

## **Entre la Razón y la Pasión: La Intimidad Sexual en Parejas Heterosexuales ante la Empresa Preventiva del VIH/SIDA**

**Domingo J. Marqués Reyes**

Universidad Interamericana de Puerto Rico

**Sheilla Rodríguez Madera**

University of Puerto Rico at Carolina

**Leida Matías Carrelo**

Ponce School of Medicine, Ponce, Puerto Rico

---

*This article establishes heterosexual relationships as spaces out of control and, from Foucault's view of power, positions them as answer to the discourses generated by society to control sexuality. This qualitative study included 20 Puerto Rican couples (11 seroconcordant and 9 serodiscordant) with the objective of identifying variables related to relationship satisfaction with sexual intimacy among women living with HIV/AIDS. Results evidence how in many instances sexual relations are, in fact, moments where passion precedes reason. By involving in high risk behavior, they ignore the preventive enterprise, distance themselves from reason and imposing passion. We come to conclusions about social sciences, specially psychology, and the contribution it can bring to redefine sexuality, substituting the regulating role for a new constructive one. Key Words: Couples, HIV, Sexuality, Power, Foucault, Prevention*

---

Este trabajo aborda críticamente las relaciones de pareja entre hombres y mujeres como espacios para el descontrol y, desde la perspectiva del poder de Foucault, las coloca como respuesta a discursos de regulación social que se han generado en nuestra sociedad. Este estudio de corte cualitativo abordó a 20 parejas puertorriqueñas (11 seroconcordantes y 9 serodiscordantes) con el objetivo de identificar variables relacionadas con la satisfacción con la intimidad sexual en la relación de pareja de mujeres que viven con VIH/SIDA. Los resultados evidenciaron múltiples instancias en las que las relaciones de intimidad sexual son, en efecto, espacios en el que la pasión se antepone a la razón. Al llevar a cabo conductas de riesgo se transgreden las exigencias de la empresa preventiva, acercándose a la pasión y alejándose de la racionalidad de las campañas. Llegamos a conclusiones sobre las ciencias sociales, en especial la psicología, y su contribución a la resignificación de la sexualidad, sustituyendo su papel regulador por uno constructor.

*Para efectos de este trabajo definimos la prevención primaria como los esfuerzos por desarrollar investigaciones y ayudas dirigidas a proteger a las personas de contraer el virus del VIH (Kelly, & Kalichman, 2002). Por su parte, la prevención secundaria se compone de estrategias dirigidas al mantenimiento de la salud y calidad de vida de las*

*personas que viven con VIH/SIDA con énfasis en evitar la reinfección e infecciones a personas seronegativas (Janssen, Holtgrave, Valdiserri, Shepderd, & Gayle, 2001).*

En el contexto de la prevención primaria y secundaria es que este artículo tiene pertinencia y esperamos que, a través de sus hallazgos, el mismo sirva para los siguientes propósitos: (a) abordar cómo los discursos que produce la empresa preventiva, y en ella la psicología, afectan la sexualidad de la mujer que vive con VIH y su pareja, (b) establecer un atisbo que contextualice algunas ideas sobre la sexualidad misma, la modernidad, el papel de los centros de tratamientos, y las implicaciones para la epidemia del VIH/SIDA, y por último, (c) identificar las implicaciones de la intimidad sexual en las relaciones de mujeres puertorriqueñas heterosexuales que viven con VIH/SIDA y, a su vez, en la prevención primaria y secundaria de la epidemia del VIH/SIDA.

### *Los Discursos de la Prevención*

Ya han pasado más de 20 años desde que los primeros casos de SIDA fueron identificados. Desde ese entonces, una pandemia global de VIH se ha desatado. A nivel mundial, cerca 40 millones de personas han contraído VIH y sobre 25 millones han muerto por la infección (ONUSIDA, 2006). En muchos países la llegada de los medicamentos ha traído una disminución en el promedio de muertes comparado con el período en que estos medicamentos no existían (CDC, 2004).

A pesar de los avances, la desinformación continúa obstaculizando los esfuerzos hacia una movilización contra el VIH/SIDA. Irwin, Millen y Fallows (2004) exponen los mitos que alimentan la pasividad, el pesimismo, la resignación o la idea de que el SIDA es problema de otros. Entre los mitos que los autores exponen se encuentra que el SIDA se propaga por la conducta peligrosa que llevan a cabo las personas. Que, para detener la propagación, “lo único que tiene que hacer la gente es renunciar a las relaciones sexuales promiscuas, al consumo de drogas y otras conductas peligrosas” (Irwin, Millen, & Fallows, 2004, p. 63). La respuesta de los autores a este mito es que siempre se han buscado culpables en esta enfermedad, indicando en un comienzo al SIDA como resultado de un “estilo de vida homosexual”. Más recientemente, con la globalización, la “promiscuidad” de África y de otras partes del mundo en vías de desarrollo se convirtió en tema favorito. Pero, según los autores, el mito de que las personas contraen el SIDA porque se niegan a “cambiar de vida” se basa en la creencia de que todo el mundo puede elegir un menú de opciones. La influencia de la pobreza y de la inseguridad económica restringen de manera poderosa la posibilidad de que la gente tome decisiones acertadas sobre prácticas sexuales y consumo de sustancias. Cuando los mensajes más simples para prevenir el VIH/SIDA (tales como “practica la monogamia” o “exige que tus relaciones sexuales sean seguras”) no se concilian con la crítica social se alimenta la estigmatización (Irwin, Millen, & Follows, 2004). El riesgo, se convierte entonces en el tema central de nuestras campañas de salud, formas de llevar a cabo la vida cotidiana, estilos de interacción con otras personas y finalmente, nuestra identidad personal (Varas Díaz, & Toro-Alfonso, 2004).

Es importante abordar los efectos que tienen los discursos que produce la empresa preventiva, y en ella la psicología, para la sexualidad de la mujer que vive con VIH/SIDA (MVVS) y su pareja como parte de las estrategias que delimitan el territorio de una

llamada sexualidad “saludable”. El acercamiento a una sexualidad “descontrolada” y en “riesgo”, como parte de los esfuerzos de prevención secundaria del VIH, debe ser precedido por un recorrido que contextualice algunas ideas sobre la sexualidad misma, la modernidad, y las implicaciones para la epidemia del VIH y viceversa.

### *Las Relaciones de Pareja y el Estado Serológico*

Como cualquier otra condición seria, y como es de esperarse, el VIH afecta el bienestar, no sólo de la persona infectada, sino también de las personas que están involucradas íntimamente con ella. Por ejemplo, estudios han documentado dificultades en esposos/as y parejas consensuales, hijos/as, miembros de la familia, y otros cuidadores/as como resultado del estrés relacionado a vivir con y cuidar de una persona que vive con VIH/SIDA (PVVS, Semple et al., 1993). Otros estudios de condiciones serias como cáncer, diabetes y artritis, han corroborado estos efectos en la pareja sana y han demostrado que, en algunos casos, las parejas no infectadas o enfermas tienen más dificultad para ajustarse que la propia persona enferma o infectada (Derlega, & Barbee, 1998).

Además de las situaciones complicadas que trae cualquier condición de salud compleja a una relación de pareja, el VIH requiere que las parejas enfrenten: (a) el estigma asociado a la enfermedad y el potencial de consecuencias sociales negativas de informar a amistades, familia, empleadores/as, y proveedores/as de salud; (b) decisiones acerca de modificar sus conductas sexuales para proteger a la pareja no infectada (en parejas serodiscordantes: una de las dos personas infectadas) o evitar la re-infección (en parejas seroconcordantes: ambas personas infectadas); y (c), en algunos casos, las conductas de riesgo de la pareja infectada que pueda desconocer su compañero/a (Moore et al., 1998). Al considerar cuántos retos tienen las parejas que viven con VIH, los efectos severos en la intimidad y la comunicación no deben ser inesperados.

### *La Intimidad Sexual*

La intimidad sexual es uno de los aspectos que se ve afectado por el estado serológico de uno o ambos miembros de la pareja. Las investigaciones con otras condiciones, por ejemplo la mastectomía para el cáncer del seno, indican que existe disminución en la satisfacción sexual de las parejas (Vess, Moreland, & Schwebel, 1985). Las PVVS tienen luchas con la ausencia de libido persistente, manejar el informar al otro sobre el estado serológico, la negociación de la “seguridad” constante para la persona infectada y la pareja, y sobrevivir el VIH/SIDA y los efectos secundarios de los medicamentos dentro del contexto de la intimidad sexual (Maticka, Adam, & Cohen, 2002). Los problemas relacionados a la intimidad sexual ocurrían particularmente en mujeres que experimentaban dificultad en el ajuste a los cambios de su imagen corpórea, así como en las parejas que tienen temor a lastimar a la mujer durante el coito o que mostraban dificultad en aceptar las transformaciones físicas de su pareja (Van Devanter, Thacker, Bass, & Arnold, 1999). Esto es relevante al VIH/SIDA debido a que muchos de los cambios físicos asociados a la condición se deben a los efectos secundarios de los medicamentos (Ej. lipodistrofia). Esto podría afectar el auto-estima de la mujer, cuán cómodas se

sienten consigo mismas, y sus decisiones de adherirse al tratamiento. Además, las parejas podrían sentir que contribuyen al dolor (psicológico y físico) de la mujer, así como aumentar su temor de ser infectado con el VIH (Maticka-Tyndale & Cohen, 2002).

### *La Satisfacción, el Estado Serológico y el Sexo Seguro*

La satisfacción con la intimidad sexual en PVVS se puede ver afectada por el sinnúmero de cambios en las estrategias sexuales que deben incluir en su repertorio para proteger a sus parejas de la infección del VIH o para evitar la reinfección en parejas seroconcordantes. Algunas de estas estrategias de prevención son: evitar todo tipo de contacto sexual, la penetración anal y/o vaginal, así como usar condones (Maticka-Tyndale & Cohen, 2002). Estas estrategias enfrentan la realidad de una tendencia de las personas a tener relaciones sexuales sin el uso del condón en relaciones interpretadas como íntimas (Joffe, 1997). Es importante hacer énfasis en los resultados de algunas investigaciones que indican un aumento en relaciones sexuales sin el uso del condón (Coates, 2001; Dodds, Bolding, Sherr, Mercey, & Elford, 2001) particularmente en parejas seroconcordantes que racionalizan sus conductas basadas en un pobre conocimiento de la infección del VIH, respuesta del medicamento, resistencia y reinfección (Maticka-Tyndale & Cohen, 2002). También, las parejas tienen mitos como por ejemplo, que una carga viral baja no conlleva a la infección y, por tanto, llevan a cabo conductas de riesgo (Remien, Wagner, Carballo-Diéquez, & Dolezal, 1998). Muchas MVVS buscan parejas seroconcordantes, y las conductas de riesgo en estas parejas son vistas como aceptables, ya que suspender la protección ayuda a definir la relación como íntima e importante (Cusik & Rhodes, 2000). El propio tratamiento antiretroviral puede estar asociado a conductas de alto riesgo cuando las parejas creen que los regímenes pueden disminuir el riesgo de la transmisión del virus (Wilson & Minkoff, 2001), especialmente en parejas seroconcordantes.

Las opciones contraceptivas de las MVVS son influenciadas por el estado serológico de sus parejas sexuales (Heard, Potard, Costagliola, & Kazatchkine, 2004). Heard y colaboradores (2004) indican que las mujeres con parejas sexuales seronegativas tienden a usar condones. El uso de contraceptivos orales y dispositivos intrauterinos son más frecuentes entre mujeres con parejas sexuales seropositivas. En el estudio, los autores argumentan que sus observaciones se deben a que las mujeres seropositivas con parejas seronegativas optan por el método contraceptivo más idóneo para prevenir la transmisión del VIH. Por otro lado, indicaron que las mujeres positivas con parejas seroconcordantes tienden a elegir métodos para evitar embarazos y parecen menos preocupadas por las enfermedades de transmisión sexual o por nuevas cepas del VIH. Esto tiene implicaciones serias para la prevención secundaria.

En relación a este factor, Remien, Carballo-Diequez, y Wagner (1995) reportaron que la necesidad de practicar el sexo seguro creó barreras para la intimidad y las relaciones saludables en parejas heterosexuales. Estas barreras estuvieron relacionadas con factores de comunicación ya que las parejas tendían a evitar discutir asuntos relacionados al VIH que pudieran conllevar relaciones sexuales sin protección. El uso del condón fue significativamente mayor entre mujeres que reportan tomar la decisión sobre su por sí mismas o con su pareja, en

comparación con las que sus compañeros fueron los responsables de tomar la decisión (Harvey et al., 2002).

Las parejas serodiscordantes con frecuencia se sienten enajenadas dentro de la relación. Muchas experimentan el VIH como una pérdida de su sexualidad. Las parejas seronegativas hablan de “mantener viva” la intimidad sexual y se ven obligadas a continuar teniendo relaciones (Van der Straten, Vernon, Knight, Gómez, & Padian, 1998). El miedo a la transmisión del VIH, el manejo de la incertidumbre acerca de la posible enfermedad, cambios en la intimidad sexual y dilemas acerca de cómo el VIH ha impactado las alternativas reproductivas han sido identificados como los asuntos emocionales mayormente experimentados por la pareja serodiscordante (Beckerman, 2002).

Galvão et al. (2004) investigaron el uso de métodos de sexo seguro en São Paulo, Brasil. La muestra incluía 73 mujeres seropositivas de las cuales el 35.4% tenían un compañero serodiscordante y se encontró que el 13.7% de la muestra incurría en prácticas de riesgo, y no protegían a sus parejas de infección ni a ellas de re-infección. Las razones incluyen falta de información y dejadez, sin embargo, las causas de las mismas no son tan claras. La empresa preventiva y las ciencias relacionadas han impactado las campañas de prevención, influenciando en ambas direcciones el papel que juegan en la prevención.

#### *El Papel de la Sexología y la Psicología como Ciencias dentro de la Empresa Preventiva*

La sexología no se libra de ser parte de los sistemas de regulación. Es un campo que parte del abordaje clínico de los problemas sexuales, retomando los importantes aportes del psicoanálisis. En la segunda década del siglo XX, recuperó principalmente los trabajos clínicos basados en el conductismo, la etiología y los enfoques sistémicos de terapia sexual. Janice Irvine (1990), realizó un amplio análisis de la manera en que la sexología, en el esfuerzo por mantener rigor empírico, ha quedado atrapada en el modelo biomédico, en la visión fisiológica, sin poder dar cuenta de los conflictos sociales ni de las tensiones de poder que rodean las significaciones sexuales y de género. Sin embargo, no es sino hasta la década del 90 cuando se empieza a imponer un nuevo paradigma para definir la sexualidad y su praxis en las actividades o servicios. La teoría de la construcción social desafía los modelos tradicionales al retomar el discurso no esencialista de los historiadores y emprender el proyecto de repensar el género y la identidad impulsado por las feministas académicas y los trabajos de la historia homosexual (Whittle, 1995).

Sin duda, tanto los trabajos de investigación como las prácticas desde las organizaciones civiles han hecho de la sexualidad moderna, un asunto social, político y moral. Hoy la entendemos como una presencia social palpable que moldea nuestra vida personal y pública, una construcción histórica que trae una multitud de posibilidades (Rodríguez Madera & Marqués Reyes, 2006). Como señala Weeks (1985), la sexualidad humana es una realidad que configura nuestra vida personal y pública, nuestros deseos y fantasías, nuestra identidad como mujeres y hombres, las normas de distancia entre los cuerpos, las capacidades reproductivas. Aunque tiene raíces instintivas, la sexualidad no se agota en las necesidades biológicas y es, por el contrario, una construcción cultural.

El concepto de sexualidad, tal como hoy se analiza desde el abordaje crítico de Michael Foucault (1977), es un conjunto de significados dados a las prácticas y

actividades sexuales; un aparato social que tiene una historia con raíces complejas en el pasado cristiano y precristiano, y que alcanzó una unidad conceptual moderna con efectos diversos. Desde este enfoque foucaultiano se asume que la sexualidad ha sido construida como un saber que conforma las maneras en que pensamos y entendemos nuestro cuerpo lo que tendrá influencia directa en las prácticas corpóreas que realizamos, entre éstas las prácticas sexuales.

Por su parte, los discursos sobre la sexualidad pueden entenderse como dispositivos de regulación sobre los individuos, no tanto basados en la prohibición burda o en la negación de prácticas específicas, sino en la producción e imposición de una red de definiciones sobre las posibilidades del cuerpo (Foucault, 1977). Es decir, la incorporación de los discursos en nuestros esquemas cognoscitivos ocurre de manera sutil, paulatina y efectiva a través de nuestro proceso de socialización que transcurre durante toda la vida. Los discursos en torno a la sexualidad se transmiten mediante códigos morales, en parte tradicionales y en parte nuevos, que se apoyan en las diversas instituciones del Estado como la religión, la familia, la academia y la ciencia (Rodríguez Madera & Toro-Alfonso, 2005).

### *El Poder y el Castigo según Michel Foucault*

Foucault (1995) nos dice que el poder de castigar, en esencia, no es diferente al de educar o curar. Su premisa más impactante en la publicación *Disciplinar y Castigar* (1995) es que las técnicas disciplinarias introducidas para los criminales se han convertido en el modelo para los lugares de control moderno (escuelas, hospitales, fábricas) para que la disciplina de la prisión pueda permear la sociedad moderna. Foucault (1995) resume el enfoque moderno de la disciplina al indicar que es el de producir “cuerpos dóciles”: cuerpos que no sólo harán lo deseado sino también en el modo deseado.

Los “cuerpos dóciles” son producidos de tres modos: la *observación jerárquica*, el *juicio normalizante* y la *examinación*. La primera se basa en que podemos controlar las personas simplemente al observarlas. La arquitectura nos presenta un ejemplo obtenido por Foucault (1995) de Jeremy Bentham: el panóptico. Éste propone una manera de maximizar el control de los prisioneros con poco personal en las prisiones. En la concepción de Bentham, el panóptico incorpora una torre central a una edificación anular dividida en celdas, cada una extendiéndose al ancho del edificio para permitir ventanas internas y externas. Las personas que ocupantes las celdas, sean prisioneras, pacientes de salud mental, trabajadoras, o estudiantes, quedan separadas por paredes y son sujetos al escrutinio tanto colectivo como individualmente por un observador/a en la torre que permanece sin ser visto o vista (Barton & Barton, 1993), como se puede observar en la Figura 1. Además, las celdas se encuentran distribuidas en un círculo alrededor de una torre central de la cual se puede monitorear las actividades de todas las celdas en todo momento. El principio del control no es el hecho, sino la posibilidad de la observación. Quienes están en prisión no saben cuándo serán observados/as, por lo que deben asumir siempre que lo son. El resultado es que “inducimos en el prisionero un estado de conciencia y visibilidad permanente que asegura la función automática del poder” (Foucault, 1995). Los individuos en el panóptico quedan separados y comparados tanto con cada uno como con la norma de conducta aceptada, y el mismo hizo posible el

discernir entre las similitudes y diferencias de una clase, de modo eficiente y rápido (Barton & Barton, 1993).

Otro tipo de disciplina moderna identificada por Foucault (1995) es la preocupación con el “juicio normalizante”. Los individuos no son juzgados por lo correcto o incorrecto de sus acciones sino por dónde les coloca en la escala que les compara con el resto.

Figura 1. Torre Carcelaria, rodeada de celdas, como Panóptico.



La idea de la normalización es penetrante en nuestra sociedad. Existen estándares para la educación, la práctica clínica, procesos industriales; a nivel implícito, nos dedicamos a enlistar en rango desde playas, restaurantes, hasta las prácticas sexuales. El juicio normalizante es un medio de control intruso. No hay manera de escapar, pues para cualquier nivel de logro, la escala muestra que hay un nivel posible más alto. Más allá, las reglas definen ciertos modos de conducta como “anormales”, colocándoles fuera de lo que es socialmente aceptable. La amenaza de ser juzgado como fuera de la norma nos cohibe en todo momento.

Finalmente, la “examinación” combina la “observación jerárquica” con el “juicio normalizante”. Es, según Foucault (1995), “una mirada normalizante que establece una visibilidad sobre los individuos que les diferencia y juzga”. La examinación revela la posición del individuo en el aparato de poder y conocimiento. Los resultados de las examinaciones son descritas en documentos con información detallada que permite que los sistemas de poder les controle (como los registros de ausencias escolares, o los expedientes de pacientes en hospitales). A base de estos registros, quienes ejercen control formulan categorías, promedios y normas que forman una plataforma de conocimiento. El individuo queda documentado y se convierte en un caso. Partiendo de la premisa de

que los cuerpos dóciles permean nuestra sociedad, quedando el individuo examinado y controlado, debemos hacer una mirada a la realidad de las PVVS ante las clínicas como panóptico debido a que la sexualidad se construye en dos direcciones, la del individuo y la de la clínica.

### *El Papel Moderno y los Deberes de la Clínica de Infecciones Transmitidas Sexualmente*

La clínica de salud sexual (o cualquier otro ambiente clínico en el que el cuerpo sexual se interprete como medicina) está en un hito de dos retóricas en la que la medicina y lo erótico se encuentran. Uno se preocupa por el conocimiento científico disciplinario de la medicina (*scientia sexualis*), y la otra se envuelve en el placer corpóreo (*ars erotica*) (Daubón, Marqués Reyes, & Rodríguez Madera, 2004). La *scientia sexualis* destaca el aspecto inhumano del sexo, el hecho del sexo como forma de reproducción que complazcamos adentro en la misma manera que los animales lo hacen. El *ars erotica* habla de experiencia personal, mientras que la *scientia sexualis* habla de la perspectiva de un observador distanciado (Daubón, Marqués Reyes, & Rodríguez Madera, 2004).

Algunos de los deberes de la clínica que identifica Pryce (2001) con los que cumple como criterios para que la misma llegue a fungir de panóptico:

- Reportar: La penetración corporal rutinaria para recolectar datos y su traducción a estadísticas epidemiológicas.
- Clínicas: El lugar donde la relación doctor/paciente es central al conocimiento subyugado.
- El experto: El médico es el instrumento del juicio normalizado y el juez de la desviación.
- Seguimiento: Vigilancia a través del contacto ilustrando un mapa del dominio social para el lugar del eje de la enfermedad y de las redes de relaciones sexuales en la comunidad.

Desde esta perspectiva las clínicas constituyen espacios discursivos en los que la relación entre las sexualidades y la enfermedad; el conocimiento clínico y las prácticas; peligros del/la paciente y del/la profesional; y el poder y la resistencia se pueden explorar, identificados e interrogados (Pryce, 2001). Ante la realidad de la empresa preventiva del VIH, es importante notar que la dicotomía en el papel de la clínica y la necesidad del individuo no van a la par, dejando inconclusa dicha relación y haciendo inocuos los esfuerzos.

#### Método

El estudio desarrollado forma parte del Proyecto MuSA que fue uno exploratorio de corte cualitativo financiado por el Programa BRIN<sup>1</sup>. El mismo tenía el objetivo ulterior de identificar cómo la satisfacción con la pareja influía en la adherencia al tratamiento en un grupo de mujeres puertorriqueñas heterosexuales que viven con VIH/SIDA y la percepción que tenían sus compañeros sobre la satisfacción de ellas con la relación y cómo la misma influencia su adherencia al tratamiento. El constructo de satisfacción con la pareja se abordó mediante las siguientes variables: adherencia al tratamiento, revelación de estatus serológico, comunicación, intimidad sexual, apoyo

<sup>1</sup>BRIN: Biomedical Research Infrastructure Networks which is supported by the National Institute of Mental Health (NIMH).

social, violencia doméstica y estigmatización. Para efectos de este trabajo se enfatizó en la intimidad sexual. Debido a la naturaleza exploratoria de este estudio y su novedad en Puerto Rico, se propuso un estudio cualitativo. Se cumplieron los objetivos del estudio por medio de entrevistas a profundidad semi-estructuradas. En este artículo, nos centramos en los resultados enfocados en las respuestas dadas en la categoría de intimidad sexual. Para facilitar nuestra exposición, hemos clasificado la información obtenida en categorías que nos permiten enfocar en la perspectiva de las PVVS sobre la prevención secundaria y cómo varían estas respuestas según el estado serológico.

### *Participantes*

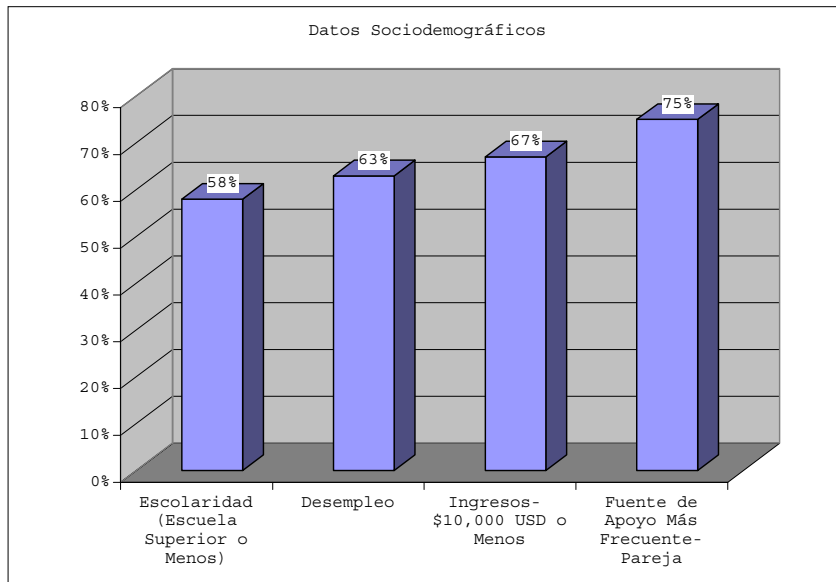
La muestra consistió de 40 puertorriqueños/as (n=20 parejas) que participaron en entrevistas a profundidad semi-estructuradas. Como el enfoque principal del estudio fueron las mujeres que viven con VIH/SIDA (MVVS), las participantes principales del estudio fueron 20 MVVS que se encontraban, al momento del estudio, recibiendo tratamiento antiretroviral. Además, como se exploró el papel de las parejas en la vida diaria de las mujeres, específicamente en la satisfacción con la pareja y la adherencia al tratamiento, los compañeros (n=20) también fueron invitados a participar en el estudio.

Las mujeres que participaron en el estudio cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: (1) de nacionalidad puertorriqueña; (2) adultas (al menos 21 años de edad); (3) ser una persona que vive con VIH/SIDA; (4) estar en tratamiento antiretroviral; y (5) estar en una relación heterosexual por los pasados 6 meses en que ambos vivan juntos y tengan conocimiento del estado serológico de cada cual. Además, sus compañeros debían estar dispuestos a participar para que las mujeres fuesen entrevistadas.

Por otro lado, sus compañeros cumplieron con los siguientes criterios de inclusión al estudio: (1) adultos (al menos 21 años de edad); (2) estar en una relación con la mujer VIH positiva reclutada durante los últimos 6 meses en que ambos vivan juntos y (3) tengan conocimiento del estado serológico de cada cual.

Considerando que la concordancia en estado serológico es un factor importante en las variables del estudio, se reclutaron 11 parejas (22 participantes) que eran VIH concordantes y 9 VIH discordantes (18 participantes). Quedando asegurada la variabilidad relacionada al estado serológico compartido o diferente.

A modo de presentar un perfil de las personas participantes, éstas contaban con una edad promedio de 43 años (DE: 8.8) que fluctuaban entre los 22 hasta 58 años. Más de la mitad (58%) tenían un nivel de escolaridad de cuarto año de escuela superior o menos. El 67% devengaba menos de EEUU \$10,000 al año y un porcentaje similar (63%) estaba desempleado. El 53% (21) de los/as participantes convivía con su pareja y el 40% (16) estaban legalmente casados. Tres cuartas partes (75%) identificaron a su pareja como la fuente de apoyo social principal. La Figura 2 resume los datos principales de la muestra.

Figura 2. *Datos sociodemográficos en porcentajes.*

### *Reclutamiento y Cernimiento de Participantes*

Los/as participantes fueron reclutados/as de dos centros que tradicionalmente han provisto cuidado a PVVS en Puerto Rico. Uno de ellos se encuentra en el área metropolitana de San Juan, capital de Puerto Rico. El otro se encuentra en una Escuela de Medicina en el municipio de Ponce, al sur del país. Se identificaron personas contacto en cada centro (personal clave) para que facilitara el proceso de reclutamiento. Se les solicitó que identificaran las 20 mujeres que podían ser potenciales participantes en sus centros y les solicitaran su participación en el estudio.

Las mujeres completaron un cuestionario corto de cernimiento, administrado por la persona contacto, para asegurar que cumplieran con los criterios de inclusión. La persona contacto también colaboró en reclutar a los compañeros de las participantes. Una vez los compañeros aceptaron participar, completaron un cuestionario de cernimiento administrado por la persona contacto en el centro o por la mujer. La persona contacto evaluó estos cuestionarios de cernimiento y, si ambos, la mujer y su pareja eran elegibles y estaban en la disposición de participar se les contactó por personal del estudio y se les citó a entrevista.

### *Instrumentos*

Se desarrolló una serie de instrumentos que constaban de dos versiones: una dirigida a las mujeres participantes y otra a sus parejas. Entre estos estaban las hojas de cernimiento, los cuestionarios de datos sociodemográficos y las guías de entrevista. Estas últimas se dividían en secciones acorde con las variables del estudio: adherencia al tratamiento, revelación de estado serológico, comunicación, intimidad sexual, apoyo social, violencia doméstica y estigmatización.

### *Procedimiento*

La implantación del estudio constó de tres fases. En la primera fase, desarrollamos las guías de entrevistas y las sometimos a evaluación de cinco profesionales con peritaje en los temas de sexualidad, VIH, estigma y construcción de pruebas para evaluar el contenido de las mismas. Posteriormente, se llevó a cabo un piloto de la entrevista con cuatro parejas. Las grabaciones de estas entrevistas fueron supervisadas por el equipo de investigación y así se identificaron problemas en el manejo de las preguntas o interacciones en la entrevista. Estas entrevistas ayudaron a reformular algunas preguntas y a percatarnos de la importancia de comparar las respuestas de las parejas, pues muchas veces ofrecían respuestas variadas a la misma pregunta.

La segunda fase comprendía la implantación de las entrevistas con las veinte parejas. Para esto, establecimos contacto con personal clave de las organizaciones de servicios quienes colaboraron en la identificación y cernimiento de los/as participantes. Ofrecimos un incentivo para cada participante de EEUU \$50.00.

Cada día que se calendarizaban entrevistas, dos entrevistadores/as del equipo investigativo acudíamos al contexto de servicio para entrevistar a la mujer y a su pareja por separado. De esta manera minimizamos que pudieran sentirse cohibidos/as al responder las preguntas, pues eran entrevistados por personas de su mismo género. El proceso de entrevistas tomó aproximadamente tres meses.

### *Análisis*

Realizamos un análisis de la información obtenida del cuestionario de datos sociodemográficos mediante el uso del programa de computadora *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 12. Utilizamos estadísticas descriptivas de frecuencias, porcentajes y promedios.

Una vez finalizamos el proceso de entrevistas, transcribimos las grabaciones mediante el uso de un procesador de palabras y una grabadora especializada. El texto resultante fue revisado por los miembros del equipo de investigación para minimizar los errores de ortografía.

El equipo de investigación se reunió semanalmente por un periodo de cuatro meses para discutir las transcripciones de las entrevistas. En las reuniones intercambiamos ideas de las entrevistas, particularmente los temas relacionados a las variables del estudio. Determinamos que la unidad de análisis sería el tema y creamos las definiciones para la inclusión del texto en las siguientes categorías: (a) adherencia, (b) satisfacción con la pareja y adherencia, (c) revelación del estatus de VIH, (d) comunicación en la pareja, (e) intimidad sexual, (f) apoyo social, (g) experiencias de violencia en la pareja y, (h) experiencias de estigmatización.

Cada texto fue codificado por dos investigadores/as. Sólo la categorización consensuada se entraba a la matriz creada en el programa de computadoras NUDIST N-VIVO (Versión 2). Con la ayuda de este programa, pudimos realizar el análisis de contenido (AC) de cada categoría temática con la finalidad de examinar y evidenciar las formas en que las personas utilizan sus verbalizaciones o narrativas para constituir o construir su relación, el papel que jugaban ante el VIH/SIDA o identidades nuevas o impactadas por la condición.

El AC es una técnica que permite dar una nueva interpretación de los datos del análisis (en este caso el texto) para generar un nuevo conocimiento a través de la penetración intelectual (Piñuel Raigada, 2002). El AC se convierte en una empresa de develar lo escondido de todo mensaje. En este estudio, se utilizó específicamente el AC descriptivo que tiene el objetivo de, en un marco dado, identificar y clasificar la realidad de los textos mediante categorías previamente concebidas. Lo que hace pertinente esta herramienta metodológica al tema de estudio que nos compete es que permite revisar las aportaciones textuales a partir del contexto en que se produce (cultural, social y personal).

#### Resultados

A continuación compartiremos con ustedes algunos hallazgos que muestran prácticas dentro del contexto de relaciones de pareja heterosexual que transgreden algunas de las nociones básicas de la empresa preventiva ante el VIH. Para facilitar este recorrido presentaremos los resultados en cuatro categorías: (1) el impacto del VIH/SIDA en la sexualidad, (2) las prácticas sexuales dentro del marco heterosexual, (3) las prácticas de riesgo: ¿opción o desinformación?, y (4) el condón como significante de regulación.

#### *El Impacto del VIH/SIDA en la Sexualidad*

Como se ha mencionado, las personas que viven con VIH/SIDA tienen luchas con una ausencia de libido persistente y los efectos secundarios de los medicamentos dentro del contexto de la intimidad sexual y de su imagen corpórea. Como veremos en las citas siguientes los problemas relacionados a la intimidad sexual ocurrían particularmente en mujeres que experimentaban dificultad en el ajuste a los cambios de su imagen corpórea o disminución del libido. El 30% (6) de las mujeres mencionaron no sentirse atractivas sexualmente debido a los efectos secundarios de los medicamentos. Estos cambios llevan a estas mujeres a consideraciones relacionadas a la adherencia al medicamento antiretroviral.

- *Ay, no [se siente sexualmente atractiva], con esta barriga, no. Es que yo nunca había tenido barriga, nunca en mi vida había sido pipona y esto me tiene a mí grave. Porque de verdad que es senda panza, con los medicamentos estos. Pues...antes éramos más liberales y ahora, pues tenemos que tener más precaución. Tenemos que tener precaución y antes no teníamos ninguna eso sí, eso sí, por la lipodistrofia eso sí lo he pensado [dejar los medicamentos]. (Mujer)*
- *Los medicamentos le han quitado el deseo sexual. Antes tenía más deseo sexual que ahora. (Hombre)*
- *La condición de la lipodistrofia, la acumulación de grasa donde uno no la quiere, las piernas se me han puesto bien flaquitas, tú sabes. (Mujer)*

#### *Las Prácticas Sexuales dentro del Marco Heterosexual*

Los discursos característicos de la modernidad que promueven lo “natural” a los cuerpos femeninos y masculinos, y su dictamen en cuanto a las posibilidades de los mismos, plasman el repertorio sexual de los(as) participantes del estudio. Un 30% (6)

mencionó frases que indicaban que la práctica sexual más frecuente era la “normal”. Citas como las siguientes nos apuntan a cómo la noción de “normalidad” basada en los discursos sociales morales y científicos delimitan las opciones de parejas heterosexuales al encuentro entre pene y vagina:

- *Ehhhh... la normal, lo que es normal. El pene-vagina, ¿entiendes? Lo normal.* (Hombre)
- *La normal. La relación normal que deben tener un hombre con una mujer. Sí, ella encima.* (Hombre)
- *Pues casi siempre yo estoy abajo, lo mismo me voy yo arriba. Lo normal.* (Mujer)
- *Lo normal, por el frente.* (Hombre)
- *Penetración vaginal, lo normal.* (Mujer)

Aunque “lo normal” para una pareja no es necesariamente lo que para otra, parece claro que no importan si es arriba o debajo, por delante o por detrás, después que no incluya penetración anal o sexo oral, se concibe como una práctica sexual legítima y “natural”. Las citas a continuación abonan a este punto.

- *Al principio [practicaban sexo anal], pero ya gracias a Dios que él no me lo ha pedido, la Biblia lo condena.* (Mujer)
- *El sexo anal no.* (Hombre)
- *El anal es el que menos practicamos, como dos veces al año.* (Mujer)
- *Lo que hacen los homosexuales, eso no, no.* (Hombre)

Sin embargo, un dato interesante que alude a la transformación de los papeles sexuales en cuanto al género, es que la mayoría de las mujeres indicaron que no estaban satisfechas con la frecuencia de encuentros sexuales, pero pocas refirieron llevar a cabo modificaciones para mejorar su situación. Con la particularidad de que el VIH, los efectos secundarios del tratamiento antiretroviral y las otras complicaciones impuestas por el “sexo seguro” tienen impacto en este factor.

- *Si no tuviera [VIH]... pues yo creo que todo hubiese seguido igual que antes. Bueno, 2 ó 3 veces en semana... acuérdate que ya yo, yo tampoco tengo 20 años.* (Mujer)
- *Pues yo entiendo que él a veces está cansado, que tiene un horario bien “busy” que tiene pues, cosas que hacer y pues uno entiende esa parte... hemos descuidado eso...* (Mujer)
- *Puede que yo haya perdido un poco de... porque eso sí yo he notado, pero no sé si es por los años o si sea por, por... por los medicamentos.* (Mujer)
- *Me gustaría que fuera como antes.* (Hombre)

Quizás donde se ve el impacto de las campañas educativas y de la desinformación es en qué prácticas llevan a cabo y cómo el estado serológico del hombre impacta las mismas.

*Las Prácticas de Riesgo: ¿Opción o Desinformación?*

La herencia de las campañas educativas dirigidas a fomentar el miedo se manifestaron en algunas de las respuestas ofrecidas. Como una participante comentó:

- *“estábamos haciéndolo todo el tiempo. Pero ahora tenemos que tener cuidado con eso, cuidado con lo otro. Ahora yo le hago sexo oral a él. Él a mí ya no [para prevenir infección]...”*. (Mujer)

Por su parte, uno de los participantes de estado serológico negativo expresó:

- *“Yo no tengo relaciones sexuales con ella... porque estoy esperando a que se ponga más fuertecita”*. (Hombre)

Otro participante negativo mencionó el impacto de la serodiscordancia:

- *“A veces si llevo mucho tiempo [sin tener relaciones sexuales] ella me dice que se pregunta si tiene que ver con que ella tenga VIH”*. (Hombre)

Otra participante compartió que:

- *“...él no quiere [tener sexo con ella] y me dice ‘que me voy a enfermar’ y yo le digo pues mijo imagínate, hay que hacerlo...”*. (Mujer)

Estas citas además de demostrar falta de conocimiento, nos presentan un panorama nada favorecedor para el disfrute de la sexualidad de la mujer, restringiendo sus posibilidades en cuanto al repertorio sexual. Por otra parte, es precisamente el miedo el que genera la ansiedad que a su vez fomenta la estigmatización. Parejas serodiscordantes mencionaron ejemplos que aludían a la debilidad corporal o la falta de interés en el sexo como las citas mencionadas en el párrafo anterior.

Interesantemente, aun cuando el uso del condón ha sido eje central de las campañas preventivas estas citas evidencian la falta de información en cuanto a la re-infección y el uso del mismo.

- *No me gustan a mí tampoco [los condones], pensamos que es el mismo virus. Como yo la contagié*. (Hombre)
- *Lo usamos casi siempre cuando tenemos riesgo en el sexo vaginal. En el sexo anal no*. (Mujer)
- *No, y no tenemos no tenemos miedo a ninguna re-infección*. (Hombre)

Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la prevención no necesariamente recae en la falta de conocimiento. De hecho, esta última cita bien podría interpretarse no como falta de conocimiento, sino como una forma de enfrentarse a los discursos de la prevención. O como compartió una participante:

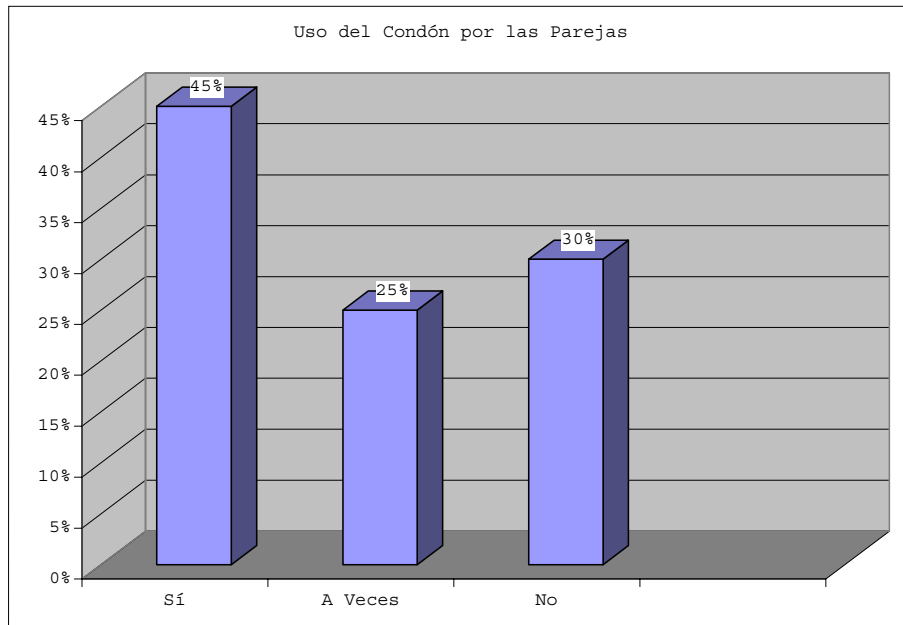
- *“A mí lo que me afecta mucho es que si él no quiere tener un condón que a él le sigan bajando las CD4. Tú sabes, cuando su carga viral suba mucho entonces la mía, que está estable, empezará a tener un desbalance”*. (Mujer)

Citas como ésta, además de presentarnos la desventaja que tiene la mujer a la hora de negociar el uso del condón, nos apunta a que precisamente es el uso del condón el gran reto de la empresa preventiva. Como veremos en esta próxima sección, su uso va acompañado de una serie de significados sociales y personales que lo hacen el adminículo más importante para la prevención del VIH.

#### *El Condón como Significante de Regulación*

Cuando el riesgo tiene repercusiones que desbaratan los atributos de salubridad, el impacto y su significado son diferentes. Del total de la muestra de parejas, nueve parejas respondieron afirmativamente al uso del condón, mientras que seis contestaron rotundamente que no los usaban y cinco indicaron que a veces lo utilizaban (Figura 4). Del total de 20 parejas, 11 nunca utilizaba el condón o lo utilizaba a veces. Más allá del porcentaje, las razones de las parejas para no utilizar el condón eran sumamente variadas y estaban relacionadas al estado serológico.

Figura 4. *Porcentaje de parejas que hacen uso del condón.*



Las razones ofrecidas para justificar su oscilación entre las veces que sí y las veces que no fueron diversas. Entre éstas:

- *Es ahí donde tengo problemas con él. No se los quiere poner.* (Mujer)
- *Sabemos que sí tenemos que usar condones... nos ha dicho la doctora.* (Mujer)
- *Hay a veces que lo usamos pero, a veces no llegamos a tiempo.* (Mujer)

- *El uso del condón, hace la cosa menos excitante. (Hombre)*
- *Uno tiene que aguantar lo que quiere hacer hasta prepararse. (Mujer)*
- *Sí, todo el tiempo [usa condón], todo el tiempo desde que supe el diagnóstico, sí, sí, hay que cuidarlo (refiriéndose al esposo). (Mujer)*

Revisando las citas mostradas previamente, no debe sorprender que sean los hombres los que visualizan de manera más negativa, en contraste a las mujeres, el uso del condón ya que se ha perpetuado la noción de que disminuye la sensación de placer, lo que puede dificultar la experimentación de orgasmo. Una vez más, en un encuentro cara a cara entre el deseo y la razón, el primero lleva la delantera.

El uso del condón cobra mayor importancia cuando se discuten las conductas de mayor riesgo como el sexo anal. De nuestras parejas, siete (35%) indicaron practicar el sexo anal, de éstas, la mayoría (71%) indicó no utilizar el condón o utilizarlo a veces. Al ver los resultados por estado serológico, la mayoría de las parejas (80%) que llevaban a cabo esta conducta de riesgo sin condón eran seroconcordantes.

Sin embargo, el hallazgo más prominente en cuanto al uso del condón en esta muestra de parejas recae en el hecho de que la mayoría (64%) de las parejas que identificaron no utilizar el condón o utilizarlo a veces eran parejas seroconcordantes. Para ser específicos, la mayoría (67%) de las parejas que respondieron que nunca usaban el condón eran parejas seroconcordantes. Esto en contraste con las parejas serodiscordantes, de las que más de la mitad (56%) identificaron usar el condón. La razón principal para el uso era el temor a infectar a la pareja de estado serológico negativo: *“Él no tiene el virus y eso me hace sentirme responsable. [Por eso usa condón]”*. Mientras que la mayoría (63%) de las parejas seroconcordantes no usaban el condón o lo usaban a veces.

Mayormente las parejas seroconcordantes actuaban bajo la ignorancia de la reinfección del virus ante las relaciones sexuales sin protección. Como comentó un participante: *“No me gustan [los condones], pensamos que es el mismo virus, como yo la contagié”*.

Por otra parte vimos que algunas personas actúan resistiendo lo que comprende la red de profesionales de la salud vinculados a la prevención del VIH, que vigila el comportamiento de sus “pacientes” en nombre de la salud pública. Como comenta uno de los participantes: *“No usamos condones. Nunca lo hemos discutido con el médico porque si se lo decimos nos regaña porque se supone usemos el condón.”* Otra participante dijo: *“no los usamos como nos dijeron, pero tenemos en la gaveta”*.

Algunos asumieron su estado serológico por elección propia como comentó este participante masculino: *“Yo no tenía que estar en ese barco, si ella es positiva, yo salí en el 96, pero a mí no me importó”*. Otro participante de estado serológico negativo se impuso al componente de vigilancia al punto de no querer hacerse la prueba y mantener conductas de riesgo con su pareja:

*E: Ni usted ni ella conocen su estatus [estado serológico]...¿no se ha hecho las pruebas?*

*P: No, yo no*

*E: ¿No le interesa?*

*P: No, porque llevo con ella 7 años y ¿pa' qué?... Yo voy a seguir con ella hasta que ella diga*

*E: Como quiera usted se las puede hacer aquí*

*P: Sí, no está demás... es que yo soy una persona que no me gusta que me obliguen los médicos...yo tomo la iniciativa cuando yo quiera... (Hombre)*

Estas citas nos presentan que las campañas de prevención han omitido consideraciones que traspasan los discursos de la racionalidad, que apelan a un sentido común o al miedo como motivación a la prevención y esto se refleja en el avance firme de la epidemia. Ahora discutiremos las implicaciones de estos resultados partiendo del legado histórico hacia la regulación de la sexualidad.

#### Discusión

Como pudimos observar, las prácticas sexuales de los/as participantes siguen amparándose en un marco tradicional de la sexualidad, ponderando posiciones sexuales típicas. La penetración pene-vagina fue la conducta sexual más practicada y el sexo anal, con todo su matiz “antinatural”, fue la que menos practicaban. El hombre era el responsable del placer y la mujer en un rol pasivo: deseaba con mayor frecuencia las relaciones pero le dejaba ese “trabajo” al hombre. No obstante, vale la pena aclarar que a diferencia de la sexualidad característica de la modernidad, específicamente del patriarcado, dirigida a la procreación y a cumplir con el “deber marital”, éste no es necesariamente el caso. Las parejas sí buscaban el placer en su sexualidad por lo que el desuso del condón no se debía al deseo de concebir.

Ante la pregunta de qué prácticas evidencian que las relaciones de pareja reflejan prácticas de riesgo que impactan los esfuerzos de prevención, bien podríamos decir, además de los factores ya mencionados, que se manifiestan en el desuso del condón. Muchas mujeres revelaron lo que también se presenta en otros estudios (Allen et al., 2003; Malamba et al., 2005; Ortiz-Torres, Serrano-García, & Torres-Burgos, 2000), que las parejas heterosexuales tienen serios problemas en utilizar el condón. Esta situación cobra mayor importancia entre las parejas seroconcordantes de nuestra muestra debido a la tendencia a exponerse a la mutación viral, crear resistencia al tratamiento antiretroviral de gran alcance (TARGA), y la re-infección, como la muestra latina de Galvão y colaboradores (2004). Al igual que en otro estudio ya citado (Maticka-Tyndale, Adam, & Cohen, 2002), la mayoría se expone por falta de conocimiento o confusión. Aun cuando hay conocimiento sobre las implicaciones de no utilizar el condón, hay elementos de transgresión al dictamen de los/as profesionales de la salud y de no someterse a la regulación externa del panóptico que corta la “magia” del momento al tener que tomar en cuenta los preparativos para un intercambio sexual “saludable”. Es decir, la pasión versus la razón. Entonces el reto que nos queda es cómo podemos diluir el antagonismo entre estos dos mundos: el cognoscitivo y racional controlado por la mente y el pasional que responde al deseo.

La respuesta, a nuestro entender, se encuentra en la naturaleza de las clínicas como panóptico y los enfoques de la sexualidad que allí se enfrentan. El/la paciente con su *ars erotica*, el/la profesional con la *scientia sexualis*. El/la paciente es constituido como un cuerpo dócil; pero la resistencia se da de parte de ambos. El/la paciente resiste la vigilancia y el control a través de su uso selectivo de los servicios (Ej. “no me pienso hacer la prueba”) y de lo limitado de sus respuestas sobre sus conductas (Ej. “no se lo decimos a la doctora porque nos regaña”). El/la profesional (¡paradójicamente!) contribuye a la resistencia del/la paciente al pensar que la conducta del trabajo clínico

reduce el potencial erótico del encuentro, pero su práctica, al centrarse en pruebas de laboratorio, es con una distancia simbólica o real. Esto es particularmente cierto ante los deberes de la clínica como panóptico, donde estos deberes nacen de la *scientia sexualis* y convierten las clínicas en panóptico al cual las PVVS se resisten. Gran parte de esta conducta profesional parece ser dirigida por la necesidad de contener y evitar lo erótico, a pesar de la saturación de las clínicas por la sexualidad. Probablemente lo erótico le resulta amenazante a la clínica, evitando el acercamiento. Las técnicas de recolectar muestras y demás enfatizan este distanciamiento, pues en muchos casos los resultados son los encargados (implícitamente) de abordar la sexualidad.

Foucault (1977) rastrea el *ars erotica* a través de la práctica de auto-formación Greco-Romana del *askēsis*<sup>2</sup>. Retomamos el término de *ars erotica* también en sentido metafórico para darle forma a las actividades, esfuerzos e imaginaciones de las parejas y sus biografías eróticas y conductas. Hay una afinidad clara entre la auto-observación que llevan a cabo las parejas y el *askēsis*.

Las narrativas de las parejas son textos cubiertos de *ars erotica*, brindando cierta resistencia a la retórica de la clínica de la *scientia sexualis*. En otras palabras, a pesar de la estructura, la retórica, y lo ceremonial de la ciencia racional de la medicina clínica, el imaginario de las PVVS está saturado de deseos y de lo erótico.

El cuerpo que asiste a la clínica es el de *afuera*: el besado, el tatuado, el eyaculado. Es el cuerpo que ha sido socialmente localizado en tiempo y espacio, transformado de amante a paciente, del conocimiento del placer al conocimiento del padecimiento. *Dentro* de la clínica, este cuerpo (postmoderno), es desgarrado simbólicamente del erotismo de su vida *afuera* en un ambiente saturado de sexualidad que opera dentro de modelos médicos (modernista).

De estos modelos modernistas nacen las cantaletas de sexo seguro ante las sexualidades peligrosas de los/as pacientes. Sin embargo, la alta incidencia de la pandemia del VIH/SIDA podría indicarnos que esta promoción de sexo seguro ha fracasado. Tal paradoja tortuosa requiere estudio adicional, en los que ambos, los/as profesionales y los/as pacientes, exploren las identidades personales en acción. Es acá donde debemos reconsiderar el papel de la psicología y sus posibles aportaciones a la empresa preventiva. La psicoterapia es un espacio idóneo para considerarse la identidad personal y la intimidad, y en donde aborden una definición de la persona en términos de *cómo se siente* en lugar de *qué es lo que hace*. Por lo cual contribuiría a que los esfuerzos de prevención puedan, a través del *askēsis*, acercarse a esa sexualidad individualizada de ese cuerpo de afuera de la clínica.

Utilizar el conocimiento y no las prohibiciones morales dirigidas a eliminar conductas y prácticas sexuales debería ser nuestra meta. El hecho de que la epidemia continúa es la mejor evidencia que el método de control moralista no es funcional. Es imperativa la comprensión de que no podemos negar que la psicología, específicamente el área clínica, no dejará de impactar y establecer controles en las conductas. Pero debe ser un control sensato basado en la necesidad de proteger el bienestar de las personas que viven con VIH y de terceros independientemente de sus prácticas sexuales. De otra forma, esos esfuerzos pueden resultar ingenuos y marginar a las poblaciones a las que pretenden servir. Cuando los mensajes más simples para prevenir el SIDA, tales como “practica la monogamia” no se concilian con la crítica social a la pobreza, la desigualdad,

---

<sup>2</sup> Disciplina griega que consiste en reprimir la lujuria.

el racismo, la discriminación de género y otros factores estructurales, esas cantaleas sólo alimentan el estigma. La infección se convierte en fracaso moral.

### *Limitaciones y Recomendaciones*

Las PVVS que se entrevistaron forman una muestra pequeña, predominantemente de clase pobre, restringiendo la diversidad de los/as participantes. En un estudio futuro se debe prestar mayor atención al reclutamiento de PVVS de un acervo sociodemográfico más variado. Esta variedad se debe lograr especialmente con una muestra mayor y que incluya una intervención con las consideraciones expuestas para reducir las conductas de riesgo.

Cabe recalcar que este estudio se valió en su totalidad de las respuestas brindadas por los/as participantes a los/as entrevistadores/as. Estas respuestas pudieron haber sido afectadas por variables como la deseabilidad social, la vergüenza, o desconfianza. Sin embargo, no hay duda de que este estudio refleja las luchas e intimidaciones diarias de PVVS que reciben TARGA. Habla de una diversidad de experiencias, sucesos, compromisos, y retos. También alerta a los/as profesionales de la salud de las áreas de mayor importancia y precaución al manejar PVVS. La intimidad sexual no puede ser tratada como un asunto “opcional” para las PVVS. Ya sea variando dosis de medicamentos, o trabajando en psicoterapia (considerando el *ars erotica*), el atender la sexualidad en pleno requiere mayor atención.

Los resultados de este análisis brindan a los/as profesionales de las ciencias sociales un atisbo valioso que ayuda a partir de nuevas premisas en torno a la sexualidad de las PVVS para la creación de nuevas intervenciones que consideren a las parejas seroconcordantes y que no sigan “invisibles” ante los esfuerzos de prevención.

### Referencias

- Allen, S., Meizen-Derr, J., Kautzman., M., Zulu, I., Fideli, U. et al. (2003). Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS*, 17(5), 733-740.
- Barton, B., & Barton, M. (1993). Modes of power in technical and professional visuals. *Journal of Business and Technical Communication*, 7(1), 138-162.
- Beckerman, N. (2002). Couples coping with discordant HIV status. *AIDS Patient Care STDS*, 16, 55-59.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *HIV/AIDS Surveillance Report*. Washington, D.C.: Author.
- Coates, T. (2001, June). *Prevention among MSM when AIDS is no longer so deadly*. Presented at the 101 Annual Canadian Conference on HIV and AIDS, Toronto, Canada.
- Cusik, L., & Rhodes, T. (2000). Sustaining sexual safety in relationships: HIV positive people and their sexual partners. *Culture, Health & Sexuality*, 2(4), 473-487. Obtenido del Internet el 3 de octubre de 2004 de: <http://www.psycinfo.com>
- Daubón, R., Marqués, D., & Rodríguez Madera, S. (2004, Noviembre). *Del amor al riesgo: El papel de la sexualidad en la satisfacción con la pareja: Las voces de*

- mujeres que viven con VIH/SIDA*. Presentación Oral en la “Quincuagésimo Primera Convención Anual APPR”, Ponce, Puerto Rico.
- Derlega, V., & Barbee, A. (1998). *HIV & Social Interaction*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dodds, J., Bolding, G., Sherr, L., Mercey, D., & Elford, J. (2001, July). *High risk sexual behaviour among London gay men 1999-2000: Implications for primary HIV prevention*. Presented at AIDS Impact, Brighton Beach, England.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I: La voluntad del saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1993). *Historia de la sexualidad II: El uso de los placeres*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1995). *Discipline and punish: The birth of the prison*. New York: Vintage Books.
- Galvão, M., Cerqueira, A., & Marcondes-Machado, J. (2004). Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mujeres com HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública*, 38, 2 194-200.
- Heard, I., Potard, V., Costagliola, D., & Kazatchkine, M. (2004). Contraceptive use in HIV- positive women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 36, 714-720.
- Harvey, S., Bird, S., Galaviotti, C., Duncan, E., & Greenberg, D. (2002). Relationship power, sexual decision making and condom use among women at risk for HIV/STDS. *Women Health*, 36, 69-84.
- Irvine, J. (1990). *Disorders of desire: Sex and gender in modern American sexology*. Philadelphia: Temple University Press.
- Irwin, A., Millen, J., & Fallows, D. (2004). *SIDA global: Verdades y mentiras*. Barcelona: Paidós.
- Janssen, R., Holtgrave, D., Valdiserri, R., Shepherd, M., Gayle, H., (2001). The serostatus approach to fighting the HIV epidemic: Prevention strategies for infected individuals. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1019-1024.
- Joffe, H. (1997). Intimacy and love in late modern conditions. In J. Ussher (Ed.), *Body Talk: The material and discursive regulation of sexuality, madness, and reproduction* (pp.150-175). New York: Routledge.
- Kelly, J., & Kalichman, S. (2002). Behavioral research in HIV/AIDS primary and secondary prevention: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 626-639.
- Malamba, S., Mermin, J., Bunnell, R., Mubangizi, J., Kalule, J., Marum, E. et al., (2005). Couples at risk: HIV-1 concordance and discordance among sexual partners receiving voluntary counseling and testing in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 15(39), 576-580.
- Maticka-Tyndale, E., Adam, B., & Cohen, J. (2002). Sexual desire and practice among people living with HIV and using combination antiretroviral therapies. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 11, 33-40.
- Moore, J., Saul, J., VanDenvanter, N., Kennedy, C., Lesondak, L., O'Brien, T. (1998). Factors influencing relationship quality of HIV-serodiscordant heterosexual

- copules. In V. J. Derlega & A. P. Barbee (Eds.), *HIV & social interaction* (pp. 165-192). Thousand Oaks, CA: Sage.
- ONUSIDA (2006, mayo). *2006 Report on the global AIDS epidemic*. New York: Author.
- Ortiz-Torres, B., Serrano-García, I., & Torres-Burgos, N. (2000). Subverting culture: Promoting HIV/AIDS prevention among Puerto Rican and Dominican. *American Journal of Community Psychology*, 28, 859-882.
- PAHO (2001). *AIDS surveillance in the Americas* [On line]. Obtenido el 23/10/02: <http://www.paho.org>
- PASET (2006, Junio). *AIDS surveillance report*. Departamento de Salud: Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Piñuel Raigada, J.L. (2002). Epistemología, metodología y técnica de análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3, 1-42.
- Pryce, A. (2001). Governmentality, the iconography of sexual disease and 'duties' of the STI clinic. *Nursing Inquiry*, 8(3), 151-161.
- Remien, R., Carballo-Diéguez, A., & Wagner, G. (1995). Intimacy and sexual risk behavior in serodiscordant male couples. *AIDS Care*, 7, 429-438.
- Remien, R., Wagner, G., Carballo-Diéguez, A., & Dolezal, C. (1998). Who may be engaging in high risk sex due to medical treatment advances? *AIDS*, 12(12), 1560-1561.
- Rodríguez Madera, S., & Marqués, D. (2006). Las relaciones de parejas como espacios para el descontrol: La transgresión de la demanda preventiva ante el VIH. *Ciencias de la Conducta*, 21(1).
- Rodríguez Madera, S., & Toro-Alfonso, J. (2005). Gender as an obstacle in HIV/AIDS prevention: Efforts for male-to-female transgenders. *International Journal of Transgenderism*, 8(2/3), 113-122.
- Semple, S., Patterson, T., Temoshok, L., McCutchan, J., Straits-Troster, K., Chandler, J. et al. (1993). Identification of psychological stressors among HIV-positive women. *Women and Health*, 20, 15-36.
- Van der Straten, A., Vernon, K., Knight, K., Gómez, C., & Padian, N. (1998). Managing HIV among serodiscordant heterosexual couples: Serostatus, stigma and sex. *AIDS Care*, 10, 533-548.
- Van Devanter, N., Thacker, A., Bass, G., & Arnold, M. (1999). Heterosexual couples confronting the challenges of HIV infection. *AIDS Care*, 11, 181-194.
- Varas Díaz, N., Serrano-García, I., & Toro-Alfonso, J. (2004). *Estigma y diferencia social: VIH/SIDA en Puerto Rico*. San Juan, Puerto Rico: Ediciones Huracán.
- Varas Díaz, N., & Toro-Alfonso, J. (2005). La moralidad, el riesgo, el cuerpo y la razón como supuestos teóricos de la empresa de la salud en Puerto Rico: ¿Existen las personas saludables? *La Catarsis de Quirón*, 3, 1. Disponible el 9/14/2005 en: <http://www.catarsisdequiron.com>
- Vess, J., Moreland, J., & Schwebel, A. (1985). An empirical assessment of the effects of cancer on family role functioning. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3, 1-16.
- Weeks, J. (1985). *Sexuality and its discontents: meanings, myths and modern sexualities*. New York: Routledge.

- Whittle, S. (1995). Gender fucking or fucking gender? In D. King & R. Ekins (Eds.) *Blending genders: Social aspects of cross dressing and sex changing* (pp.196-214). New York: Routledge.
- Wilson, T., & Minkoff, H. (2001). Brief report: Condom use consistency associated with beliefs regarding HIV disease transmission among women receiving HIV antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 27, 289-291.
- World Bank. (2001, Diciembre). *HIV/AIDS in the Caribbean: Issues and options*. Washington, D.C., USA: Author.
- 

### Author Note

El Dr. Marqués es un psicólogo clínico en práctica privada y es facultad adjunta en el programa graduado de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto Metropolitano. Correspondencia relacionada a este artículo debe ser enviada a: Dr. Domingo J. Marqués, #607 Calle Condado Suite 401 Santurce PR 00969; Teléfono: 787-725-5013; CorreoE: drmarques@psicologiapr.com

Copyright 2007: Domingo J. Marqués Reyes, Sheilla Rodríguez Madera, Leida Matías Carrelo, and Nova Southeastern University

### Article Citation

Marqués, D. J., Rodríguez, S., & Matías, M. (2007). Entre la Razón y la Pasión: La Intimidad Sexual en Parejas Heterosexuales ante la Empresa Preventiva del VIH/SIDA. *The Qualitative Report*, 12(4), 658-679. Retrieved from <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR12-4/marqués.pdf>

---