

La violencia sexual como limitante en la percepción y gestión de riesgo frente al VIH en mujeres parejas de migrantes¹

Yesica Yolanda Rangel Flores²

Objetivo: analizar la influencia que la violencia sexual tiene en la percepción y gestión del riesgo frente al VIH en mujeres parejas de migrantes. Métodos: estudio con enfoque etnográfico, en comunidades urbanas y rurales. Los datos fueron obtenidos por triangulación de métodos, observación participante y no participante, así como entrevistas. Las informantes fueron 21 mujeres parejas de migrantes internacionales. Las entrevistas se transcribieron y se aplicó sobre ellas análisis de discurso. Resultados: de los discursos emergieron tres categorías para problematizar la influencia de la violencia sexual en la percepción y la gestión del riesgo frente al VIH: "Caracterización de las prácticas sexuales en el marco de la migración", "Experiencias de violencia sexual" y "Construcción del riesgo de VIH-sida". Conclusión: las mujeres tienen dificultad para reconocer los actos de violencia sexual en sus cotidianidades y sus percepciones respecto al riesgo no son determinantes en la gestión que respecto a la amenaza asumen. Resulta urgente que enfermería problematice la violencia sexual al interior de las "parejas estables", como desafío en la promoción de estilos de vida saludables.

Descriptores: Violencia Sexual; Mujeres; Migración; VIH; Sida; Riesgo.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Mujeres de migrantes potosinas, sobre sus experiencias en la construcción del riesgo de VIH y sida", presentada en El Colegio de San Luis A.C., San Luis Potosí, SLP, México.

² PhD, Profesor Doctor, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, SLP, Mexico.

Cómo citar este artículo

Rangel Flores YY. Sexual violence as a limiting factor on the perception and management of the risk of HIV in women married to migrants. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2782. [Access

mes	día	año

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1141.2782>.

URL

Introducción

La violencia es un problema de salud pública, puesto que de ella derivan daños físicos, psicológicos y sociales; muerte prematura evitable y deterioro de la calidad de la vida en poco más de la mitad de la población mundial⁽¹⁾, de manera específica, la violencia sexual se asocia con una mayor predisposición para la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mujeres⁽²⁾.

La violencia sexual se constituye en una de las formas de violencia más difíciles de prevenir, identificar y atender por enfermería en el ámbito de la salud pública, toda vez, que en el contexto de América Latina prevalecen marcos culturales en los que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son violados de manera recurrente, ya sea mediante las exigencias de procrear los hijos que sus parejas consideren necesarios, o bien, obligándoles a acceder a encuentros sexuales en las condiciones que sus parejas determinen, aun cuando ello represente un riesgo para su salud o su vida⁽³⁾.

Resulta necesario por otra parte, reflexionar sobre los discursos que rodearon al VIH en sus inicios y que asociaron su contagio con prácticas de homosexualidad y sexo servicio; provocando, que entre las mujeres heterosexuales y monógamas (también llamadas "amas de casa") prevaleciera un imaginario que desestimaba la probabilidad de resultar infectadas⁽⁴⁾. Si bien, en la última década se han realizado esfuerzos por favorecer el desarrollo de consciencia en estas mujeres respecto a su riesgo frente al VIH, el manejo histórico que se ha dado a la enfermedad, continúa siendo un obstáculo para la percepción de su riesgo.

En este contexto, vale la pena reflexionar sobre la situación que guardan grupos particularmente vulnerables, como es el de aquellas mujeres que comparten sexualmente con varones migrantes internacionales y cuyas parejas han sido históricamente asociadas con el riesgo de VIH⁽⁵⁻⁶⁾. Este grupo de mujeres, enfrentan retos particulares en la percepción y la gestión que frente al riesgo pueden elaborar, por un lado, se reconoce que sus parejas son particularmente vulnerables ante el VIH durante sus procesos de migración, por otro, a ellas se les ha hecho creer que dada su condición de heterosexuales y monógamas no pertenecen a los equivocadamente llamados "grupos de riesgo".

La percepción de los riesgos determina la gestión que de los mismos pueda hacerse⁽⁷⁾ y enfermería debe participar favoreciendo que este grupo de mujeres de cuenta de su riesgo frente a la infección y pueda a partir de ello, seleccionar y gestionar las estrategias para

confrontar dicha amenaza. Lo anterior se complejiza, si consideramos que la percepción y la gestión de dicho riesgo no depende sólo de que se les brinde la información, sino que está influenciada por las condiciones que prevalecen en los contextos socioculturales, primero para asumir que sus experiencias las colocan cercanas al riesgo, y después, para ejercer con autonomía estrategias de protección específica.

En el contexto antes señalado y dada la complejidad en que se sostiene la problemática abordada, se consideró necesario analizar cuál es la influencia que las experiencias de violencia sexual tienen en la percepción y gestión del riesgo frente al VIH, en mujeres parejas de migrantes.

Métodos

Se trató de un estudio de tipo cualitativo con enfoque etnográfico realizado de noviembre de 2010 a noviembre de 2013, tiempo en el que se visitó por períodos regulares y semejantes dos comunidades, una rural en la región media y una urbana en la región centro del estado de San Luis Potosí, México. Las localidades fueron seleccionadas en función de representar dos regiones distintas del estado y caracterizarse por alta participación migratoria.

La pertinencia de realizar el presente estudio desde la etnografía como método de investigación⁽⁸⁾, se sostiene en estudios antecedentes que han recurrido a la etnografía para abordar con éxito, temas relacionados con las prácticas sexuales, dado que las relaciones desiguales de poder genérico en la práctica sexual, se evidencian también en el trato cotidiano entre hombres y mujeres⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Las participantes fueron 21 mujeres, puesto que no existía padrón de registro de sujetos activos en migración, se recurrió al personal de salud local como informantes clave y reclutadores iniciales, posteriormente se empleó el muestreo por "bola de nieve", estrategia que resultó exitosa gracias a la existencia de redes entre las mujeres de migrantes al interior de las comunidades en que se trabajó. Los criterios de inclusión se restringieron a que fuesen mujeres parejas de hombres migrantes.

Se recurrió a la aplicación de entrevistas a profundidad desde el enfoque de "historia de vida cotidiana" y semiestructuradas para la recuperación de "narrativa de riesgo". Las entrevistas realizadas desde el marco de la historia de vida, profundizaron en las acciones que las mujeres y el resto de los actores con que socializan realizan diariamente, para posteriormente identificar y analizar aquellas

experiencias que producen y reproducen episodios violentos en su salud sexual y reproductiva; eventos que en una parte importante de los casos no son identificados como actos de violencia.

La perspectiva de las historias de vida cotidiana posibilita recuperar en la narrativa de las mujeres, prácticas que por su carácter de rutinarias y secuenciales llegan a invisibilizarse o normalizarse ante sus propios ojos; actitudes, comportamientos y prácticas que se fundamentan en subjetividades que tienen origen en imaginarios y representaciones colectivas y socialmente compartidas⁽¹¹⁾.

Las narrativas de riesgo por su parte, son una propuesta metodológica centrada en conocer y comprender los procesos socioculturales implicados en la evaluación que sobre las probabilidades de resultar afectado y sus consecuencias hacen los sujetos. Este método hace posible dar cuenta del ordenamiento que las personas hacen respecto a las conexiones entre personas y amenazas, echando mano de una serie de representaciones que guían su interpretación respecto a dicha relación⁽¹²⁾.

Tanto las historias de la vida cotidiana como las narrativas de riesgo, fueron grabadas y transcritas personalmente, después se aplicó análisis de discurso con la finalidad de encontrar patrones concurrentes, temas comunes, coincidencias y divergencias que permitiesen identificar las unidades de significado, las categorías emergentes y los dominios cualitativos desde los que se analizaría teóricamente los datos recabados.

Los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud en México (LGSM), fueron considerados para la realización del estudio. El estudio se clasifica según la LGSM como "de riesgo mínimo" dado que profundizaba sobre experiencias posiblemente dolorosas para las mujeres, razón por la que se estableció desde un inicio la factibilidad de suspender las entrevistas cuando resultara comprometida la estabilidad emocional de las informantes, o cuando ellas manifestaran no desear seguir en el estudio. Priorizando la salud mental de las informantes, se estableció vínculo con personal de psicología de los Servicios de Salud del estado, además de que la investigadora contaba con habilitación en contención emocional. Se solicitó por escrito el consentimiento informado y se garantizó confidencialidad sobre la identidad de las participantes.

El proyecto fue revisado, aprobado y supervisado por el Comité de Ética e Investigación de la Secretaría de Salud del Estado de San Luis Potosí, México en el que se registró el proyecto en octubre de 2011, registrándose en el expediente número 008603.

Resultados

La totalidad de las mujeres en ambas localidades refirió haber vivido violencia tanto al interior de su relación de pareja como en su círculo familiar más amplio, sin embargo, se identificó dificultad para el reconocimiento de las modalidades de violencia sexual que viven al interior de su vida marital, debido a la "normalización" y "legitimación" que prevalece en sus contextos para la violación continua de los derechos sexuales y reproductivos.

Dada la riqueza y abundancia de las narrativas recuperadas, se recuperaron para el análisis tres categorías cualitativas para problematizar la violencia sexual en la vulnerabilidad frente al VIH: "Caracterización de las prácticas sexuales en el marco de la migración", "Experiencias de violencia sexual" y "Construcción del riesgo de VIH-sida".

Caracterización de las prácticas sexuales en el marco de la migración

Las mujeres señalaron reconfiguraciones en las prácticas sexuales una vez que sus parejas retornan de los Estados Unidos, con mayor impulso y deseo sexual, fetichismos y posiciones que antes no se habían sugerido, fueron algunas de las innovaciones más citadas. La solicitud recurrente de prácticas sexuales que antes de la migración no habían sido planteadas, llega a desencadenar confrontaciones al interior de las parejas, no propiamente porque las mujeres les identifiquen como potenciador de su vulnerabilidad para VIH, sino porque afectan sus representaciones morales respecto a la práctica sexual.

Cuando el regresó de allá sacó cosas nuevas en las relaciones... por ejemplo que yo nunca lo había hecho... ¿Cómo le diré?... bueno oral y no sé cómo se llama por atrás, y cuando él viene me pide que yo le haga eso, --- pero como yo le digo lo que es normal es normal y yo más no puedo darte (P.7, comunidad urbana).

Sin embargo no todas las mujeres son incluidas en las nuevas prácticas de sus parejas, algunas narran que sus parejas se vuelven usuarios cotidianos de sexo servicio una vez que regresan de los EUA, o bien, incluso llegan a estar ciertas de que sus parejas se involucran en relaciones casuales o extramaritales.

Ese día él me llamó y me dijo que lo acababa de hacer con una mujer de "esas" (sexo servidora) ... ellos hacen eso de ir a buscar mujeres que porque se sienten solos (P.3, comunidad urbana).

Otra reconfiguración de la práctica sexual es el interés repentino de sus parejas por hacer uso del condón, medida que es bien tomada por ellas, incluso

cuando la petición de usar el condón se haga desde argumentos carentes de fundamento.

Una vez que vino usamos condón, me dijo que lo debía usar porque le había dicho el doctor de allá (EUA), es que traía gripa y el colesterol alto, pero no porque me fuera a contagiar de nada, sino nada más como preventivo (P. 7, comunidad rural).

Discursos como el anterior hacen necesario reflexionar sobre dos puntos centrales, el primero, reconocer el desarrollo de una consciencia de riesgo en los varones conforme inician a involucrarse en nuevos contextos de riesgo; y segundo, el escaso conocimiento que poseen las mujeres respecto a la utilidad y funcionamiento de los métodos de protección.

Experiencias de violencia sexual

La configuración de la violencia sexual es sumamente compleja, toda vez que prevalece un marco patriarcal que normaliza la violación continua a los derechos sexuales y reproductivos de las personas, y particularmente de las mujeres. En este contexto, se encontró que algunas de las mujeres ejercen una sexualidad que no busca como fin una satisfacción personal o conjunta, sino a manera de una estrategia necesaria para mantener atendido el deseo sexual de sus parejas, bajo el imaginario de que en medida que atiendan su impulso sexual, ellos corresponderán manteniendo una exclusividad sexual que sociedad, Estado e iglesia continúan ensalzando.

Cumplir con "eso" es también una obligación, en veces se me acerca y yo no tengo deseos de él y si le digo como que se molesta, porque pa él si es mucho muy importante, en veces lo hago sin ganas porque pienso ¿de qué se vaya a buscar por ahí afuera otra? No, mejor aquí lo complazco como pueda, aunque yo no sienta algo bonito pero es lo de menos, ya ve que muchos dicen "es que tengo que ir a buscar lo que no encuentro en mi casa" (P. 8, comunidad rural).

Esta narrativa refleja la postura que las mujeres llegan a asumir cómo objetos que existen y son para otros. Son violentadas al ejercer encuentros sexuales obligados, pero dicha violencia se invisibiliza en el marco de imaginarios que se sostienen respecto a las obligaciones sexuales que tienen las mujeres respecto a sus esposos, en dicho contexto, aun cuando la sexualidad sea poco o nada satisfactoria, las exponga o no a riesgos, ellas seguirán aceptándolo puesto que resulta preferible continuar asumiéndose "protegidas socialmente" por sus parejas.

Pero la imposición "sutil" de los encuentros sexuales, no es la única forma de violencia que se

ejerce contra ellas y sus cuerpos, algunos varones implementan estrategias más violentas para hacerles cumplir con la "obligación sexual", medidas que llegan a incluir diversas formas de violencia física, emocional o verbal.

Yo no disfruto ya estar con él pero acepto para no pelear, la última vez que le dije que no, me pegó bien feo, me arrastró hasta la carretera y me dejó toda golpeada, lo demandé, vinieron por él, pero quité la demanda por los niños, el miedo le quedó y se ha compuesto, aparte que ya no le digo que no pa' no empezar con lo mismo (P. 9, comunidad urbana).

Construcción y gestión del riesgo de VIH-sida

En estos contextos saturados de violencia sexual, particular atención merece el hecho de que entre estas mujeres prevalezca una especie de inmunidad subjetiva frente al riesgo de VIH. La mayoría de las informantes se exime del riesgo, construyendo y reproduciendo el estigma que históricamente se ha instituido sobre quienes resultan infectados, sujetos en los que enfermedad llega a satanizarse, aludiéndose como un "mal buscado" y consecuencia del "vicio" por el disfrute sexual o por sus "sucias" prácticas sexuales.

Yo pienso que el más riesgo es para prostitutas y homosexuales, porque esas mujeres nomás andan con uno y con otro y les gusta eso de andar de locas, a ellos por eso, porque son jotos y nomás andan de cochinos (P. 9, comunidad rural).

Aceptarse vulnerable frente al VIH, implica todo un reto cultural y moral para este grupo de mujeres, toda vez que se adjudican y adjudican a sus parejas una serie de variables que pareciesen "vacunarlas" simbólicamente frente a la enfermedad. Entre las variables "inmunizantes" en relación a sus parejas, resalta la integridad moral que confieren a sus esposos y que evita que estos se involucren en encuentros sexuales extramaritales.

Yo no pienso que a mí me pueda dar la enfermedad esa, no pienso, nadie me ha dicho que me puede dar, nunca hemos hablado de eso, pero pienso que él no anda en eso y yo pues menos, nomás metida aquí en la casa, uno de mujer es más tranquila en esas cosas (risa) (P.6, comunidad rural).

En lo que respecta a la gestión que respecto al riesgo realizan, se encontró que son pocas las mujeres que han buscado la implementación de estrategias para reducir la probabilidad de resultar infectadas, aspecto que se evidencia en la Tabla 1.

Tabla 1 – Aceptación y utilización de condón por mujeres de las comunidades de estudio en San Luis Potosí, S.L.P. México, 2010-2013

		Mujeres urbanas		Mujeres rurales	
		N	%	N	%
Uso de condón	Lo han usado	7	70	4	40
	Lo han querido usar	3	30	0	0
	No lo han usado	0	0	6	60
	No aceptarían usarlo	0	0	1	10
Motivo de uso	Método contraceptivo	2	20	3	30
	Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual	5	50	1	10

Fuente: Directa, entrevista

En la Tabla 1 puede darse cuenta que la diferencia respecto a la información sobre el dispositivo, se refleja también en la experiencia que se muestra respecto a la utilización del mismo, rubro en el que se reiteran discrepancias relevantes entre ambos grupos, prevaleciendo una mayor aceptación para su uso entre las mujeres de las comunidades urbanas.

Entre los factores que desalientan el uso del condón, se encontraron desde las representaciones morales asociadas de manera negativa con su uso, hasta la negación violenta de los varones para su utilización. En algunas de las informantes prevalecen representaciones morales asociadas negativamente al condón, mismas que obstaculizan la negociación asertiva que estas mujeres hacen del dispositivo frente a sus parejas.

Nunca le he pedido que use condón porque a ninguno de los dos nos gusta usar eso, yo pienso que se enojaría si le dijera, me diría que porque sé de eso, se encabronaría y hasta una buena chinga me anda dando (risas)... ... si él me dijera a mí que lo hiciéramos con condón, le diría que no que con eso no, porque no me gusta, eso es para locas (P. 20, comunidad rural).

Sin embargo, también se identificaron casos en los que ellas están convencidas de la pertinencia de su utilización, han debido asumir la negativa determinante de sus parejas para su uso y han debido vivir con el temor de resultar infectadas, reconociéndose carentes de agencia respecto a su propia salud sexual y reproductiva.

Preservativo él nunca quiso, decía que porque yo soy su esposa y eso no tiene que ser así, que por eso él no anda con nadie más ... yo le decía que por lo mismo de que él se iba al otro lado yo no podía estar segura y me decía "no, hay que hacerlo como debe ser (P. 9, comunidad urbana).

Discusión

Este estudio analizó la influencia que la violencia sexual tiene en la percepción y la gestión que frente al VIH realizan las mujeres parejas de migrantes. Uno de los hallazgos más relevantes, fue el hecho de que no se encontró diferencias en las experiencias de violencia que viven mujeres rurales y urbanas, lo que discrepa con las afirmaciones realizadas por otros investigadores⁽¹³⁾, pero coincide con aquellos que afirman que independientemente de la caracterización de las localidades, el nivel educativo o el ingreso económico, la desigualdad de género es una realidad que potencia la vulnerabilidad de las mujeres frente a las ITS⁽¹⁴⁾.

La narración de una reconfiguración de las prácticas sexuales en el contexto migratorio, coincide con lo reportado por otros estudios, reiterando que el hecho de insertarse en contextos modernistas y liberales parece irrumpir sobre las representaciones, experiencias y roles que los sujetos tienen en relación a la sexualidad, y favorece comportamientos sexuales que quizá reprimidos en los contextos de origen, encuentran en las condiciones de presión social, emocional y cultural prevalecientes en los procesos de migración, un justificante para explorar nuevos comportamientos⁽¹⁵⁾.

Las narrativas expuestas sobre las reconfiguraciones que en el plano sexual acontecen, evidencian como si bien la migración no puede tipificarse en sí misma como una conducta de riesgo, la dinámica que acompaña los procesos de movilidad potencia la vulnerabilidad frente a las ITS de quienes migran, así como de las parejas que esperan su retorno⁽²⁾.

Las mujeres narran actos sumamente violentos en sus prácticas sexuales, sin embargo, llegan a normalizarlas y justificarlas en función de los imaginarios culturales que dictan socialmente como debe vivirse

la sexualidad en hombres y mujeres, marcos que legitiman que en las mujeres se vivencie más como un acto biológico-reproductivo que erótico-placentero. Agamben alude la asimetría de poder que se evidencia en el encuentro heterosexual, refiriendo las categorías *sagrado* y *profano*, donde lo primero corresponde a las mujeres por estar fuertemente asociado a la procreación, mientras lo segundo que está relacionado con la obtención de placer, corresponde a los varones; en este tenor de ideas, corresponde a las mujeres asumir que la satisfacción sexual es impostergable para ellos, aun cuando ellas padezcan dichos encuentros sexuales⁽¹⁶⁾.

La devaluación del riesgo que las mujeres hacen respecto de contraer VIH sosteniendo para ello una confianza en la exclusividad sexual de sus parejas, obedece al impacto que ejerce la doble moral respecto a la transmisión de ITS y que deriva de una serie de constructos culturales que juzgan las prácticas sexuales más desde un marco religioso o mítico que sanitario⁽¹⁷⁾.

En la búsqueda de fortalecer su sentido de inmunidad y eximirse del riesgo, las mujeres no sólo reproducen discursos morales que descalifican formas de ejercicio sexual distintos a la heterosexualidad, también legitiman una serie de prejuicios morales que obstaculizan su propia construcción del riesgo frente a la enfermedad. El respaldo que dan al estigma y la discriminación que rodea la enfermedad, resulta en un compromiso colectivo con el que deben cumplir, puesto que reproducir estos imaginarios funciona como un mecanismo de disciplinamiento que busca convencer a la población de que existen maneras "correctas" e "incorrectas" de relacionarse sexualmente.

Foucault reconoció que el comportamiento sexual es controlado socialmente mediante dos tipos de dispositivos, uno de *seguridad* y otro de *disciplinamiento*. El *dispositivo de seguridad* (inmunidad subjetiva) funciona anticipándose al daño, produce y respalda discursos que convencen a la población sobre la pertinencia de ejercer una sexualidad heterosexual, monogámica y reproductiva, para lograr a cambio de ello, una inmunidad frente a las amenazas de ITS; el *dispositivo de disciplinamiento* (estigma), es aplicable para evidenciar de manera pública las consecuencias de daño físico y moral que trae consigo una práctica sexual "incorrecta" en el orden social vigente, forzando a la población a dar cuenta del "destino trágico" que encuentran quienes salen del marco normativo socialmente establecido respecto a la sexualidad⁽¹⁸⁾.

Para comprender el tenor social en que esta "inmunidad" se gesta y reproduce, resulta relevante acudir a los aportes teóricos de Douglas y Esposito, la primera reconoce la existencia de esta "inmunidad subjetiva" cómo un mecanismo mediante el que los

sujetos ignoran el riesgo, dado el exceso de confianza depositado en su entorno y la familiaridad con sus rutinas sociales; el segundo, brinda elementos necesarios para pensar que esta "inmunidad subjetiva" se construye a partir de procesos intersubjetivos, enmarcados en los valores que para cada grupo social son prioritarios. En este tenor, no todos los grupos sociales son iguales frente al riesgo, las amas de casa por ejemplo, no están "en apariencia" en el mismo riesgo que los homosexuales o las sexo servidoras^(7,19).

El uso de condón fue enunciado como la principal estrategia de gestión del riesgo frente a sus parejas, siendo las mujeres urbanas quienes refirieron mayor conocimiento y experiencia en el uso de dicho dispositivo. Lo anterior puede estar asociado, como han referido otros autores, con un menor acceso de las mujeres rurales a la educación formal, así como con los marcos sociopolíticos que prevalecen en las escuelas rurales en México, aun conservadores y con profesorado menos habilitado para informar en materia de sexualidad⁽²⁰⁾.

El rechazo de las mujeres frente el uso de condón, puede tener relación con el hecho de que sus prácticas sexuales no sean vividas con satisfacción, apoyados en la hipótesis de que disfrutar el acto erótico-placentero implica el ejercicio de una consciencia en la que igual que se contempla el placer como un derecho, también se privilegia el derecho a conservar la salud y protegerse contra las ITS⁽²¹⁾.

Esta investigación posibilitó por otra parte, reiterar la observación que otros estudios han realizado respecto a los valores morales que se juegan respecto a negociar o aceptar el uso del condón dentro de "parejas estables", toda vez que negociarlo o aceptar su utilización llega a significarse como una autorización a la pareja para acceder sexualmente a otros cuerpos⁽²²⁾.

Finalmente, este estudio evidencia que la percepción del riesgo no es determinante en la confrontación que respecto a la amenaza puedan desarrollar, la gestión que puedan hacer del riesgo, depende de manera importante de la postura que sus parejas asuman al respecto, insertos en contextos en los que la ideología patriarcal desalienta la aceptación en la utilización de medidas de protección y coloca a las mujeres en desventaja para la decisión de las condiciones en que se suscita el encuentro sexual⁽²³⁻²⁴⁾.

Conclusión

Las mujeres narraron su práctica sexual a manera de una obligación derivada del contrato conyugal, que llegan a contemplar también cómo una estrategia para reducir la posibilidad de abandono e infidelidad, o un medio para cumplir con la función biológica y social de

la reproducción, en función de ello, refirieron participar de encuentros sexuales no siempre deseados y bajo las condiciones que sus parejas determinan, en las que es frecuente la negativa para usar condón.

Las mujeres en la búsqueda de fortalecer su sentido de inmunidad, participan en la reproducción de discursos morales que no sólo descalifican formas de ejercicio sexual distintos a la heterosexualidad, también legitiman una serie de prejuicios morales que obstaculizan la construcción de su propio riesgo y aportan al estigma de quienes resultan infectados.

La construcción simbólica que se ha elaborado respecto al VIH/sida, ha servido principalmente para estigmatizar a quienes resultan afectados por la enfermedad, funcionando como un dispositivo de disciplinamiento que en tanto castiga desde lo social el uso que los sujetos dan a sus genitales, deslinda la responsabilidad que Estado y sociedad tiene en la carencia de oportunidades y de igualdad entre hombres y mujeres en el ejercicio de la sexualidad.

Los resultados hacen evidente la pertinencia y necesidad de abordar el riesgo sanitario a través de enfoques cualitativos, planteamientos que recuperen la experiencia que viven los sujetos frente a las amenazas y particularmente reconocer que el riesgo ocurre no derivado exclusivamente de una elección racional, sino de contextos saturados de complejidades culturales, sociales y políticas que colocan a algunos sujetos más que otros, en condiciones de vulnerabilidad. Es necesario, por otra parte, transversalizar la perspectiva de género en la atención sanitaria, reconociendo la desigualdad de poder que acontece en la práctica sexual de los sujetos y favoreciendo que enfermería implemente estrategias que favorezcan el empoderamiento de las mujeres para dar cuenta de su riesgo frente a la enfermedad, así como para negociar de manera asertiva el uso de condón ante sus parejas.

Agradecimientos

A las mujeres que participaron con sus historias y experiencias de vida y a los Servicios de Salud de San Luis Potosí por fungir como medio para establecer el contacto con las participantes. A la Dr^a Cecilia Costero Garbarino, cuyas aportaciones como directora de tesis guiaron la reflexión teórica y la validez metodológica del presente estudio.

Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Informe anual 2013- 2014. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe (LC/G.2626), Santiago de Chile; 2014.

2. Leyva FR, Aracena GB, Serván ME. Population mobility and HIV/aids in Central America and Mexico. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(3):143-9.
3. Rojas K, Rosado T, Cantera L, Marengo L, Sánchez A. Trends in public health policies addressing violence against women. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):613-21.
4. Bermúdez RV, Bran PL, Palacios ML, Posada ZI. Influence of HIV related stigma on health care access. *Salud Pública Méx*. 2015;57(3):252-9.
5. Jacques AC, García DP, Díez E, Martín S, Caylá J. Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanit*. 2015;29(4):252-7.
6. Temores AG, Infante C, Caballero M, Flores PF, Santilles AN, Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Pública Méx*. 2015;57(3):227-33.
7. Douglas M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona: Paidós Studio; 1996. 173 p.
8. Angrosino M. Etnografía y observación participante en investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2014. 144 p.
9. Bartavedian J. Sobre travestis, clientes y maridos: género y sexualidad en la construcción de las identidades de travestis brasileñas trabajadoras del sexo. *Rev Antropol Soc*. 2014;23:237-61.
10. Lamas M. Las putas honestas, ayer y hoy. En: *Cuerpo, sexo y política*. México: Océano; 2014. p. 67-93.
11. Valles SM. Cuadernos Metodológicos: Entrevistas cualitativas. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2014. 195 p.
12. Mairal G. La década del riesgo: situaciones y narrativas de riesgo en España a comienzos del siglo XXI. Madrid: Catarata; 2013. 192 p.
13. Bhandari S, Bullock L, Richardson J, Kimeto P, Campbell J, Sharps P. Comparison of abuse Experiences of Rural and Urban African American Women During Perinatal Period. *J Interpersonal Violence*. 2015;30(12):2087-108.
14. Abimanyi J. The better the worse: risk factors for HIV infection among women in Kenya and Uganda – demographic and health survey. *AIDS Care* 2011;23(12):1545- 50.
15. Hirsch J, Desire across borders: markets, migration, and marital HIV risk in rural Mexico. *Culture, Health & Sexuality: Int J Res Interv Care*. 2015;17(1):20-33.
16. Agamben G. Profanaciones. Buenos Aires: Adriana Hidalgo; 2005. 126 p.
17. Bermúdez M, Ramiro M, Sierra J, Buela CG. Construcción de un índice de riesgo para la infección por el VIH y su relación con la doble moral y el poder diádico en adolescentes. *Anales Psicol*. 2013;29(3):917-22.

18. Foucault M. Seguridad, territorio, población. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina; 2006. 488 p.
19. Esposito. *Communitas: origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
20. Huneeus A, Deardorff J, Lahiff M, Guendelman S. Type of Primary Education Is Associated With Condom Use at Sexual Debut Among Chilean Adolescents. *Sexually Transmitted Dis.* 2014;41(5):306-11.
21. Teva I, Bermúdez MP, Ramiro MT. Sexual satisfaction and attitudes towards the use of condoms in adolescents: Evaluation and analysis on their relationship with condom use. *Rev Latinoam Psicol.* 2014;46(2):127-36.
22. MacDonald T, McKenna C, Mouck L. The Person and the Partner: Individual Differences Moderate the Relationship Between Partner Feedback and Condom Use. *AIDS Behav.* 2015;(Sept):1-12.
23. Fiaveh D, Izugbara C, Okierefo U, Reysso F, Fayorsey C. Construcciones de prácticas de masculinidad y feminidad y negociación sexual de riesgo entre las mujeres en Ghana urbana. *Cultura, Salud y Sexualidad: Int J Invest Interv Atención.* 2015;17:650-62.
24. Dworkin S, Treves S, Lippman S. Gender-Transformative Interventions to Reduce HIV Risks and Violence with Heterosexually-Active Men: A Review of the Global Evidence. *AIDS Behav.* 2013;17(9):2845-63.

Recibido: 16.7.2015

Aceptado: 20.6.2016

Correspondencia:

Yesica Yolanda Rangel Flores
Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería
Zona Universitaria San Luis Potosí
78250
E-mail: yesica.rangel@uaslp.mx

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.