiciones que aluden con mejor exactitud a las vías de transmisión, a la calidad de enfermedad "catastrófica" e incluso al tipo de enfermedad, en comparación con el grupo de travestis:[15]

> Enfermedad incurable, se contagia por relaciones sexuales o por transfusión de sangre contaminada (Claudio Roberto, 29 años, homosexual).

> Enfermedad que se contrae por contacto de sangre infectada con el VIH (Juan Pablo, 30 años, homosexual).

> Enfermedad mortal a través de relaciones sexuales y por sangre (Alejandro Maximiano, 22 años, bisexual).

> Enfermedad venérea que se transmite al contacto sexual o vía transfusión o vía inyectable (Germán, 30 años, homosexual).

Dentro de estos dos grupos de hombres, encontramos también definiciones que aluden al carácter incurable de la enfermedad y sólo a una de las vías de transmisión, la vía sexual de transmisión, indicada por la mayoría:

> Es una enfermedad grave, no tiene remedio. Por contacto sexual (Hugo Carlos, 42 años, homosexual).

15. Cabe aclarar que en la transcripción de las entrevistas que daremos a conocer de aquí en adelante, identificaremos a algunos de los entrevistados como homosexuales y bisexuales, aunque no necesariamente ellos se atribuyan esa condición.

> Enfermedad que se contagia a través de una relación sexual. Es incurable (Rodrigo, 25 años, bisexual).

Los travestis entrevistados se inclinan mayoritariamente por definir el sida en función del proceso de desarrollo de la enfermedad, pero distinguen también su carácter catastrófico. De todos modos, también encontramos homosexuales y bisexuales que expresan ideas similares:

> Es un virus mortal que ataca las defensas y deja el cuerpo dispuesto a todas las enfermedades (Yohana, 30 años, travesti).

> Enfermedad mortal que lleva a la pérdida de las defensas del cuerpo (Susy, 27 años, travesti).

> Es una enfermedad que va matando las defensas del cuerpo y puedes morir de cualquier enfermedad (Gonzalo Rodrigo, 19 años, bisexual).

> Enfermedad que ataca las defensas y mueres por cualquier enfermedad (Kiko, 42 años, homosexual).

Por otra parte, entre los homosexuales observamos definiciones que incorporan algún nivel de información reciente, relacionado con la posibilidad de sobrevivir a la enfermedad. Así por ejemplo:

> Es una enfermedad venérea que ataca las defensas del ser humano y que hasta ahora no tiene cura, solo paliativos como el cóctel de las tres drogas (Toño, 43 años, homosexual).

Fortaleciendo la tendencia de la mayoría a considerar el sida como una enfermedad "catastrófica", encontramos que el segundo grupo que presenta una mayor cantidad de definiciones comunes es el de los que la definen únicamente como "enfermedad incurable, sin remedio o mortal". Cabe destacar que dentro de este grupo existe una significativa concentración de travestis, aunque los homosexuales y los bisexuales también hacen referencia a este tipo de definición:

> Es una enfermedad que mata (María Teresa, 19 años, travesti).

> Enfermedad sin cura. Te mueres, te infectas (Marce, 22 años, travesti).

> Una enfermedad mortal que de momento de tenerla ya estás muerto (Zamira, 24 años, homosexual).

> Enfermedad mortal. Si la contraes te mueres (Oscar Andrés, 23 años, bisexual).

> Es una enfermedad que no tiene remedio. No tiene cura (Richard Andrés, 19 años, bisexual).

Con un nivel mayor de dispersión encontramos definiciones que aluden a otros aspectos relacionados con la información que se difunde acerca del sida, pero que de todos modos coinciden con el contenido central de ser una enfermedad "catastrófica". Encontramos en los tres grupos considerados en la muestra, un pequeño número de entrevistados que definen el sida a partir de las medidas de prevención y esencialmente a partir del uso del preservativo:

> Muerte, sufrimiento. Una enfermedad sexual si no usas preservativo" (Petra, 28 años, homosexual).

> Es una ETS que lleva a la muerte. Se evita con prevención usando condón (Rocío, 25 años, homosexual).

> Una enfermedad incurable. Hay que saber cuidarse y usar condón (Waldo, 23 años, bisexual).

> Enfermedad mortal de la que hay que saberse cuidar (Marymar, 18 años, travesti).

Por otra parte, observamos definiciones que se vinculan más bien al discurso moralizador que se ha generado a partir del sida en nuestro país, que hacen referencia a temas como la promiscuidad, las relaciones sexuales irresponsables o la falta de racionalidad en el momento del contacto sexual:

> Es una enfermedad que te lleva a la muerte. Un castigo para la gente promiscua (Daniel, 30 años, bisexual).

> Una enfermedad mortal. Es responsabilidad de cada uno cuidarse. Se produce por irresponsabilidad (Jacinto, 29 años, homosexual).

> Enfermedad contraída por un descuido sexual en un momento de calentura (Raymundo, 36 años, homosexual).

Muy pocos testimonios hacen mención a los conceptos de homosexual, bisexual o heterosexual, términos que suelen acompañar las cifras de la epidemia, ya sea como fuente de contagio o como población afectada:

> Es una enfermedad terrible, sin cura y se pega a través del contacto sexual con bisexuales o heterosexuales sin precaución (Carlos Felipe, 29 años, homosexual).

> Es una enfermedad muy grave. Muere mucha gente gay, bisexual y heterosexual. Se transmite sexualmente con otra persona (Juan Carlos, 27 años, bisexual).

Finalmente, identificamos un pequeño grupo que define la enfermedad a partir de la posibilidad de ser contagiado y de contagiar a otros:

> Enfermedad mortal. Yo le tengo terror pero estoy consciente de los riesgos que estoy corriendo. Si lo adquiero a lo hecho pecho. Trato de correr el menor riesgo posible (Alondra, 24 años, travesti).

> Virus que se contagia. Puedes tenerlo en el cuerpo y no darte cuenta y contagiar a más personas. Es mortal (Colorina, 29 años, homosexual).

De este modo, es fácil concluir que los entrevistados reconocen en el sida uno de los riesgos más recurrentes en sus vidas y que, por lo mismo, poseen conocimientos acerca del significado de esta enfermedad. También podemos concluir que han incorporado sus conocimientos acerca del sida a partir de la reinterpretación de la información que se ha difundido públicamente, a través de las campañas realizadas por los medios de comunicación, de la información suministrada en consultorios u hospitales públicos o bien de las conversaciones informales dentro de sus redes sociales. En ningún caso podemos reconocer un nivel mayor de conocimientos por sentirse particularmente afectado por sus circunstancias o ex-

periencias de vida. En esta dirección, también es importante reconocer que el carácter "catastrófico" de la enfermedad, que la casi totalidad de la muestra incorpora dentro de sus definiciones, es el elemento más recurrente con que el conjunto de la sociedad chilena asocia el sida (además de la homosexualidad).

> Es el fin de la humanidad (Angélica María, 30 años, travesti).

III. LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA PARA LOS ENTREVISTADOS

Según la información obtenida de las sesenta y dos entrevistas que se realizaron sobre prácticas sexuales y conductas de prevención, podemos apreciar que el uso del condón es la medida de prevención más conocida por los informantes de los tres grupos. Sin embargo, al igual que en cualquier grupo social de nuestro país, los niveles de inconsistencia con relación al uso del preservativo son evidentes. Cobra así para los entrevistados, una alta relevancia la pareja estable como mecanismo que permitiría evitar el contagio del sida, lo que también ocurre en grupos de personas que no mantienen prácticas sexuales con personas de su mismo sexo.

Las particularidades respecto de los principios de prevención que expresan los entrevistados, como grupo con conductas sexuales orientadas hacia su mismo sexo, se manifiestan en concepciones específicas relacionadas con las prácticas sexuales que son propias del contacto y del erotismo homosexual. Sin embargo, podríamos asumir que estas concepciones en ningún caso reflejan la internalización de una conducta preventiva, de acuerdo con el reconocimiento general de que el sida es una enfermedad "catastrófica" señalado en el análisis de las definiciones, o de sentirse un grupo más vulnerable por sus conductas sexuales, como hipotéticamente venimos suponiendo.

Del análisis de nuestras entrevistas se desprenden tres prácticas sexuales que aparecen con mayor frecuencia en las opiniones de los entrevistados:

- Sexo con penetración: aquí las alternativas de prevención se centran en el uso o no del condón, que dependen de si se trata de una pareja estable o de parejas ocasionales y de circunstancias particulares (quién es la pareja sexual, dónde y

cómo ocurre el acto). Asimismo, se destaca frecuentemente que la decisión preventiva también está mediatizada por los roles que se cumplen: "activo", "pasivo" o "moderno".[16]

- Sexo oral, concebido como "sexo seguro" y generalmente practicado sin condón.
- Masturbación mutua: se declara como práctica, pero muy pocos la asocian a "sexo seguro".

Dentro de este cuadro general de prácticas (minoritariamente también se distinguen otras), se desarrollan las concepciones preventivas de los entrevistados. En primer lugar, podemos reconocer la inconsistencia del uso del condón como medida preventiva, pues la mayor parte de los entrevistados lo empiezan a usar en el momento en que toman conciencia de la existencia del sida (lo cual no necesariamente coincide con la aparición de la epidemia en Chile) y la mayoría en más de una oportunidad no lo ha usado. La tendencia general, dentro del grupo de homosexuales, es no usar condón con la pareja "estable" y usarlo con otros hombres en encuentros casuales o en el contexto del comercio sexual. Dentro de este grupo, existen distintos niveles de consistencia. Por una parte, están los que declaran no usar preservativo con la pareja pero sí "usarlo siempre" cuando tienen relaciones sexuales esporádicas:

> Tengo una pareja hace un mes y medio. Tenemos relaciones como cinco veces a la semana, en promedio. No usamos condón. Los dos hacemos los dos papeles, aunque yo hago generalmente el papel de mujer [...] Antes tenía parejas esporádicas, siempre usaba condón; tenía penetración y lo chupaba (Guillette, 22 años, homosexual).

> Me dejó mi pareja que era un militar mayor, como de cuarenta años [...] No usábamos preservativo porque teníamos una relación de siete años [...] Nunca tuve relaciones sin condón cuando engañé a mi pareja. Desde hace unos meses que entré al mundo gay sólo lo hago con condón (Claudio Roberto, 29 años, homosexual).

> Con mi "esposo" no uso preservativo, lo que siempre hago con mis clientes. Lo uso para la "francesa" y los uso para el coito anal [...]

16. "Moderno" alude al rol de ser "activo y pasivo" dentro de una misma relación, o "activo" en algunas y "pasivo" en otras.

mi pareja acaba adentro, pero tiene relaciones hace un año conmigo (Marymar, 18 años, travesti).

La importancia de la pareja estable como mecanismo de prevención se puede también apreciar en opiniones que indican el uso del condón al principio de la relación, y luego dejar de usarlo una vez que ésta se formaliza:

> Obvio, siempre uso preservativo. Con pareja siempre usaría preservativo al menos los tres primeros meses, después vería si continúa según lo que me cuente (Eduardo, 33 años, homosexual).

Existen otras opiniones que se inclinan por la pareja estable como opción preventiva, pero con algunos niveles de inseguridad que son necesarios asumir:

> […] con pareja no uso preservativo. El problema es que no sé si mi pareja güevea por fuera. Esos son problemas, pero siempre ha sido igual (Manuel Félix, 42 años, homosexual).

Dentro del grupo de bisexuales entrevistados, el uso del condón está asociado al riesgo de transmisión homosexual, pues se asume de manera absolutamente mayoritaria el uso del condón en las relaciones sexuales con hombres, pero no en las relaciones sexuales con mujeres.

> Siempre uso condón, nunca acabo. Es raro que acabe, casi siempre se van ellos primero. También he tenido relaciones con otras mujeres. Con ellas no he usado nunca condón (Juan Carlos, 27 años, bisexual).

> Actualmente tengo relaciones con mujeres. Con las mujeres no uso condón. Son distintas, mujeres mayores (Javier, 21 años, bisexual).

> Con las mujeres no uso nunca condón; algunas por los dos lados, otras por delante (Yilay, 19 años, bisexual).

Algunos hombres bisexuales entrevistados declaran usar el preservativo con mujeres como mecanismo de prevención del embarazo, sin considerar el sida, que sólo es tomado en cuenta en las relaciones sexuales con hombres, pues con ellos el uso del condón parece ineludible:

> Tengo pareja femenina, pero estamos distanciados. No uso preservativo en mis relaciones con ella porque ella se cuida, pero ahora está embarazada de siete meses [...] Tengo relaciones con dos o tres hombres a la semana, a veces cuatro [...] Los penetro y acabo adentro pero con condón (Daniel Alejandro, 21 años, bisexual).

> Tengo relaciones sexuales seis o siete veces al mes con mujeres de entre catorce y veinticinco años. A la de catorce la penetro con condón porque no se cuida [...] Al mes tengo relaciones con tres o cuatro hombres, aproximadamente entre treinta y cinco, veintisiete y cuarenta años. Los penetro, con condón sí (Alejandro Maximiano, 22 años, bisexual).

Esta distinción entre el uso de preservativos con hombres y no con mujeres, en muchos casos se explica por concepciones sociales que llevan a muchos de los entrevistados bisexuales a tener la autopercepción de que las relaciones sexuales con mujeres son "más sanas o más limpias". Así, muchos de ellos expresan opiniones como "no usar condón con las mujeres porque se ven más limpias", e incluso, alguna opinión más radical que además involucra el estigma de lo "sucio" que conllevan las relaciones sexuales con hombres:

> Hace cinco años que tengo relaciones homosexuales. Lo meto con preservativo. Hace cinco años lo metía sin preservativo pero no existía mucho de lo que hay ahora [...] Con mi pareja mujer no uso preservativo. Cuando voy a estar con ella lo que hago es bañarme, masturbarme, me aprieto el pico, boto la orina mala, tomo cloxacilina, me boto toda la orina mala, los fluidos y luego tengo relaciones sin preservativo (Germán, 30 años, bisexual).

Estos testimonios permiten reflexionar acerca de las concepciones preventivas de los entrevistados, las cuales aparecen dentro del contexto general que describen las publicaciones sobre conductas preventivas respecto del sida en distintos grupos de la sociedad chilena: prevención principalmente por medio de la pareja estable; conocimiento del uso de preservativos como mecanismo de prevención; uso del preservativo en las relaciones homosexuales por ser más riesgosas que las relaciones sexuales con mujeres y uso de preservativos con mujeres para prevenir el embarazo.

Estas fórmulas preventivas son las más recurrentes en el grupo

de hombres homosexuales entrevistados y en el de los hombres bisexuales. El caso de los travestis puede aparecer más alejado de esta tendencia, lo cual se explica porque la mayor parte de los entrevistados no tenía pareja estable en el momento de realizarse la entrevista y porque el uso o no de preservativos está asociado a situaciones del comercio sexual que se analizan más adelante.

En las concepciones preventivas de los entrevistados se observan respuestas que están relacionadas con sus creencias particulares acerca de diversas formas de prevenir el contagio. El dato más relevante en el análisis de estas creencias sobre formas de prevención se observa en las opiniones que, respecto del semen, dio la mayoría de los entrevistados de cada grupo. Al parecer existe la creencia generalizada de que el contagio del virus del sida está directamente relacionado con el ingreso del semen al cuerpo, ya sea por vía anal u oral. Por ende, en el momento de pensar en la prevención, los hombres entrevistados ponen el acento en las posibilidades que existen de evitar que el semen tenga algún contacto con las partes interiores del ano o de la boca. Ésta resulta para ellos la forma más difundida de protegerse y justifica, desde su perspectiva, el no uso del preservativo:

> Con una o dos parejas tuve relaciones sin preservativo pero nunca permití que acabaran adentro; tampoco acabé adentro. ¡Nadie ha acabado dentro de mí sin preservativo! En un principio tenemos penetración, pero terminamos haciendo sexo oral y manual [...] Yo lo chupo. Hace cinco o seis años que no me acaban en la boca [...] Me lo chupan, he acabado en la boca de mis parejas, pero cuando he acabado en la boca de alguien ha sido porque esa persona lo ha querido así, hace un par de años que no eyaculo dentro de mi pareja porque implica riesgo de contagio de sida si eyaculo adentro (Raymundo, 36 años, homosexual).

Algunos, sin embargo, refieren usar el preservativo con cierta frecuencia:

> Siempre uso condón; acabo adentro cuando estoy con condón. Cuando estoy sin condón acabo afuera (Yilay, 19 años, bisexual).

Entre los entrevistados con pareja estable se observaron dos actitudes: algunos no toman ningún tipo de precaución pues creen en la pareja estable como "forma absoluta de prevención", mientras que otros utilizan el recurso de "eyacular afuera".

En las relaciones sexuales con parejas esporádicas o con desconocidos, la prevención consiste en practicar el coito interrumpido. Pero también se registraron testimonios que indican que la estrategia preventiva está mediatizada por el grado de conocimiento que se tenga de la pareja sexual esporádica, su apariencia externa o su lugar de procedencia.

> Uso preservativo a veces, cuando estoy inseguro de la persona, que no la conozco bien o la conozco por el momento. No uso cuando conozco a la persona y estoy seguro de que se controla y que no tiene el sida o alguna enfermedad venérea (Kiko, 42 años, homosexual).

> Con algunas personas uso condón, con otras no uso; con los que te dan más confianza no lo uso. Por ejemplo, personas que tú piensas que no se han metido con tanto gay (Juan Sebastián, 32 años, homosexual).

> Me gusta chuparlo, no uso condón para chuparlo. Me han acabado en la boca algunas veces. A un amigo de muchos años, fiel a su pareja y su pareja fiel a él le acepté que acabara en mi boca. Me tragué el semen (Juan Carlos, 28 años, homosexual).

> En los dos últimos años he culiado sin condón como unas cinco veces. Todas las veces me acabaron adentro, pero no son chiquillos de Santiago, son de Villarica (Carlos Felipe, 29 años, homosexual).

Las relaciones sexuales con mujeres no son vistas como posible fuente de contagio:

> Tengo una persona con la que vivo pero no la considero mi pareja. Tengo relaciones sexuales con él una vez al mes. Él me penetra y no usa preservativo pero acaba afuera [...] Yo a veces lo chupo; no acaban en mi boca. Con otros hombres uso siempre preservativo, no así con las mujeres. Con ellas acabo dentro (Rodrigo Juan Carlos, 25 años, bisexual).

> Mi pareja masculina no acababa dentro de mí y yo no acababa adentro de él. Con ella acababa dentro siempre (Jacinto, 29 años, homosexual).

El uso del preservativo para los entrevistados parecería ser fundamental en la relación sexual con penetración anal. Las entrevistas realizadas indican que el sexo oral no es considerado una rela-

ción riesgosa, pues en este caso el uso de preservativo no se considera necesario:

> En mis relaciones con hombres soy siempre activo. Lo hago con condón, sin condón dejo sólo que me lo chupen (Juan Carlos, 27 años, bisexual).

Evitar el contacto con el semen (no tragarlo o eyacular en la boca del compañero) es considerado un mecanismo de prevención.

Para algunos bisexuales entrevistados, la forma de "cuidarse" es negarse a jugar el rol pasivo en la relación sexual. Se observa en muchos casos un doble standard: se realizan a la pareja prácticas que no aceptan para sí.

En el grupo de travestis las razones argumentadas para no usar preservativo son de dos tipos: el alto costo de los condones y el rechazo del cliente a usarlos. Aquí la fórmula preventiva es no dejar que "acaben adentro":

> Lo chupo, no dejo que acaben en mi boca. Para chuparle le pongo condón. A veces me lo chupan; de repente uso condón, de repente no. A veces no uso condón cuando estoy con clientes que no les gusta usar, pero no acaban adentro (Claudia, 18 años, travesti).

> Sí; uso condón sólo a veces porque son muy caros. Total, hay que cachar cuando la gente es limpiecita. No me gusta que me acaben adentro cuando me culean sin condón, pero a veces está tan rico que me voy en la volá (Rony, 27 años, homosexual).

En resumen, podemos observar que las conductas preventivas de los hombres entrevistados son básicamente dos: tener una pareja estable, ya sea hombre o mujer, que es la "opción preventiva" más mencionada por los entrevistados y usar preservativo con parejas esporádicas o con desconocidos, opción que se utiliza de manera inconsistente, y que dependen del momento de toma de conciencia de la existencia del sida, de la situación particular en la que se produce el contacto sexual y del nivel de conocimiento o desconocimiento del compañero sexual. Cabe destacar que estos dos mecanismos preventivos son los más reconocidos por la población chilena en general, independientemente de la orientación sexual, e incluso el nivel de prioridad se corresponde con los mensajes pre-

ventivos que se difunden en las campañas oficiales de información para la prevención del sida.

Al parecer, donde se manifiesta un mayor nivel de consistencia entre sus conductas sexuales y sus prácticas preventivas es en sus creencias respecto del semen. En este sentido, hay que destacar que en el contexto de las entrevistas, el tema de la pareja estable aparece como la manifestación de un deseo, más que como un hecho concreto, pues muy pocos entrevistados tenían una pareja estable cuando se realizó la entrevista e incluso muchos aludieron a las dificultades que les impone su medio social para el desarrollo de parejas permanentes. Por lo mismo, las parejas esporádicas son más frecuentes en sus vidas y, en este contexto, el uso del condón suele ser más difuso e inconsistente, lo que determina que las estrategias destinadas a evitar el contacto con el semen cobren mayor relevancia como conductas preventivas.

Así, podemos completar una primera aproximación a la aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/sida entre los hombres entrevistados. Por una parte, podemos reconocer que el riesgo al sida es identificado comúnmente, sobre todo como enfermedad incurable o mortal y que sus conocimientos específicos respecto del significado del sida forman parte de un saber común, que si bien no es esencialmente empírico, por lo menos abarca aspectos sustanciales que permitirían comprender la necesidad de prevenirse. Sin embargo, cuando plantean sus prácticas sexuales, están condicionados a reinterpretaciones que faciliten el desarrollo de su vida sexual de acuerdo con las circunstancias preventivas que el medio les permite. En este sentido, pareciera que el riesgo al sida se vuelve una condición probable, algo posible de asumir si es que se contagia por "mala suerte", ya que se reconoce una cierta incertidumbre en sus opciones preventivas. Si bien los entrevistados reconocen como opciones para evitar el contagio la pareja estable y el uso de preservativos, de hecho, otorgan prioridad a las prácticas sexuales en las que se evita el contacto con el semen. Sin embargo, como implementan esta "estrategia" de manera poco consistente, las probabilidades de contagio son altas.

IV. IDENTIDADES SEXUALES

Podemos señalar que asumir una autoidentificación positiva

con las prácticas sexuales es el mecanismo más eficaz para conseguir prevenirse del contagio del sida. Esto ya ha sido señalado por algunos autores que han evaluado las campañas de prevención realizadas en Chile. Así por ejemplo, Guajardo (1997, pág. 213) indica que "en el país existen ahora experiencias exitosas en potenciar procesos de identidad homosexual, en forma conjunta con logros informativos y actitudinales frente a la prevención del VIH/sida, en la población homosexual de Santiago, a través de la utilización del método de talleres". Sin embargo, estas estrategias tienen como requisito previo la voluntad de participar de conversaciones grupales con personas que se sienten partícipes de una identidad sexual común, lo cual en muchos casos de hombres de clase baja no ocurre, porque su vida sexual es conflictiva, se asume como algo privado y no existe el deseo de asumir su conducta públicamente. Por lo mismo, este autor también señala: "Las estrategias de prevención que se han implementado hacia la población homosexual en Chile, han sido de orden educativo y de dimensiones microsociales. Por ello, no resulta sorprendente que exista una proporción –que se sospecha mayoritaria y no claramente dimensionada– de homosexuales, y un sector de personas con comportamiento homo/bisexual –que no participan de esa identidad sexual–, que no acceden a estas estrategias educativas" (Guajardo, 1997, pág. 211).

Con el fin de profundizar la comprensión de los procesos de identificación sexual, aplicamos la técnica del *free list*, para explorar los conceptos con los que los entrevistados identificaban a los HSH, y así analizar si las categorías de identidad "homosexual", "bisexual" o "gay" con que frecuentemente se transmiten los mensajes preventivos, tenían alguna significación dadas las concepciones de identidad que ellos manejan.

La técnica, que fue aplicada al total de la muestra (setenta y tres hombres), y en la que se utilizó la consigna "¿qué términos o nombres conoces para identificar a hombres que tienen sexo con hombres"?, dio como resultado un conjunto de sesenta y seis términos diferentes, en el que el concepto de "travesti" fue el mencionado con mayor frecuencia, debido a que este grupo de hombres es el que públicamente se presenta con características más homogéneas, relacionadas con el hecho de andar travestidos de manera casi exclusiva. Los travestis fueron quienes con mayor frecuencia se autoidentificaron con los conceptos utilizados para denominar

a los HSH (quince de los diecisiete travestis entrevistados mencionaron el término "travesti").[17]

En cambio, los hombres homosexuales y bisexuales se identifican con mayor frecuencia con el concepto de "maricón". El concepto de "homosexual" se ubica como la tercera frecuencia para el grupo de homosexuales y como la cuarta frecuencia para el grupo de bisexuales, y el de "gay" aparece en el quinto y tercer lugar, respectivamente. El término "bisexual" aparece mencionado en quinto lugar por el grupo de bisexuales.[18] Lo significativo es la gran variedad de términos con los cuales los entrevistados identifican a los HSH. Del análisis de las definiciones dadas a los veintisiete conceptos más frecuentes (excluidos los conceptos de "homosexual", "gay", "bisexual" y "travesti" que ya hemos analizado), se aprecia que muchos se desprenden del lenguaje con que popularmente la sociedad chilena califica en forma despectiva a los hombres con conductas homosexuales, como por ejemplo: "maricón", "hueco", "cola", "fleto", "colipato", "nuco", "coliza", "maraco" o "mariposón". Otros corresponden a términos usados frecuentemente en el contexto del comercio sexual como "cafiche", "puto", "prostituto" y a conceptos provenientes de la cultura carcelaria como "caballo".

Dos conceptos utilizados con una connotación más positiva y de manera autorreferencial son "loca" y "moderno". El primer término es usado con frecuencia en las relaciones cotidianas entre la mayoría de hombres entrevistados como homosexuales. Se lo define como un hombre "amanerado" o "afeminado", esencialmente "pasivo", pero a su vez es una manera afectiva de referirse respecto de uno mismo y de sus pares. El segundo término, mencionado sólo por entrevistados bisexuales, alude a una condición positiva de tener la posibilidad de actuar "modernamente" en las relaciones sexuales con otros hombres. El concepto deviene de la polaridad "activo-pasivo", con que los entrevistados definen la conducta individual dentro de una relación, como se indica en el capítulo anterior. Sin embargo, cabe destacar que en los sesenta y seis conceptos obtenidos del total de los entrevistados, ninguno menciona como característica de identidad de los HSH el ser "pasivo" o "activo". Desde el punto de vista de las concepciones positivas, algo

17. Véase anexo 2.
18. Véase anexo 2.

similar ocurre con el concepto de "entendido". Este concepto fue señalado por entrevistados homosexuales y en sus definiciones aluden a personas "similares a los bisexuales" o simplemente "bisexuales". Pero en sus referencias señalan que se trata de personas que "entienden" o "comprenden" todo tipo de relaciones sexuales y, por lo tanto, las practican.

En otro nivel se encuentran los conceptos que van en la dirección de la polaridad hombre-mujer. Definidos tan claramente como los travestis, los conceptos de "transformista" y "transexual" aluden directamente a los hombres que se creen mujeres porque se visten y actúan como ellas ocasionalmente o porque se han operado para cambiarse de sexo.

Existe un grupo de conceptos con connotaciones negativas que aluden a desviaciones de la conducta sexual según los entrevistados. Sin considerar conceptos que fueron mencionados sólo por algunos entrevistados, pero que ocupan posiciones intermedias dentro del análisis que surge del *free list* al relacionar a cada individuo con el conjunto de la muestra,[19] los conceptos de "masoquista" (mencionado sólo por entrevistados bisexuales) y "sadomasoquista" (indicado sólo por travestis), que aparecen dentro de los primeros veintisiete conceptos mencionados con mayor frecuencia, aluden críticamente a hombres que necesitan ser golpeados para poder tener placer. Lo mismo ocurre con el concepto de "lunático", mencionado sólo por travestis y que es definido como un hombre que "según la luna" opta por tener relaciones sexuales con hombres.

Finalmente, el concepto de "heterosexual" también aparece citado dentro de los veintisiete conceptos analizados. Si bien en las definiciones, tres de los nueve entrevistados que lo mencionan los definen claramente como hombres que "les gustan las mujeres" o que "sólo tienen sexo con mujeres", el hecho de que aparezcan señalados en los conceptos con que los entrevistados identifican a los HSH, denota la confusión que pueden tener los hombres de clase baja respecto de los conceptos con los que se clasifica tradi-

19. Existen dentro del listado general, conceptos dados por algunos entrevistados como "esquizofrénico", "desviados sexuales", "psicópatas sexuales", "cagados de la cabeza", "violador", "degenerado" y "maniático sexual". Cabe destacar que estos conceptos son mencionados tanto por entrevistados homosexuales, como bisexuales y travestis.

cionalmente la identidad sexual. Es más, el resto de los entrevistados que hace mención al concepto, los define como hombres que "se meten con hombres y con mujeres", aunque a su vez indican que la tendencia es a tener más sexo con mujeres.

Si bien ésta es una primera aproximación y nuestra intención no es desarrollar una taxonomía acabada, lo cual escaparía al objetivo de nuestra investigación, este análisis nos ayuda a entender que las clasificaciones tradicionales de identidad homosexual, bisexual e incluso heterosexual, no resultan significativas para los entrevistados, quienes tienden a pensar básicamente en términos de orientación sexual.

V. LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD SEXUAL Y LOS CONFLICTOS HOMOERÓTICOS

Si bien los conceptos que hemos analizado en el capítulo anterior aluden a situaciones colectivas, que son manejadas e interpretadas grupalmente, lo cual constituye uno de los requisitos para configurar identidades, los procesos individuales de construcción de identidad sexual son los que a fin de cuentas van a dar forma definitiva a la conformación de una identidad específica. Ésta es la síntesis de todas las interpretaciones que el individuo da a las posibles formas de sobrellevar sus experiencias sexuales. Siguiendo la teoría de los *sexual scripts* de Simon y Gagnon (1984), en este nivel se confrontan las interpretaciones que provienen del contexto cultural, las que los individuos reinterpretan para construir una imagen sexual de sí mismo.

Para profundizar sobre este punto e intentar aproximarnos a los procesos particulares que deben desarrollar los entrevistados para lograr un lugar en las conceptualizaciones que se manejan respecto de la identidad sexual de los HSH, se recurrió a las entrevistas en profundidad y la técnica de las historias de vida. Se utilizaron tres variables para construir y analizar las historias de vida, que estuvieron centradas en la construcción de la identidad sexual: socialización, relaciones sociales y autoimagen sexual.[20]

20. La definición de estas variables fue establecida a partir del análisis de

Con relación a la socialización, se indagó sobre los procesos vividos por los entrevistados a lo largo de su vida y que tienen relación con su autoidentificación sexual. El relato de Alondra, de veinticuatro años, ejemplifica distintos hitos que son recurrentes en las historias de la vida sexual de la mayor parte de los entrevistados:

E: ¿Tú podrías hablarme de cómo fue tu sexualidad durante tu infancia? ¿Cómo fueron tus primeras experiencias sexuales?
A: Fue a los doce años. Con un tío. Pero no que me obligaran ni mucho menos, a mí me gustaba. Bueno, siempre de chiquito tuve esa tendencia. Desde que empecé a tener uso de razón me di cuenta de que me gustaban los hombres y […] no sé, a mí nadie me violó, yo siempre he sido así creo.

E: ¿Cómo fueron tus primeras experiencias? Detállame un poquito la experiencia con tu tío o con otros amigos o adolescentes o en tu niñez.
A: Bueno, con mi tío fue como más diferente porque yo tenía en ese tiempo doce años, él tenía diecinueve. Imagínate él ya tenía su experiencia y […] en realidad hicimos como eso, como el amor no fue nada obligado. No sé, fue algo bonito.

E: Me estabas hablando sobre tus experiencias durante tu infancia y tu adolescencia. ¿Podrías continuar contándome un poco sobre cómo fue u otras relaciones con otras parejas durante tu niñez y tu adolescencia?
A: Bueno, yo soy del sur, de un pueblito que se llama Victoria, en la IX región. ¿Qué puedo decirte? No tuve esa adolescencia traumática. ¡No! Mis experiencias sexuales fueron buenas. No sé, a lo mejor en el fondo tuve buenos profesores.

E: ¿Como quién?
A: Bueno, digamos con las personas que estuve. ¿Nombres específicamente quieres? Bueno, como te dije, mi primera ex-

---

un trabajo sobre representaciones de la bisexualidad masculina desarrollado por Cáceres (1995).

periencia fue mi tío. Bueno, de esto nunca supo nadie, o sea, cosa mía y de él. A mí me gustaba; con él aprendí poco a poco todo. Nada fue forzado, entonces no tuve en el fondo como nada traumático. Fue todo bueno.

E: ¿Puedes describir qué tipo de relaciones tenías con tu tío y con otra gente?

A: Cuando tenía relaciones con mi tío, bueno, era todo como te dije antes, rico. Él me hacía, no sé, me lo chupaba, yo se lo chupaba, me penetraba; yo no lo penetraba porque […] bueno comprenderás, a los doce años […] no lo tenía bien formado. O sea, no se me erectaba […] no lo podía penetrar. Pero igual, tuve mis primeros orgasmos con él. Me besaba entero. Y mis otras experiencias que tuve también. De ahí fui aprendiendo y lo fui haciendo, conforme a lo que él me había enseñado. O sea, nadie después me decía pónete así o pónete asá, porque yo lo hacía como yo quería, como lo sentía, como a mí me gustaba, como él me había enseñado. En realidad no tuve tantas experiencias cuando era niño. He tenido más experiencias, ahora cuando ya adolescente, o sea, adulto.

E: ¿Cómo fue tu formación en la escuela? ¿Cómo te trataban en la escuela, te distinguían de alguna manera o eras igual que los otros chicos? En el liceo también, cuéntame.

A: No, en el colegio llevaba una vida normal. Nunca me di mucho a conocer. Como comprenderás yo vengo de un "pueblo chico infierno grande". Mi familia tiene generaciones ahí. Mis abuelos primero, ahora mis padres […] entonces no te podí dar a conocer. O sea, yo era uno más del colegio no más y me solté cuando me vine a Santiago. Acá, bueno, la vida es diferente porque no tengo familia y hago lo que quiero.

E: Durante el liceo, tu adolescencia, ¿cómo fue? ¿Tuviste pololа; no tuviste; tuviste pololos? Si tuviste relaciones ¿cómo las llevaste o las ocultaste? ¿Cómo fue?

A: Cuando estuve en el colegio tuve un pololo una vez, pero no llegué a acostarme con él. Era pololeo, tonteras no más de cabro. Después anduve con una niña, con una compañera de curso, con ella me acosté. Tuve relaciones con mujeres no sé, por decirte unas veinte veces más o menos, con diferen-

tes. Después ya me di cuenta de que realmente lo mío era el […] que me llamaban más la atención los hombres y no podía seguir como pateando con los dos pies.

E: ¿Te agradaba acostarte con las mujeres? ¿Cómo era la cosa? ¿Qué preferías?

A: No tanto como agradarme, pero tampoco me era como indiferente. No me desagradaba en ningún momento. No había nada que me molestara, o sea, si me acostaba con ellas y hacía el amor lo hacía bien. Yo me sentía bien en el momento.

E: Cuéntame un poco más, cuando tú terminas el colegio y te vienes a Santiago, ¿cómo empieza tu vida aquí en Santiago y cómo se define tu actividad sexual?

A: Bueno, me vine a Santiago [cuando] terminé mi colegio. Les dije a mis padres que me quería venir a trabajar, junté una moneditas y me vine a trabajar. Acá empecé a conocer. Bueno, pasaron como dos años y me desenvolvía en el mundo digamos heterosexual. Llevaba una vida más ordenada, todo ese asunto. Después conocí una compañera de trabajo que era lesbiana, yo no tenía idea. Ella me llevó a la primera *discoteque* gay, estuve como dos horas sentado de impresionado, yo sabía mis tendencias, que me gustaban los hombres, todo, pero […] cuando lo vi ahí en la disco tan abiertamente, hombres con hombres besándose, fue como […] no traumante, pero quedé como anonadado y de ahí ya empecé a conocer más gay, travestis, me empecé a desenvolver en este mundo y empecé a conocer lo que realmente es el mundo de nosotros.

E: ¿Quiénes fueron tus primeras parejas acá en Santiago; cómo eran tus relaciones? ¿Cómo es tu actividad sexual cotidiana y aparte de tu trabajo?

A: Bueno, parejas acá en Santiago he tenido una sola pareja-pareja, que es Cristian. Con él ya tengo siete años cumplidos. Lo conocí en la disco por intermedio de esa niña que te digo. Éramos amigos de primera. Me atraía, me gustaba y empezamos como a pololear. Como al mes nos juntábamos en el día y todavía vivo con él.

E: ¿Cómo es tu vida sexual; tus relaciones sexuales?
A: No sé, yo creo que mis relaciones sexuales son, en el ámbito de nosotros, creo que buenas. Normales diría yo. Bueno, yo hago activo, pasivo […] yo no tengo límites en la cama. Yo, no sé, simplemente lo hago, lo disfruto y lo siento. Así de sencillo.

Este relato que presentamos *in extenso*, reúne la mayor parte de las características descriptas por el resto de los entrevistados, en relación con aspectos relevantes que fueron configurando su actual autoidentificación a partir de hitos importantes que van ocurriendo durante el desarrollo de su vida sexual. En este proceso es importante el momento en que va a una *discoteque* gay y señala: "Empecé a conocer lo que realmente es el mundo de nosotros". Además, en diferentes momentos se refiere a *nosotros*, distinguiéndose de otros, elemento básico de la noción de identidad.

Podemos observar en los relatos, que los que asumen positivamente su iniciación sexual con un hombre son los que mayoritariamente la vinculan a juegos infantiles, por lo menos en los relatos de los entrevistados caracterizados como homosexuales. Sin embargo, en todos estos relatos aparece la idea de la anormalidad de estos actos. Por ejemplo, en el relato de Juan Pablo (30 años), se manifiesta en forma implícita:

JP: Mira... en mi infancia y adolescencia […] yo estaba investigando. Era algo así, por ejemplo, como estar con alguien y de mi mismo sexo […] en ese entonces yo tenía siete, ocho años. Y lo experimentaba de tal manera que a mí me gustaba estar cerca de mis amigos y jugábamos […] y tenía amigos mayores que yo, doce o trece años quizá y... tenía relaciones con ellos.

E: ¿Qué tipo de relaciones?
JP: Relaciones homosexuales.

E: Sí, pero ¿cómo lo hacías?
JP: Yo era pasivo y los demás eran activos.

E: Y ¿a ti te gustaba?

JP: Al principio me asustaba, pero en el fondo igual me agradaba, porque también de repente hacía de activo y era una cosa de juego. Pero no había maldad, para mí no había maldad, quizá para ellos, que eran más adultos que yo, pero yo era chico y me encantaba.

Por su parte, para Guillete (22 años), lo anormal es algo explícito:

G: Cuando yo era chico era una persona no normal […] no normal porque desde chico a mí me atrajeron hombres desde que yo tengo razón.

En el plano de mi familia fui una persona muy querida por mis abuelos, más que por mis padres.

En el caso de los hombres bisexuales entrevistados que practican el comercio sexual, este conflicto se expresa en el hecho de concebir como normal tener sexo con mujeres y como anormal con hombres. En cualquier caso la "anormalidad" es justificada por necesidades económicas que llevan a la práctica del comercio sexual. De esta manera, podemos decir que su identificación de género es masculina y su identidad sexual es "heterosexual", en la medida que no existe una identificación positiva de sus relaciones sexuales con hombres, las que son entendidas como un trabajo. Así, por ejemplo, Mauricio (25 años) expresa su "normalidad sexual" porque empieza a tener sexo con mujeres y después relata sus relaciones con hombres al vincularse al comercio sexual:

M: No sé, yo creo que mi sexualidad, desde mi infancia hasta mi adolescencia fue normal. Yo empecé a tener sexo a los trece años con mujeres hasta adolescente. Nunca tuve incursiones homosexuales de ningún tipo hasta hace muy poco tiempo atrás.

E: ¿Con quién te inicias sexualmente y cómo fue?
M: Me inicié con una mujer que era mucho mayor que yo. Tenía veintitrés años, yo tenía trece. En un cumpleaños mis amigos me la regalaron.

E: ¿Cómo recuerdas que fue esa experiencia?
M: Fue bien, bien. Bien, me gustó, la pasé bien. Igual tenía sentimientos, experiencias nuevas.

E: Tú dices que no tuviste ninguna experiencia homosexual durante tu adolescencia. ¿Qué pasa cuando tú te inicias en lo que es el contacto homosexual?
M: Bueno, mi primera experiencia homosexual fue a los veintitrés años, veintidós, veintitrés años más o menos. Fue en una casa de citas. Me invitaron para allá, me dijeron que tenían un trabajo para mí y, cuando lo hice, o sea cuando me acosté la primera vez con otro hombre, no pude funcionar […] igual me pagaron en esa oportunidad. Después pasó de nuevo y así fui perfeccionándome hasta el día de hoy.

El relato de Tomás (25 años) es más explícito respecto de las necesidades económicas que determinan involucrarse con hombres. Aunque indica haberse iniciado sexualmente con un hombre, señala que lo asume de manera negativa:

T: Bueno, empecé por falta de plata realmente, por necesidad. Empecé a conocer gente...
Bueno, cuando chico me gustaba mirar las revistas pornográficas, me masturbaba tres veces al día, cuatro veces al día y posiblemente puede haber sido un daño psicológico cuando grande. Me crié siempre solo, vivía por aquí, por acá y después más adelante tuve una mujer, cumplí tres años, tuve una hija. No me gustó la experiencia con la mujer. Bueno, no soy gay pero tampoco no es que no me gusten las mujeres. Pero... no encuentro a lo mejor la mujer agradable, bueno, por lo que yo repetí en denante, si tengo relaciones con un gay es por necesidad no más, porque me vista a lo mejor o me dé plata. Ésa es la realidad.

E: ¿Cuándo fue la primera vez que tú tuviste una relación sexual?
T: A los dieciocho años.

E: ¿Con quién fue?

T: Con un gay. Antes que con una mujer, con un gay.

E: Me interesa saber cómo fue la experiencia para ti.
T: Al principio un poco mala; me daba asco realmente. Pero lo tenía que hacer por la necesidad, no hay otra.

La caracterización de sus relaciones como anormales es reforzada por una sensación de culpabilidad frente a la familia, la que comúnmente no acepta su conducta sexual. Es el caso que relata Eduardo (33 años):

Edo: Mira, mis padres, o sea mi padre y mi madre, optaron por la política del avestruz ¿me entendí? Ellos enterraron la cabeza y el problema no existía. Y hasta la fecha, a pesar de que mi padre ya falleció, nunca lo asumió y mi madre siempre, hasta la fecha, la misma actitud. Para ella el homosexualismo es una cosa que no existe. Para ella hay hombres y mujeres no más. El homosexualismo para mi familia, para mi padre y mi madre, era así como un gran dolor de muelas que algún día iban a encontrar una aspirina lo suficientemente útil que lo solucionara no más. El resto de la familia... sí; de repente echaban el pelo. Algunos primos me agarraban el poto. Que sé yo, todo, pero de ahí no pasaba. En todo caso, a mí me gustaba ese güeveo; yo lo provocaba en cierta manera también.

En el proceso de construcción de la identidad sexual de los HSH, las relaciones sociales resultan relevantes. La reprobación social a la que se enfrentan estos hombres por sus prácticas, los obliga a asumir actitudes que no necesariamente reproducen la manera en que ellos se identifican a sí mismos. Por ello, al analizar las historias de vida nos concentramos particularmente en lo que Cáceres (1995) define como "complacencia genérica con la norma sexo/género". Es decir, comportarse socialmente "como un hombre", lo que significa adoptar conductas masculinas convencionales en sus diversas interacciones no sexuales con otros, e incluso involucrarse sexualmente con mujeres para cumplir con lo que se espera de los hombres en ese plano. En el caso de los hom-

bres caracterizados como homosexuales, estas dos características se expresan en todos los relatos registrados. Es el caso de Juan Pablo:

JP: Bueno, en el trabajo yo soy hetero y soy hombre […] en mi trabajo soy súper hombre y no hay problema. No les doy cabida para que me averigüen más allá y me comporto de tal manera que ellos no sepan cómo soy yo.

E: Y ¿nadie sospecha?
JP: No. No, porque yo tengo una personalidad bien amplia y puedo desenvolverme bien, bien en los dos aspectos.

E: ¿Cómo te relacionas con las mujeres?
JP: Bien...bien ... bien. Como amigo sí, bien no hay problema.

E: ¿Ellas te identifican como homosexual algunas veces?
JP: No, difícil. Tendrían que... yo tendría que decírselos porque a simple vista no me identifican.

E: Y ¿cuándo hay una interesada en ti cómo lo haces?
JP: Siempre me ha pasado lo mismo y siempre les he dicho que estoy comprometido, estoy casado o estoy de novio y tengo polola y la amo mucho. Igual trato que el interés de ella se les vaya solo.

E: Respecto a tu trabajo, tú me dices que algunos saben.
JP: Sí. La señora, la dueña sabe, me ha visto llorar y me ha visto sufrir harto por mi pareja, y ella me apoya harto. Antiguamente sabía casi todas las empleadas que habían porque era el único hombre casi todas sabían. Pero toda esa gente se fue y ahora hay gente nueva que no sabe.

E: ¿En qué trabajas tú?
JP: Yo soy garzón. Soy el único garzón. Las demás son garzonas y gente de la cocina y son todas mujeres.

E: Y ¿alguien más se ha dado cuenta, te han molestado o se han insinuado?
JP: Sí, algunos clientes. Algunos clientes que yo los encuentro

más tiernos, o me agradan, me atraen y de alguna forma se los demuestro y no me doy cuenta y ellos me lo han dicho.

JP: En el 86 tuve una enfermedad venérea que fue gonorrea, si no me equivoco, que fue por una callejera, una prostituta que me metí por..., por cosas que te pasan a ti en la vida y..., y tuve una enfermedad, felizmente salí de eso y fue la única enfermedad que tuve. Salí de eso sin ningún problema.

E: ¿Por qué te metiste con ella si no te gustan las mujeres, según tú me dices?

JP: Fue por compromiso. Yo andaba con un patrón que tenía en ese tiempo en un trabajo y con él salimos y estuvimos en un cabaret […] éramos como cinco. Él, mi patrón, y tres compañeros de trabajo más y yo. Andábamos cinco en total y teníamos que… bueno, tenía que funcionar como hombre, porque yo en todos mis trabajos me he dado como hombre. Entonces tenía que meterme con ella y estábamos todos en una pieza y yo no podía dejar de…, dejar feo a mis compañeros y me di la idea y tuve que hacerlo y lo hice. Además, no es tan difícil que digamos, porque al final es placer.

E: ¿Te costó mucho excitarte?

JP: No, porque veía a mis compañeros que estaban al lado mío y no me costó mucho.

E: ¿Te excitabas viendo a tus compañeros?

JP: Sí, siempre he usado eso.

Existen otros casos de hombres homosexuales, que se desempeñan como peluqueros o estilistas, lo cual favorece tener una actitud más abierta en sus relaciones laborales. Sin embargo, igual se enfrentan a situaciones de aparentar socialmente frente a su familia y también conciben su forma de ser como problemática, por lo cual se plantean la necesidad de actuar, en palabras de ellos, "más seriamente". Un ejemplo de esto lo relata Eduardo:

Edo: Referente al contacto con las mujeres..., mira, de repente, por las presiones sociales justamente uno se ve obligado, por

darle el gusto a la mamá y al papá, a tener una pololita o algo, y una de las maneras de que las niñitas salieran arrancando, era justamente esa, tratar de acostarme con ellas, cosa que nunca sucedió. Por lo demás, porque eran todas como niñitas bien, se hacían todas las cartuchas y arrancaban. Así que no tuve mayores..., no me vi en el aprieto de tener que acostarme con una de ellas y realmente nunca pasó. Y respecto a lo social, después de lo típico, de las burlas de algunas personas […] por razones obvias fui adquiriendo un comportamiento un poco más serio. Pero no traté de esconderme nunca. Siempre estuve consciente de que la gente se enterara de mi problema y bueno, el que me aceptaba me aceptaba y, él que no, al diablo no más. Y, después, con este trabajo que realizo yo, se da por descontado que ya antes de conocerme la gente se imagina lo que soy.

Edo: En cuanto a lo social, por mi trabajo, siempre en mi trabajo he sido muy bien mirado dentro de los diferentes niveles sociales, culturales tal vez también, y no he tenido mayores problemas, que indudablemente todo el mundo sabe que soy homosexual. Lógico que dentro de eso hay que mantener ciertos parámetros de seriedad y, que sé yo, limitaciones por supuesto. Indudable, porque no porque uno sea como es va a arrancarse con los tarros en todas partes.

E: ¿A qué te refieres? Quiero que me lo expliques.

Edo: Limitaciones, por ejemplo, incluyen el respeto social. O sea, llegar a una casa donde puede haber gente que te resulte muy atractiva pero que no están interesadas en el… en la vida sexual de uno. Entonces bueno, uno tiene que retraerse no más. Respetar un poco a la gente no más, que no tiene interés en compartir la cama con uno. Pasa que a muchos homosexuales les cuesta.

En el caso de los travestis, sus relaciones laborales están mediatizadas por su condición de andar travestidos y ejercer el trabajo sexual, por lo cual no se manifiesta ninguna necesidad de guardar las apariencias. De todos modos, en el desarrollo de su vida sexual, el involucramiento sexual con mujeres en algún momento

puede haber cobrado cierta relevancia, para aparentar frente a otros. Así lo relata Alondra:

A: No, hace mucho tiempo desde que, desde que yo tengo mi pareja que es Cristian, desde entonces nunca tuve una pareja mujer, porque como te dije antes, ya estoy como definido. Yo ya sé lo que quiero y sé adonde voy. Antes tenía parejas mujeres por tapar, por apariencia, por no quedar de maricón, por decírtelo así. Pero ya no. O sea, yo ya me asumí y estoy conforme con lo que soy.

En el caso de los hombres bisexuales entrevistados, las relaciones sexuales con mujeres sólo fortalecen su imagen social. Para ellos, desde el punto de vista de las relaciones sociales, lo importante es no ser identificados como homosexuales. Por ejemplo, Mauricio, señala:

M: No; si tuviera que elegir dentro de una pareja gay, me gustaría que tuviera las mismas características mías, o sea que no se le note que él es gay. Que pueda estar en cualquier parte sin que nadie se dé cuenta de que es gay. Yo creo que el gay es gay y va a morir siendo gay, pero no por eso la gente tiene que saber que es gay.

Y por su parte, Gonzalo Rodrigo (19 años), al referirse a los travestis relata:

GR: Bueno, en su sistema de vida, los travestis trabajan siempre de noche. Generalmente ejercen la prostitución o hacen show, porque son rechazados por todas partes. La idea que son... tú no puedes salir a la calle con uno de ellos o presentarlo a gente que no es del ambiente porque si no saben que eres homosexual, se van a dar cuenta al tiro de que eres, debido a que andas con un travesti.

Otro aspecto que hemos considerado relevante en el ámbito de las relaciones sociales y que puede favorecer el fortalecimiento de

la identidad sexual de los HSH, es lo que Cáceres (1995) ha definido como "participación en subculturas homosexuales". Aquí nos referimos a que el hecho de participar activamente dentro de grupos de personas con la misma orientación sexual posiblemente permitiría desarrollar una visión del mundo alternativa, que conlleva maneras diferentes de socialización, la posible gestión de redes sociales, potencia la autoidentificación sexual a partir de la comprensión y valoración de las diversas prácticas sexuales e incluso podría llevar a reaccionar políticamente contra la norma sexual hegemónica.

Ahora bien, en el caso de los entrevistados encontramos un cierto desarraigo de estos grupos, debido al doble estándar en que se desenvuelve su vida cotidiana. Más allá del deseo de toda persona de resguardar su vida privada, los mensajes que comunican en su vida pública no tienen correspondencia con su vida privada. Por lo menos los hombres homosexuales y los bisexuales pretenden aparentar roles y estilos tradicionales de la vida masculina, y dejan para lo privado u ocultan todas aquellas manifestaciones que ellos consideran que permitiría identificarlos como HSH. Lo común que encontramos en los entrevistados es que la participación en grupos de HSH se da en espacios de diversiones, de contactos sexuales o de trabajo sexual. En estos espacios el sentido de pertenencia es situacional, momentáneo o por conveniencia, y no se logra constituir un espacio de unión que fortalezca un mayor desarrollo como grupo y potencie la evolución de una subcultura particular. Así, por ejemplo, al referirse a la relación con sus amigos, Juan Pablo relata:

JP: Yo tengo dos grupos de amistades o tres grupos, no sé. Lo que pasa por ejemplo, donde yo vivo es una población, entonces tú tienes varios grupos donde juntarte... tener amigos. Por ejemplo, yo tengo un grupo de amigos que son todos hetero, son bien machitos p'a sus cosas y toda la onda. Ellos me aceptan y saben cómo soy yo, pero no le dan importancia. No me tratan como yo soy sino como una persona más de ellos. Tengo otros amigos que son gay, que viven cerca mío, salgo con ellos y nos divertimos, vamos a las discos gay y…, en lo sexual no, por ejemplo, de repente igual te convence alguno de tus amigos e igual tienes algo. Eso es mediante, lo que pase durante la noche, todo es posible.

E: ¿Cómo identificas tú a tus amigos? Yo me recuerdo de haberte visto con grupos de distintas personas. Me gustaría que tú me dijeras ¿cómo los clasificas a ellos?

JP: Mira, en realidad yo no me puedo definir como ellos, porque ellos son transformistas. A ellos les gusta lo que hacen y todo eso. Yo no, yo no podría hacerlo porque no va conmigo, no me gusta ser transformista ni travesti tampoco. Ser gay y que se me note tampoco. Me gusta ser como yo nací, ser hombre y que las mismas personas se den cuenta. Ahora mis amigos casi todos son iguales. Son todos hombres. Entonces me defino como ellos. Soy hombre y... yo, por ejemplo, siempre he dicho algo "yo puedo ser bien gay pero en la cama y en la calle, no".

Finalmente, comenzamos a indagar sobre la propia autoimagen sexual de los entrevistados. En primer lugar, analizamos lo que Cáceres (1995) define como "complacencia sexual con la norma sexo/género". Esto está relacionado con el hecho de que, independientemente del sexo de su compañero, los sujetos actúan sexualmente "como hombres". Particularmente, está referido a las concepciones de "activo" y "pasivo" con que usualmente los HSH se refieren a su rol en el acto sexual. En cuanto a la autoimagen sexual, proponemos que el ser activo no dañaría su imagen pública como hombre.

Dentro de esta línea de análisis encontramos relatos sólo de hombres homosexuales o bisexuales. El relato de Guillete es muy explícito, ya que incluso vincula su rol de activo al interés que tiene por relacionarse sexualmente con una mujer:

G: Yo pienso que me siguen gustando más los hombres, pero con esta amiga me siento bien, la paso bien con ella. Conversamos harto. Por supuesto ella no sabe lo mío.

E: ¿Te atrae sexualmente? ¿Realmente te atrae sexualmente? Sé honesto.

G: Yo creo que sí…, sí me, atrae, sexualmente me atrae. Porque a mí me gusta más el papel de activo, aunque no se note, pero me gusta más hacer el papel de activo. Me gusta penetrar, y con ella me siento bien... sexualmente me siento bien.

E: Y respecto a los hombres, todos estos últimos años, ¿cómo ha sido tu vivencia sexual con los hombres y qué piensas respecto de eso?

G: Bueno, mi experiencia con los hombres estos últimos años no ha sido muy... muy próspera ni muy fructífera. O sea, me refiero a que no he tenido muchas relaciones con hombres desde que me salí del ambiente […] trabajé en la calle un tiempo […] ahí tenía relaciones con hombres..., sí..., mayoritariamente con hombres, pero la gran mayoría de esas personas eran pasivos. Les gustaba que yo hiciera el papel de activo y ahí me empezó a gustar esto de hacer el papel de activo, porque nunca lo había hecho y lo encontré una experiencia nueva, buena, me sentía bien. Y dejaba conforme a la otra persona y yo me sentía bien. Y en este tiempo, después que me salí de esta cosa han sido pocas las experiencias sexuales que he tenido con hombres. Contadas con la palma de mi mano. Son pocas y […] las experiencias que he tenido fue con mi última pareja en marzo eran relaciones "modernas". Él me penetraba y yo lo penetraba. Era una cosa en conjunto. O sea, yo lo satisfacía y el me satisfacía a mí. Yo me sentía bien con él y él se sentía bien conmigo.

En el caso de los bisexuales entrevistados, desempeñar el papel pasivo en la relación sexual puede significar la posibilidad de dejar de ser hombre y pasar a "convertirse" en gay.

GR: Me gusta más un papel en lo sexual. Me gusta más de activo […] cuando alguien me ha gustado sí... igual he pasado el poto. O sea, como cualquier persona gay, porque creo que el que no ha pasado el poto no es gay.

E: ¿Qué papel te gusta más hacer, activo, pasivo o todo? Dime qué es lo que más te gusta.

GR: Me gusta más hacer de activo en la cama. Igual, a veces siento deseos de hacerle sexo oral a alguien, de que me penetren pero…, me da cierto miedo. Todavía tengo como cierto pudor de que me penetren. O sea, no sé. No me gusta mucho, lo he tratado de hacer y cuando lo he tratado me ha dolido. Y me traumo y ahí mantengo como los meollos

de la sociedad, que te ha ido implicando el hecho de que te penetren como que dejas de ser hombre ¿me entendí?.

Este mismo hecho lo corrobora Alejandro Andrés (27 años), quien señala que las veces que ha sido pasivo ha sido en estado de ebriedad:

AA: Lo que yo... me sentía mal porque yo soy un hombre. Pero cuando me estaban penetrando ya..., realmente cuando fui pasivo siempre tenía que ser curao, en estado de ebriedad. Pero lúcido en el momento, lúcido así en la cama, no. No puedo.

Otro aspecto que nos pareció importante abordar en las historias de vida, fue su propia percepción respecto de su conducta dentro del *continum* convencional de masculino-femenino. Dentro de este debate interno, los travestis no se ven mayormente cuestionados, pues ellos se ven a sí mismos más cerca del polo femenino. Sin embargo, entre los hombres homosexuales y bisexuales esta contradicción existe y se da de diversas formas. Por ejemplo, en el caso de los homosexuales existen casos transicionales, donde a partir del transcurso de la vida se transita desde lo femenino hacia lo masculino, reconociendo la influencia de las normas que exige la sociedad. Es el caso que relata Juan Pablo:

JP: En cuanto a mi perspectiva, sí. He cambiado harto.

E: ¿Como qué cambios?

JP: Por ejemplo, entre mi infancia y mi adolescencia fui demasiado..., demasiado mujer, por decirlo de alguna manera. O sea, me gustaban mucho las cosas de las mujeres y hacía muchas cosas de lo que hacían ellas. Después, entre la adolescencia y la adultez, pasé a ser más hombre, por decirlo de otra manera. Porque en todo caso la vida social que uno lleva, la gente que a uno lo rodea, uno no puede ser tan mujer y tiene que ser más hombre. Pero no así en cuanto a lo que yo siento.

Los procesos de autoidentificación sexual se pueden analizar también a partir del discurso respecto de las amistades o las parejas sexuales. Aquí los relatos son diversos respecto de las múltiples maneras de identificar sexualmente a los otros. Juan Pablo indica:

JP: No solamente... nunca he mantenido relaciones con gay ni travestis porque no, no van conmigo y siempre con heterosexuales que para mí al parecer sean hombres.

E: ¿Con bisexuales?
JP: No que sean hombres no bisexuales.

E: ¿Has tenido sexo en grupo?
JP: Sí.

E: ¿Con cuántas personas?
JP: Con tres más. O sea, cuatro personas. Todos relaciones con todos. Yo he estado con tres que son hombres […] al menos en ese momento eran hombres porque entre ellos no pasaba nada.

Todo este proceso de construcción de la identidad sexual de los HSH que hemos analizado desde distintos ángulos, nos demuestra las dificultades con que los entrevistados cotidianamente se enfrentan para poder desarrollar su vida sexual en forma plena. El camino para una autoidentificación sexual positiva se ve coartado desde distintos ángulos. El escaso apoyo de la familia o del contexto social donde se desarrollan sus vidas, sus constantes cuestionamientos respecto de la forma de ser propia o de sus pares, las necesidades económicas que determinan el tener sexo con otros hombres, son sólo algunos de los señalamientos que en sus relatos muestran las dificultades que conlleva el hecho de estar inclinados eróticamente hacia su mismo sexo. Mayores aún son las dificultades para obtener una autoimagen sexual de sí mismos que facilite la asunción positiva de sus prácticas sexuales y la protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Si bien se pueden identificar algunas diferencias en la apreciación de la autoimagen en los distintos grupos entrevistados, existe

un sustrato común que revela los conflictos con los que estos hombres deben lidiar para llevar adelante su vida. Este sustrato está enraizado en la crítica social a sus prácticas, por el hecho de vivir en una sociedad que reprueba el homoerotismo como una alternativa de vida sexual. Esto queda demostrado cuando nos detenemos a analizar sus discursos respecto de su propia autoimagen sexual.

El polo masculino-femenino es el eje que se exige como referencia para autoidentificarse, ya sea que algunos lo hagan con un sentimiento más positivo y otros desde la autocrítica. Pero esta clásica referencia es la única que nuestra sociedad ofrece para identificarse sexualmente. Así lo demuestra Carlos Felipe, quien si bien se autoidentifica como homosexual, se siente obligado a verse como hombre:

CF: No, yo me defino como un homosexual pero... más hombre que mujer. Porque hay homosexuales que son más mujeres que hombres y..., yo soy homosexual, acepto mi condición, pero soy más hombre p'a mis cosas. En el momento de actuar, de hacer el acto sexual, soy hombre. Prefiero ser hombre.

En el caso de los hombres bisexuales, el conflicto que se vive para poder desarrollar sus procesos de autoidentificación sexual aparece más ligado a un sentimiento de culpa, a sensaciones desagradables y también a la explicación recurrente de haberse visto obligados a tener sexo con hombres por necesidades económicas. Por ejemplo, a Tomás la necesidad y la culpa lo remiten a un discurso confuso:

E: Por ejemplo, en alguna ocasión con un amigo que haya sido de tu misma onda y que de repente se hayan calentado y hayan terminado teniendo relaciones, ¿no te ha pasado?
T: No. No, tampoco me gustaría, porque si lo considero amigo es amigo. Incluso yo creo que hasta lo golpearía igual.

E: Y ¿por qué lo golpearías?
T: Porque me daría rabia. Porque, ¡puta! yo lo hago por necesidad no porque soy gay, ¿entiendes? Me daría rabia.

T: Bueno, como te expliqué recién y te vuelvo a insistir, lamentablemente se hace por necesidad […] tengo que considerarme que soy bisexual, no me queda otra. Al momento de tener relación con un gay no más, ya eres bisexual.

E: ¿Eres bisexual? ¿Te consideras bisexual?
T: No. Me considero hombre. Pero como en la entrevista que me estás haciendo tú me estás preguntando, lo que pienso te lo estoy diciendo. Me considero hombre, pero lamentablemente me metí a la vida del bisexual…, pero yo me considero hombre.

En el caso de Alondra (travesti), la autoidentificación sexual tampoco es algo sencillo. La diferencia con los otros hombres entrevistados es que aquí se expresa más abiertamente el dilema de ser "más hombre" o "más mujer":

A: Mira, yo te diría que no sé. Yo, en ese sentido, soy como... no sé […] ahora que estoy conversando contigo me siento como... como hombre. O sea, me veí de acuerdo a la apariencia que tengo. Pero si me tengo que pintar, ponerme peluca, mis bucaneras yo soy mina-mina. Me veí haciendo show en el escenario y yo me creo el cuento de que soy mujer. Ahora, en la cama, te diría que no sé. Si me toca un activo, no sé, de repente me hago la mujer en la cama. Pero ya... si me toca un pasivo, hago de hombre-hombre. Se me olvida que soy mina.

E: Pero como persona ¿tú, cómo te sientes?
A: Qué difícil tu pregunta. ¿Cómo me siento como persona? No sé... yo como persona me siento... mira, digámoslo así, conforme conmigo mismo. Me gusta como yo soy.

E: ¿Cómo te definirías, en qué plano, con qué concepto que se vea cercano?
A: A ver, en qué concepto... no sé, es feo que yo lo diga pero yo me estaría definiendo en estos momentos como puto, mostacero, porque es lo que yo hago, cachaí.

E: Y ¿como persona, cotidianamente?
A: Como persona, de acuerdo a los conceptos que vimos..., no sé, creo que me consideraría como..., es que es difícil. A ver...

E: En un eje de lo masculino a lo femenino, ¿cómo te definirías?
A: Es que esto es como tener dos personalidades. […] yo no me podría definir como travesti o gay, porque estoy ahí entre los dos.

Hemos dejado para el final dos relatos significativos, para reforzar lo planteado a lo largo del capítulo. Por una parte, el relato de Gonzalo Rodrigo (incluido en la muestra como bisexual), nos relata lo positivo que sería vivir la vida si no existieran las exigencias de definirse o clasificarse sexualmente:

GR: Mira, creo que no, porque en sí, biológicamente, me siento hombre. No porque me acuesto con un hombre dejo de serlo. O sea, yo soy hombre. Pero no en el sentido de hombre tradicional, del que no llora, del que es fuerte, del que es duro, no! Yo no me considero hombre-macho. P'a mí hay una diferencia, porque creo que hombre nos abarca a mujeres y hombres. Somos todos hombres... en sí el género, pero el típico macho no soy.

E: O sea ¿te refieres a seres humanos?
GR: A seres humanos. Yo me considero humano, me cargan los géneros. Creo que las clasificaciones sexuales te las ha dado la sociedad p'a poder encuadrarte dentro de un grupo. O sea, a mí no me interesa relacionarme con sexos. Yo me relaciono con personas primero que puede ser hombre […] puede ser macho o hembra y si me gusta, me llama la atención y hay química, yo no tengo ningún problema en relacionarme con él, sea como amistad o sea sexualmente.

Por último, el relato de Juan Pablo, homosexual, nos remite a los conflictos que hemos analizado detalladamente en este capítulo y con los cuales los HSH deben convivir para poder desenvol-

ver su vida sexual. Es la expresión clara de sus mundos, sus conflictos y el rechazo a que se ven sometidos, lo que los obliga a vivir sus vidas clandestinamente y a no expresar en forma abierta sus deseos y estilos de vida:

JP: Te explico. Ser homosexual implica muchas cosas. Ser homosexual ahora, ser latino homosexual, para mí, hay mucha diferencia. Porque el latino homosexual tiene mucha represión. El latino..., no el europeo. Porque el europeo homosexual es totalmente liberal; el latino, no, sufre mucho por ser latino. Porque se supone que el latino es macho... macho, o sea de leyenda, de mito y todo lo que tú quieras. Ahora, yo digo que el homosexual latino es más conservado, es más discreto. Siempre funciona debajo..., debajo de ciertas capas. Se cubre..., y ése soy yo. O sea, yo me defino como ése. Yo me tapo de varias capas cuando soy homosexual, homosexual directo, pasivo, activo o como tú lo quieras, lo soy en una alcoba, en una cama por decírtelo más franco y ahí desenrollo realmente mi sexo. Pero en la calle no. En la calle soy totalmente lo que soy. Soy hombre y me relaciono con todos como hombre, converso como todos y más nada.
Yo en una etapa fui demasiado..., demasiado "loca". Demasiado gay..., demasiado homosexual. Me encantaba usar ropa de mujer. Me encantaba, era demasiado mujer, demasiado femenino en mis toques, en mis gracias, en todo lo que yo... caminar, andar, qué sé yo... todo. Era demasiado mujer. Pero me pasó que me daba cuenta que los amigos, las personas que frecuentaba, como que te miraban, bajaban la cabeza y prácticamente nadie te quería saludar.

CONCLUSIONES

Consideramos que el estudio permite describir de qué manera se da la aceptación del riesgo VIH/sida en el contexto sociocultural de los HSH que formaron parte de este estudio.

En términos generales y de acuerdo con nuestra hipótesis de trabajo, podemos señalar que se ha intentado demostrar la compleja relación que existe entre su orientación sexual y sus prácticas sexuales con la adscripción de una identidad sexual específica.

Creemos que este proceso les impide aceptar el riesgo del sida conscientemente y asumir una conducta preventiva correcta.

Esta afirmación se apoya en los hallazgos descriptos en los diferentes capítulos, los que podemos resumir de la siguiente manera.

1. El riesgo del sida ocupa el lugar más relevante en sus concepciones de los riesgos que asumen cotidianamente. Lo más interesante se desprendió del análisis de las definiciones y los conocimientos particulares que tenían de la epidemia. Se pudo corroborar que la información que manejan los HSH que estudiamos, es compatible con los mensajes que han sido parte de las campañas oficiales de prevención de los últimos años, pero lógicamente existe un nivel de reinterpretación de estos mensajes. Esta reinterpretación ocurre en el marco de las creencias y prácticas particulares del contexto sociocultural de estos hombres y que, en algunos aspectos, no se alejan mucho de las reinterpretaciones que se realizan en otros sectores de nuestra población.

2. El sida es caracterizado como "catastrófico" (enfermedad incurable y mortal) y la mayoría de los entrevistados reconoce que la fórmula más eficaz de prevención reside en el uso del preservativo y en la pareja estable. Sin embargo, el uso del condón prevalece sólo en el discurso ya que es una práctica poco consistente.

3. El análisis de sus creencias respecto de la prevención aporta información que puede ser relevante para las políticas y programas de prevención. Encontramos la creencia generalizada de que evitar el contacto con el "semen" es un mecanismo de prevención eficaz. Estas creencias, que son muy significativas en sus discursos, si bien "técnicamente" presentan alguna posibilidad de prevención, demuestran que este grupo con prácticas sexuales particulares no ha incorporado un discurso preventivo respecto del sida que esté dirigido esencialmente a ellos, discurso que, a no ser por contadas excepciones en intervenciones muy focalizadas, de hecho no existe.
   Consideramos que cualquier programa de prevención del sida dirigido a HSH de clase baja, debe tener en cuenta las características particulares de sus prácticas y del erotismo masculino y

debería considerar con mucha atención sus creencias para incorporarlas dentro de los mensajes que se pretende transmitir. Pensamos que de esta forma la audiencia de los HSH de clase baja sería tomada en cuenta desde su propia realidad y, por lo tanto, los mensajes preventivos tendrían un mejor impacto.

4. Los mensajes preventivos que tradicionalmente utilizan las campañas oficiales asumen la existencia de tres identidades sexuales posibles: homosexual, bisexual y heterosexual. Hemos intentado mostrar que estas categorías no son significativas para los HSH de clase baja, quienes tienden a autodefinirse sexualmente en otros términos (por ejemplo, el rango que va desde el "ser macho"/hombre/mujer/loca).

5. El estudio ilustra que el hecho de que un hombre esté homoeróticamente inclinado no constituye necesariamente una identidad homosexual o bisexual.

Finalmente, esperamos que estos hallazgos sean de utilidad para el diseño de mensajes dirigidos a los hombres que tengan en cuenta la diversidad de prácticas, creencias y estilos de vida existentes. Para ello será necesario un cambio de mentalidad por parte de los planificadores de programas de prevención de sida y una creciente conciencia respecto de la necesidad de seguir profundizando sobre esta problemática.

Anexos

ANEXO 1
Free List. Temática "Riesgos"[21]

LISTADO DE FRECUENCIAS
TOTAL DE ENTREVISTADOS

Entrevistados: 73

	Item	Frecuencia	% entrevistados
1	Sida	68	93
2	Gonorrea	44	60
3	Sífilis	42	58
4	Asalto	36	49
5	Atropellado por vehículo	32	44
6	Ladillas	22	30
7	Cáncer	20	27
8	Asesinato	18	25
9	Violación	17	23
10	Agresión	10	14
11	Accidente automovilístico	9	12
12	Ser golpeado	8	11
13	Herpes	7	10
14	Caer preso	6	8
15	Robo	6	8
16	Virus ganta	6	8
17	Paro cardíaco	6	8
18	Enfermedades venéreas	6	8
19	Peleas	5	7
20	Chancro	5	7

21. La pregunta fue formulada de la siguiente manera: "¿Qué riesgos crees que puedes correr en tu vida?".

LISTADO DE FRECUENCIAS
MUESTRA HOMOSEXUALES

Entrevistados: 34

	Ítem	Frecuencia	% entrevistados
1	Sida	31	91
2	Asalto	21	62
3	Sífilis	20	59
4	Gonorrea	18	53
5	Atropellado por vehiculo	12	35
6	Violación	11	32
7	Cáncer	10	29
8	Asesinato	9	26
9	Ladillas	8	24
10	Accidente automovilístico	8	24
11	Agresion	6	18
12	Virus hanta	5	15
13	Paro cardíaco	5	15
14	Enfermedades venéreas	4	12
15	Ser golpeado	3	9
16	Enfermedad cardíaca	3	9
17	Herpes	3	9
18	Chancro	3	9
19	Accidentes	3	9
20	Trombosis	2	6

LISTADO DE FRECUENCIAS
MUESTRA BISEXUALES

Entrevistados: 22

	Item	Frecuencia	% Entrevistados
1	Sida	22	100
2	Gonorrea	15	68
3	Atropellado por vehículo	14	64
4	Sífilis	10	45
5	Ladillas	9	41
6	Asesinato	8	36
7	Asalto	8	36
8	Cáncer	6	27
9	Caer preso	5	23
10	Contagio	4	18
11	Ser golpeado	4	18
12	Cogoteo*	3	14
13	Sarna	2	9
14	Peleas	2	9
15	Ser apuñalado	2	9
16	Drogadicción	2	9
17	Infeccion urinaria	2	9
18	Violación	2	9
19	Herpes	2	9
20	Violencia Intrafamiliar	1	5

* Término que refiere a un asalto con cuchillo, el cual se apunta hacia el cuello.

LISTADO DE FRECUENCIAS
MUESTRA TRAVESTIS

Entrevistados: 17

	Ítem	Frecuencia	% entrevistados
1	Sida	15	88
2	Sífilis	12	71
3	Gonorrea	11	65
4	Asalto	7	41
5	Ser atropellado por vehículo	6	35
6	Ladillas	5	29
7	Cáncer	4	24
8	Agresión	4	24
9	Violación	4	24
10	Robo	3	18
11	Condilomas	3	18
12	Cogoteo	2	12
13	Herpes	2	12
14	Marcación*	2	12
15	Que esté con un hombre y me mate	2	12
16	Que te obliguen a prostituirte	1	6
17	Que te obliguen a consumir drogas	1	6
18	Chancro	1	6
19	Otras enfermedades	1	6
20	Ser golpeado	1	6

* Término que refiere a atacar a alguien realizándole un corte con un cuchillo.

ANEXO 2
Free List Temática "Identidades de HSH"[22]

Listado de frecuencias
Total de entrevistados

Entrevistados: 73

	Ítem	frecuencia	% entrevistados
1	Travesti	60	82
2	Maricón	58	79
3	Homosexual	54	74
4	Gay	49	67
5	Bisexual	42	58
6	Hueco	25	34
7	Cola	24	33
8	Cafiche	22	30
9	Loca	15-	21
10	Caballo	14	19
11	Mostacero	13	18
12	Puto	12	16
13	Fleto	11	15
14	Transformista	10	14
15	Transexual	9	12
16	Heterosexual	9	12
17	Prostituto	7	10
18	Masoquista	5	7
19	Colipato	4	5
20	Nuco	4	5
21	Coliza	3	4
22	Moderno	3	4
23	Maraco	3	4
24	Mariposón	2	3
25	Sadomasoquista	2	3
26	Lunático	2	3
27	Entendido	2	3

22. La pregunta fue formulada de la siguiente manera: "¿Qué términos o nombres conoces para identificar a hombres que tienen sexo con hombres?".

LISTADO DE FRECUENCIAS
MUESTRA HOMOSEXUALES

Entrevistados: 34

	Ítem	Frecuencia	% entrevistados
1	Maricón	28	82
2	Travesti	26	76
3	Homosexual	26	76
4	Bisexual	21	62
5	Gay	19	56
6	Cafiche	14	41
7	Hueco	13	38
8	Cola	10	29
9	Loca	7	21
10	Mostacero	7	21
11	Fleto	7	21
12	Puto	7	21
13	Transformista	6	18
14	Caballo	5	15
15	Transexual	5	15
16	Prostituto	4	12
17	Heterosexual	3	9
18	Nuco	3	9
19	Mariposón	2	6
20	Entendido	2	6
21	Maraco	2	6

Listado de frecuencias
Muestra bisexuales

Entrevistados: 22

	Ítem	Frecuencia	% entrevistados
1	Maricón	20	91
2	Travesti	19	86
3	Gay	17	77
4	Homosexual	15	68
5	Bisexual	14	64
6	Cola	7	32
7	Hueco	7	32
8	Cafiche	5	23
9	Masoquista	5	23
10	Puto	4	18
11	Caballo	4	18
12	Heterosexual	4	18
13	Loca	4	18
14	Mostacero	3	14
15	Moderno	3	14
16	Prostituto	2	9
17	Transformista	2	9
18	Transexual	2	9

Muestra travestis

Entrevistados: 17

	Ítem	Frecuencia	% Entrevistados
1	Travesti	15	88
2	Gay	13	76
3	Homosexual	13	76
4	Maricón	10	59
5	Cola	7	41
6	Bisexual	7	41
7	Caballo	5	29
8	Hueco	5	29
9	Loca	4	24
10	Mostacero	3	18
11	Cafiche	3	18
12	Fleto	3	18
13	Lunático	2	12
14	Transexual	2	12
15	Transformista	2	12
16	Heterosexual	2	12
17	Colipato	2	12

BIBLIOGRAFÍA

Badinter, E.: *XY, la identidad masculina*, Norma, Bogotá, 1993.

Boswell, J.: "Hacia un enfoque amplio. Revoluciones universales y categorías relativas a la sexualidad", en Steiner, G. y Boyers, R. (compils.), *Homosexualidad: literatura y política*, Alianza Editorial, Madrid, 1982.

Cáceres, C.: "New Representations of Male Bisexuality in Latin America and the Prevention of AIDS", mímeo, 1995, traducción personal.

CONASIDA/MINSAL: *Caracterización epidemiológica del VIH/SIDA en Chile*, CONASIDA, Santiago, 1997.

CONASIDA: *Boletín epidemiológico trimestral*, Serie Documentos CONASIDA Nº 4, Ministerio de Salud, Santiago, 1998.

Douglas, M.: *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, Paidos, Barcelona, 1996.

Freire Costa, J.: "A Inocencia e o Vício. Estudos sobre o Homoerotismo", Relume-Dumará, Río de Janeiro, 1992.

Guajardo, G.: "Evaluaciones cualitativas, VIH/SIDA y homosexualidades en Santiago", ponencia presentada en Primer Seminario sobre Sexualidad y Homosexualidad: Por el Derecho a la Diferencia, Centro de Estudios de la Sexualidad/MOVILH, Santiago, 1997.

Parker, R.: "Sexual Cultures, HIV Transmission, and AIDS Prevention", en *AIDS*, vol. 8 (supl. 1), S309-S314, 1994.

Perlongher, N.: "Avatares de los muchachos de la noche", en *Nuestra época sexual, lo público de lo privado*, Nueva Sociedad, Nº 109, Caracas, 1990, págs. 124-134.

Pollak, M.: "La homosexualidad masculina o la felicidad en el ghetto?", en Paidos Studio, *Sexualidades occidentales*, Paidos, Buenos Aires,1982.

Pravaz, N.: *Contested Meanings of the Notion of Risk: The Problem of AIDS Prevention*, Trabajo de tesis para obtener el grado de MSocSc., Graduate Programme in Social Anthropology, York University, North York, Ontario, 1995.

Simon, M. y Gagnon, J.: "Sexual Scripts", en *Society*, Nº 22, 1984, págs. 53-60.

Weller, S. C. y Romney, A. K.: "Systematic Data Collection", en *Qualitative Research Methods,* vol. 10, Sage Publications, Newbury Park, 1990.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Borgatti, S. P.: "Anthropac 4.0. User's Guide", Natick, MA, Analytic Technologies, 1996(a).

"Anthropac 4.0. Methods Guide", Natick, MA, Analytic Technologies, 1996(b).

"Anthropac 4.0. Reference Manual". Natick, MA: Analytic Technologies, 1996(c).

De Miguel, J.: *Auto/biografías*, Colección Cuadernos Metodológicos, Nº 17, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 1996.

Department of International Health, The Johns Hopkins University. School of Hygiene and Public Health, *Manual for Anthropac Exercises*, Microcomputer Applications in Qualitative Research 223.673, School of Hygiene and Public Health, 1991-1992.

Impreso en octubre de 2000 en Talleres Gráficos Leograf SRL
Rucci 408, Valentín Alsina, Argentina

Impreso en octubre de 2000 en Talleres Gráficos Leograf SRL
Rucci 408, Valentín Alsina, Argentina

Impreso en julio de 2000 en Talleres Gráficos Leograf SRL
Rucci 408, Valentín Alsina, Argentina