

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Mujeres que viven con VIH/SIDA que han sido madres recientemente y salud mental: problemáticas que aparecen en el vínculo con sus parejas.

Obiols, Julieta.

Cita:

Obiols, Julieta (2013). *Mujeres que viven con VIH/SIDA que han sido madres recientemente y salud mental: problemáticas que aparecen en el vínculo con sus parejas*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/301>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/vdo>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA QUE HAN SIDO MADRES RECIENTEMENTE Y SALUD MENTAL: PROBLEMÁTICAS QUE APARECEN EN EL VÍNCULO CON SUS PAREJAS

Obiols, Julieta

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Resumen

Un dispositivo de entrevistas conducido con mujeres que viven con VIH/Sida que han sido madres recientemente permitió identificar problemáticas asociadas a la infección que son causa de sufrimiento psíquico para ellas. Este trabajo se propone comenzar a analizar las problemáticas que aparecen en la relación con sus parejas varones. Las normas y expectativas de género inciden sobre todo tipo de comportamientos sociales, entre ellos los que se vinculan con la salud, la enfermedad y la atención. Algunas de las problemáticas que relatan las mujeres remiten al modo en que los varones se vinculan con la infección, desde la realización del testeo diagnóstico al tratamiento en caso de necesitarlo. Además los relatos de las mujeres evidencian que la infección visibiliza problemáticas de pareja que conllevan sufrimiento psíquico. Los aspectos subjetivos de la infección suelen ocupar un lugar secundario en el abordaje de la misma, sin embargo pueden además de causar malestar, obstaculizar el desarrollo de los cuidados y tratamientos. La inclusión de prácticas en salud mental desde un enfoque comunitario, que incluya la perspectiva de género permitiría alojar estas problemáticas como parte de la atención integral de las mujeres que viven con VIH/Sida en los servicios de públicos de salud.

Palabras clave

VIH/Sida, Mujeres, Varones, Perspectiva, de, género, Salud Mental

Abstract

WOMEN LIVING WITH HIV/AIDS WHO HAVE RECENTLY BECOME MOTHERS AND MENTAL HEALTH: PROBLEMS IN THE RELATIONSHIP WITH THEIR PARTNERS

A work device conducted with women living with HIV/Aids who have recently become mothers allowed to detect some problems related with the infection that causes psychic suffering to women. This work aim is to analyse in particular the problems associated with the infection that affect women relationships with their partners and cause psychic suffering. Some of the problems are related to how man deals with the infection. Others are related to how the infection promotes relationship issues. From a bio medical perspective the subjective dimension of the HIV/Aids infection is not considered. These problems if are not considered can interfere with women treatments. The inclusion of mental health practices, from a community and a gender perspective would allow to take these problems under consideration as part of the integral health care of women living with HIV/Aids.

Key words

HIV/Aids, Women, Men, Gender, perspective, Mental Health

Introducción (1)

Un dispositivo de entrevistas y asesoría conducido con mujeres que viven con VIH/Sida que han sido madres recientemente y que traen a sus bebés a realizar testeo diagnóstico por Transmisión Vertical (Obiols, Schajovitsch, Di Corrado; 2009) permitió detectar distintas situaciones problemáticas asociadas a la infección que interpelan al campo de la salud mental. Estas problemáticas son causa de sufrimiento psíquico (Augsburger, 2004) para las mujeres y si no son tenidas en cuenta, pueden además dificultar la continuidad de sus tratamientos médicos y farmacológicos (Obiols, 2012; Obiols y Stolkiner, 2012).

Este trabajo en particular, tiene como objetivo realizar un primer análisis de las problemáticas que introduce la infección en la relación de las mujeres con sus parejas varones. El 89 % de las mujeres entrevistadas afirma durante la entrevista estar en pareja con el padre del bebé que trae a testear (Obiols, 2012; Obiols y Stolkiner, 2012). Algunas de las situaciones problemáticas que relatan las mujeres remiten a la forma en que los varones se vinculan con la infección y su atención, desde la realización del testeo diagnóstico a la forma en que encarar el tratamiento en caso de necesitarlo.

Además por ser la vía de transmisión sexual en las mujeres del estudio la principal vía de transmisión del VIH/Sida, desde el momento de su detección inevitablemente emergen cuestiones relacionadas con la sexualidad y la pareja. En el discurso de las mujeres, se pone de relieve que la infección visibiliza situaciones que cuestionan la confianza y el cuidado en la pareja que movilizan toda su situación familiar y pueden causar sufrimiento psíquico. Estas problemáticas no siempre son tenidas en cuenta en los servicios públicos de salud donde se atienden.

Los aspectos subjetivos, vinculares y emocionales de la infección suelen ocupar un lugar secundario en el abordaje de la misma, según la importancia que le otorgue cada profesional o cada servicio sin que haya criterios unificados. Sin embargo cuando no forman parte de la atención integral (Bursztyn y otros, 2010) de las mujeres, pueden además de causar malestar, obstaculizar el desarrollo de los cuidados y tratamientos médicos y farmacológicos, los propios y los de prevención de la Transmisión Vertical.

Género, salud y sufrimiento psíquico

El género ha sido definido como "la simbolización que elaboran las distintas culturas acerca de las diferencias de los sexos, estableciendo normas y expectativas sobre roles específicos, así como conductas y comportamientos en función de las diferencias biológicas expresadas en el cuerpo. Mediante el proceso de constitución del género la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los

hombres y las mujeres, lo que es propio de cada sexo” (Lamas, 1991). En continuidad la masculinidad hegemónica (Connell, 2003) se define por su rol activo, así como por su fortaleza en oposición a la debilidad y pasividad atribuida a la femineidad desde una mirada tradicional y binaria.

Estas normas y expectativas tienen incidencia sobre todo tipo de comportamientos y conductas sociales, entre ellas las que se vinculan con la salud, la enfermedad y la relación que se establece con los servicios de atención. En este sentido las mujeres acceden más frecuentemente a los servicios de salud que los varones (Stolkiner, Comes y otros, 2003; Tajer, 2012) a quienes el rol de enfermo asociado a la debilidad, no les está socialmente permitido. Sin embargo, sobre las mujeres suele recaer la responsabilidad por el cuidado de salud de toda la familia (Menendez, 1993), incluidos los varones que difícilmente se hacen cargo de su propio cuidado, debiendo postergar ellas sus propias necesidades de salud.

Además las normas y expectativas de género promueven en las mujeres y los varones distintos tipos de malestares en la búsqueda por satisfacerlas y en las dificultades que ponen en evidencia la imposibilidad de hacerlo del todo. Si la salud mental desde la perspectiva comunitaria (Stolkiner, 1988; Galende, 1997) se propone el abordaje de situaciones que sean causa de sufrimiento psíquico, aunque no puedan ser asociadas a entidades psicopatológicas definidas, deberá tener en cuenta la forma en que las normas de género promueven distintas formas de malestar según la forma en que la persona se ubique y sea ubicada en función de estas y en su relación con quienes la rodean.

Varones, VIH/Sida y atención en salud

El borramiento del cuerpo producido durante la modernidad (Le Breton, 1990) constituye un obstáculo para el abordaje y tratamiento de la infección de VIH/ Sida en sus etapas iniciales y asintomáticas. A diferencia de las mujeres que se anotan de la infección durante el embarazo, a quienes esta situación de por sí les pone en evidencia su propio cuerpo, para sus parejas varones la imposibilidad de constatar algún tipo de síntoma corporal puede dificultar pensar siquiera en la posibilidad de tener el virus y esto muchas veces actúa como obstáculo para realizar el testeo diagnóstico. Una entrevistada cuenta refiriéndose a su pareja: “Dice que no se quiere hacer los estudios porque dice que se siente bien. Le dije que se los haga pero no entiende.” (E26. 42 años. Primario completo. Costurera. Cinco hijos). A veces la invisibilidad corporal obstaculiza inclusive la realización de controles como parte del tratamiento una vez constatada la necesidad. Otra entrevistada dice “Hace dos años que sabe que es positivo pero no está en tratamiento. Dice que no quiere saber nada por ahora del tratamiento.” (E23. 35 años. Secundario completo. Ama de casa. Madre primeriza).

Una característica descripta de la utilización de los servicios de salud por parte de varones de sectores populares, es que sólo van al médico cuando la disfunción orgánica arriba a tal punto que ya no les permite continuar con sus vidas de rutina (Llovet, 1989). La situación de la negación al tratamiento cambia si la infección empieza a producir efectos a nivel del cuerpo y esto comienza a tener consecuencia sobre sus vidas cotidianas. Una entrevistada cuenta: “Nunca hizo tratamiento, ahora va a empezar, tiene tuberculosis y no puede trabajar.” (E52. 41 años. Primario completo. Ama de casa. Cuatro hijos). El registro del cuerpo se produce finalmente cuando este deja de funcionar correctamente y dificulta cumplir con los deberes y tareas. Los varones “se resisten a portar sobre sí el rol de enfermo y, especialmente, el de paciente, en virtud de las modificaciones en las identidades intrafamiliares que esos roles suelen

acarrear” (Llovet, 1989). Sobre el varón recae tradicionalmente el rol de proveedor del hogar, el cual puede verse impedido debido a la infección, en etapas tempranas, fundamentalmente por el estigma social que todavía promueve más que por el malestar corporal que puede no aparecer si se trata tempranamente. Esta negativa de los varones a hacerse cargo del cuidado de su propia salud, suele repercutir en mayores responsabilidades para la mujer a quien se le suma al cuidado de los hijos e hijas el cuidado de su pareja. Una entrevistada relata: “Tengo que lidiar con el nene y con él. Me ocupo del papelerío y lo incentivo a tomar la medicación.” (EB60 35 años. Secundario completo. Ama de casa. Madre primeriza). Además cuando no logran cumplir con esta responsabilidad que asumen, la situación suele causarle a las mujeres, además de preocupación, malestar y culpa. Una entrevistada dice “No sé cómo convencerlo.” (E105 28 años. Ama de casa. Primario completo. Dos hijos).

Masculinidad hegemónica y riesgo

En relación a las conductas ligadas a las formas hegemónicas de masculinidad, se ha descrito a la masculinidad como *factor de riesgo* (De Keijzer, 1997) para la salud propia, de otros varones y de mujeres y niños. La negativa a realizar el testeo diagnóstico, así como eventualmente el tratamiento cuando es necesario, constituye un riesgo no sólo para la propia salud de los varones si no también para la salud de las mujeres y de los bebés. “Me enteré de mi infección hace cinco años, durante un embarazo anterior. Mi marido se hizo los estudios pero nunca buscó los resultados” (EB23 34 años. Primario completo. Ama de casa. Cuatro hijos). Si la pareja vive con el virus sin saberlo ni hacer tratamiento además de exponerse a la aparición de síntomas, expone a la mujer que está en tratamiento a procesos de reinfección y eventualmente al bebé durante los embarazos. Algunas veces las mujeres pueden establecer límites con el fin de cuidar la salud de los bebés. Una entrevistada cuenta: “Me enteré durante uno de los controles del embarazo. El no se quiso hacer el estudio, dice que le preocupa por el trabajo. Decidí no tener más relaciones sexuales para cuidar a la bebé” (EB34. 34 años. Secundario completo. Empleada doméstica. Madre primeriza).

La infección, una vez detectada, condiciona la sexualidad en tanto impone medidas de precaución (como el uso del preservativo) que no coinciden con la representación de la sexualidad masculina hegemónica. Además por el estigma que todavía conlleva, promueve el rechazo de la posible pareja, que también entra en conflicto con el ideal de conquista asociado a la masculinidad. La invisibilidad corporal de la infección posibilita el secreto, pero cuando este abarca a la pareja puede poner en riesgo tanto a la mujer como al bebé de ambos. Una entrevistada cuenta: “Mi pareja me lo había ocultado. Me dijo que me lo había ocultado para estar conmigo. Me ofrecieron el test durante el embarazo pero no me lo hice porque estaba segura de que no tenía.” (EB12 21 años. Secundario completo. Desempleada. Madre primeriza).

VIH/Sida, sexualidad y pareja

La infección de VIH/Sida ha sido descripta como una construcción social compleja en cambio permanente en la que se ponen en juego procesos socioeconómicos, políticos y simbólicos relativos a las relaciones sociales de desigualdad entre ellas la de género (Grimberg, 2000). Esto hace que se configuren experiencias diversas en relación a la infección para mujeres y varones y que esto tenga a su vez consecuencias en las relaciones de pareja en las que al menos uno vive con VIH/Sida. En el caso de las mujeres que se han anotado de su infección durante el embarazo, esta noticia moviliza

toda su situación familiar y en particular su vínculo de pareja, en un momento de particular vulnerabilidad, promoviendo muchas veces sufrimiento psíquico.

Las dificultades que aparecen se relacionan fundamentalmente con la ruptura de la confianza y la falta de cuidado al interior del vínculo de pareja. Una entrevistada que se enteró en el sexto mes de su primer embarazo cuenta: "Fue muy triste. Mi pareja no me había dicho nada que tenía. Sentí que no me cuidó" (EB21. 21 años. Secundario incompleto. Ama de casa. Tres hijos). Otra entrevistada cuenta "Cuando me embaracé del primer nene, me contó. Hacía tres años que estaba de novia. Pude hacer tratamiento durante el embarazo." [...] Al principio fue pésimo. Estaba contenta por el embarazo y tampoco dejé de querer a mi marido, pero toda mi familia estaba mal. Tuve que pasar todo el embarazo con la psicóloga." (EB 27. 39 años. Secundario incompleto. Ama de casa. Cuatro hijos).

Algunas veces el anociamiento de la infección en la mujer pone en evidencia la existencia de terceros por fuera de la pareja. Cuando se le pregunta cómo fue ese momento a una entrevistada, responde: "Fue terrible. Mi marido es negativo. Fue todo un tema, porque estuvimos separados y me contagié. El está enojado. Espero que esto no me lleve a separarme." (EB22. 41 años. Primario incompleto. Ama de casa. Cuatro hijos). Otras veces emergen situaciones de infidelidad que pueden inclusive llevar a la ruptura de la pareja. Una entrevistada relata: "Y delante de él (del marido) le dije (a la médica obstetra que le acababa de dar el diagnóstico) "Yo no tuve una aventura por ahí, como para decir, estuve con alguien y no me cuidé." Se lo dije delante de él y después lo miré "y él no se si por ahí tuvo una aventura y no se cuidó." Y ahí ya empezamos a discutir entre nosotros, delante de la obstetra y después de eso yo me separé. Lo dejé y le dije que no quería volver a verlo." (EB42. 26 años. Secundario Incompleto. Ama de casa. 3 hijos, uno falleció).

El conflicto con la pareja por ser causa de sufrimiento psíquico para las mujeres, puede además de causar malestar en sí mismo, afectar la continuidad de los tratamientos médicos y farmacológicos propios y los de prevención de la Transmisión Vertical. Una entrevistada cuenta cuando se le pregunta por la posibilidad de realizar tratamiento durante el embarazo: "[La médica] Me retó porque no hice tratamiento durante el embarazo. Yo me separé durante el embarazo... me sentía muy mal, no quería nada." (EB15. 26 años. Secundario incompleto Empleada doméstica. Tres hijos).

Consideraciones finales

Las dificultades que la infección introduce en el vínculo de pareja constituyen uno de los distintos tipos de problemáticas que causan sufrimiento psíquico a las mujeres que viven con VIH/Sida que han sido madres recientemente.

Algunas de las dificultades detectadas se relacionan con la posición de los varones respecto de la infección. Las características asociadas a un modelo tradicional de masculinidad pueden obstaculizar la realización del testeo diagnóstico e incluso, a veces, la realización de tratamiento una vez establecida esta necesidad. Esta negativa de los varones a hacerse cargo del cuidado de su propia salud, suele repercutir en mayores responsabilidades para las mujeres quienes asumen, además del cuidado de los hijos e hijas, el de su pareja. Cuando no logran cumplir con esta responsabilidad, la situación suele causarle a las mujeres, además de preocupación, malestar y culpa. Esta posición de los varones puede además de conllevar un riesgo para su propia salud, constituir un riesgo para la salud de la mujer y eventualmente para la salud del bebé de ambos. Además, el hecho de que la vía sexual constituya la principal vía de transmisión en el caso de las mujeres entrevistadas, promueve que

el anociamiento de la infección visibilice conflictos que remiten a la falta de confianza y de cuidado en la pareja. Estos conflictos movilizan toda la estructura familiar y causan malestar a las mujeres. Sin embargo muchas veces no son tenidos en cuenta en los servicios de salud donde se atienden, pudiendo de esta manera, además, afectar el correcto desarrollo de los cuidados y tratamientos, tanto los de las mujeres como los de prevención de la Transmisión Vertical. La inclusión de prácticas en salud mental desde un enfoque comunitario, que incluya la perspectiva de género permitiría hacer lugar a estas problemáticas, a la vez que promovería la atención integral de las mujeres que viven con VIH/Sida en los servicios de públicos de salud.

NOTA

1 Este trabajo constituye un avance del proyecto de tesis doctoral de la autora titulado: "Mujeres viviendo con VIH/Sida y Salud Mental: posibilidades y obstáculos de la inclusión de acciones en salud mental para el fortalecimiento de la atención integral en el sistema público de salud de población consultante del Centro Nacional de Referencia para el Sida (CNRS)" dirigida por la Lic. Alicia Stolkner. La tesis es llevada a cabo en el marco de una Beca de Posgrado Tipo I de CONICET (Directora de la beca Lic. Alicia Stolkner y Codirector de beca Dr. Horacio Salomón) El proyecto de tesis se inserta en el Proyecto UBACyT 20020100100420 "Articulaciones entre salud mental y atención primaria de la salud desde una perspectiva de derechos - Argentina - 2004 y 2014" Programación 2011 - 2014 dirigido por la Lic. Alicia Stolkner.

BIBLIOGRAFIA

- Augsburger, C. (2004) La inclusión del Sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. En: *Psicología e Sociedade*; 16 (2):71-80.
- Bursztyn, I., Kushnir, R; Giovanella, L., Stolkner, A. y otros (2010) Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Revista Salud Pública*; 12 (1) 77 - 88.
- Connell, R. (2003) *Masculinidades*. Traducción de Irene Ma. Artigus. PUEG, UNAM Programa Universitario de Estudios de Género. México.
- De Keizjer, B. (1997) El varón como factor de riesgo: Masculinidad, Salud Mental y Salud Reproductiva. En Tuñón, E, (Coord.), *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR y UJAD, Villahermosa, 1997.
- Galende, E. (1997) *De un horizonte incierto*. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós.
- Grimberg, M. (2000) Género y VIH/SIDA. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. En: *Cuadernos Médicos Sociales*; 78 41-54.
- Lamas, M. (1991) Cuerpo, diferencia sexual y género. En: *Debate feminista*, año V, 10. 3 -31.
- Le Breton, D. (2010) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Llovet, J.J. (1989) *Servicios de salud y sectores populares*. Los años del proceso. Humanitas CEDES. Buenos Aires.
- Menendez, E. (1993) Familia, participación social y proceso de salud/enfermedad/atención. Acoaciones desde la perspectiva de la Antropología Médica. En: *Familia, Salud y Sociedad*, Mercado, F (Coord) México: Coedición Universidad de Guadalajara, IISP, CIESAS, C.deS, 130 - 162.
- Obiols, J. y Stolkner, A. (2012) Importancia de la inclusión de la salud mental en la atención integral de mujeres que viven con VIH/Sida. *Revista Ciencia, Docencia y Tecnología*, Vol 45. (61-80).
- Obiols, J. (2012) Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas de salud mental de las mujeres que viven con VIH/Sida *Revista Salud Mental y Comunidad*, Vol. 2 (59-66).

Stolkiner, A. (1988) Prácticas en Salud Mental. Revista de Investigación y Educación en Enfermería Vol.VI N°1. Medellín, Colombia.

Stolkiner, A., Comes, Y. y Otros (2003) Descentralización y equidad en salud: estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense. Editado por CEDES y OPS - Buenos Aires.

Tajer, D. (Coompiladora) (2012) Género y Salud: las políticas en acción. Buenos Aires: Lugar Editorial.