

LAS “LÓGICAS” DEL AMOR EN RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH¹

ANA LÍA KORNBLIT Y ANA MARÍA MENDES DIZ

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas en torno al tema de la asunción por parte de la población de conductas de riesgo ligadas al ejercicio de la sexualidad (básicamente el riesgo del embarazo no deseado y la infección por el VIH), las variables explicativas que se han explorado hasta ahora no han logrado aclarar qué es lo que lleva a las personas a incurrir en tales conductas, aun cuando en la mayoría de los casos tienen información acerca de los riesgos que corren. Una dimensión que no se ha explorado suficientemente hasta ahora es la posible influencia del tipo de pareja en la asunción de las conductas de riesgo, lo que está avalado por el hecho de que las decisiones que están en su base deben ser tomadas forzosamente entre dos (aunque no necesariamente en forma conjunta).

Una cantidad considerable de estudios, entre los que se cuentan investigaciones anteriores llevadas a cabo por nuestro equipo de trabajo (por ejemplo Kornblit et al., 1997) han mostrado que existe una gran discrepancia entre el conocimiento que las personas tienen acerca de la necesidad de adoptar conductas preventivas en el plano sexual (especialmente en relación con el sida) y la adopción efectiva por su parte de tales conductas. Estas diferencias entre lo que podríamos denominar teoría y práctica se han estudiado a partir de una serie de factores que han intentado explicarlas, tales como variables demográficas, grado de información, actitudes, creencias, percepción de riesgo, etcétera, sin que se hayan logrado avances significativos en cuanto a su comprensión. Es posible que este relativo fracaso se deba a que la mayor parte de los trabajos se han desarrollado partiendo de modelos sobre el individuo, y no sobre la pareja y su particular dinámica interactiva, que configura un sistema social relativamente autónomo y auto-regulado. Así, es posible hablar de la “racionalidad de la relación”, que torna comprensibles conductas que pueden parecer inexplicables a la luz de la perspectiva individual.

Nuestros estudios han confirmado también lo hallado en investigaciones realizadas en otros países, en cuanto a la estrategia preventiva del sida llevada a cabo por un porcentaje importante de jóvenes, que consiste en el uso del preservativo con parejas casuales y en las primeras etapas de una pareja, y su abandono posterior, cuando el vínculo se considera “estable”. El pasaje a la “píldora” como método anticonceptivo en esta segunda etapa de las parejas evidencia que se aleja la percepción de un posible riesgo del sida, en estrecha relación con el aumento de la “confianza”.

¹ Una versión de este trabajo apareció en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 2000, 46:1. La investigación que dio lugar al capítulo fue financiada por la Agencia Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Proyecto BID 802-OC/AR-PICT 00021). La Lic. Liliana Giménez colaboró en el trabajo de campo.

Los programas educativos sobre el sida que han sido evaluados muestran que ellos inciden más sobre la información y las actitudes que sobre la modificación de la conducta (DiClemente, 1993). Se impone entonces dirigir los esfuerzos investigativos en direcciones diferentes a las que se han seguido hasta ahora. Entre esas direcciones hay que tener en cuenta los enfoques antropológico y sociológico sobre el riesgo, que suponen que las evaluaciones acerca de las posibilidades de riesgo están basadas en múltiples racionalidades, que son dependientes de situaciones y contextos específicos. Uno de estos contextos es el tipo de relación de pareja.

La dinámica de la relación y la adopción o no de conductas preventivas son el resultado de un proceso de negociación entre los miembros de la pareja a lo largo del tiempo. Dicho proceso se desarrolla teniendo en cuenta las líneas de poder con respecto a los recursos disponibles para ambos miembros. Dichos recursos, siguiendo la teoría de Bourdieu (1972), pueden clasificarse en sociales (redes sociales de apoyo), económicos (pueden determinar relaciones de dependencia de un miembro con respecto al otro), culturales (adquiridos a través de la educación y la experiencia) y simbólicos (habilidad para explotar los tres tipos de recursos precedentes) (Bastard y Cardia Vonèche, 1995).

Las estrategias de protección en las que las opciones de conductas son negociadas abiertamente, como la comunicación directa respecto a temas sexuales, parecen ser la excepción más que la norma (Hart y Boulton, 1996). Las reglas varían, pero la identificación de tales reglas no puede alcanzarse en investigaciones que tomen como unidad de análisis a los individuos aislados. Como dicen estos últimos autores, la apertura a la investigación de la díada implica la posibilidad de mejorar la apreciación de “lo social en el corazón de lo sexual”.

El tipo de comunicación prevaleciente en una pareja se vincula con el sistema normativo, que a su vez crea expectativas con respecto a la conducta y a los sentimientos de ambos miembros. Dichas normas, que se entretajan de modo particular en cada pareja, son también su nexo con el sistema social más amplio. El obstáculo para el análisis de las normas es que a menudo están tan intrincadamente tejidas en la textura del lenguaje y en lo que es considerado “normal”, que son difíciles de detectar.

La interacción social íntima demanda la creación de una “realidad erótica” compartida que se aparta de la realidad cotidiana. En la medida en que esta realidad erótica es altamente frágil, las intromisiones en ella por parte de la realidad cotidiana son a menudo rechazadas y éste puede ser uno de los motivos por los que se evite el tomar en consideración los mensajes preventivos, percibidos como externos al sistema íntimo.

En una investigación desarrollada por D. Peto et al. (1997) se describen las estrategias que las personas ponen en práctica con sus parejas para encarar el riesgo de la transmisión del VIH. Los autores mencionan en este sentido que existen diferentes tipos de estrategias, comprendidas entre dos polos: 1) la confianza ciega y 2) la gestión racional del riesgo. Lejos de tratarse de tipos verificables a nivel individual, los autores los plantean como aspectos multifacéticos que pueden activarse en diferentes situaciones de pareja. Postulan que cada uno de los tipos de protección que adoptan las parejas tiene su propia *lógica de acción*. Denominan de este modo a la consistencia de una serie de prácticas de adaptación al riesgo del VIH que han identificado y que se vinculan con determinadas situaciones vitales de las personas. Por ejemplo, la lógica de la afectividad puede ser prioritaria frente a la del cuidado para las personas que se sienten solas y anhelan cariño. La noción de modos de adaptación al riesgo supone la modificación de la conducta de modo tal de tener en cuenta dicho riesgo por lo menos

en alguna medida.

En este capítulo se presentan los datos surgidos a partir del análisis longitudinal de cada una de 124 entrevistas realizadas a personas entre 18 y 55 años, de diferentes niveles educativos, que hubieran tenido en el transcurso de los últimos cinco años por lo menos dos relaciones de pareja que incluyeran relaciones sexuales. El modelo para el análisis de los datos consistió en la categorización de los mismos según la asignación de los sujetos a diversas “lógicas”, que fueron surgiendo a partir de la lectura del corpus. El análisis posterior de los sujetos ya agrupados permitió caracterizar dichas estrategias o *lógicas* adoptadas por los sujetos en lo que hace a la prevención del sida, según sus rasgos más importantes y según las variables demográficas de las personas incluidas en cada una de ellas. Las estrategias detectadas constituyen un continuo cuyos polos están representados en un extremo por quienes transitan por lógicas no preventivas y en el otro por aquéllos que adoptan el uso del preservativo de manera constante en sus encuentros sexuales.

Describiremos a continuación las *lógicas* adoptadas en relación con el riesgo de infección por el VIH y también en relación con el embarazo no deseado, que hemos podido detectar en las personas entrevistadas, a partir del análisis cualitativo de los datos recogidos.

Lógicas adoptadas por los que no se cuidan de la infección por el VIH

1. La lógica de la confianza

El sentimiento de familiaridad y de intimidad que surge rápidamente a partir de la formación de una pareja está ligado al vínculo sexual, que acerca a las personas a raíz de las imágenes de compenetración que implica y al mutuo develamiento de emociones e historias personales que se da entre ambos integrantes. Es comprensible así que se instale en muchas parejas esta lógica, que hemos llamado “de la confianza”. Esta lógica comparte rasgos con el denominado “amor romántico” caracterizado por Giddens (1992) como una atracción instantánea; en él se idealiza a la persona amada, se lo asocia con el matrimonio y se lo vincula con la responsabilidad mutua de proyectar una historia compartida a largo plazo.

Según la tipología del amor romántico de Hendrick y Hendrick (1992) la lógica de la confianza se incluiría en el tipo *storge* o sea aquel que surge de un proceso evolutivo y que implica un sentimiento de afecto desprovisto de excitación, con fuertes componentes de compañerismo y amistad con alguien que es visto como semejante en términos de actitudes y valores.

En las personas que asumen este patrón, la “lógica de la relación” prevalece sobre la “lógica de la prevención”. En este sentido se visualiza el sida como riesgo menor y la pérdida de la relación como riesgo mayor, ya que es considerada como “lo más importante en la vida de una persona”.

Se observa en parejas en las que se suele establecer una relación de fusión con base en el reconocimiento de compartir “todos los aspectos de la vida”. Podría pensarse que esa fusión es percibida como un escudo que los protege de una posible transmisión

del virus.

Dentro del marco de confianza que constituye la base de esta lógica se pueden distinguir tres “sublógicas”: a) la que se basa en una confianza sin ningún tipo de condicionantes, que podemos denominar “lógica de la confianza absoluta”; b) la que se basa en acuerdos explicitados por ambos miembros de la pareja, a la que podemos llamar “lógica contractual”; c) la “lógica de la anticoncepción”, que se basa en la prevención del embarazo más que en la prevención de la infección por el VIH.

a) La lógica de “la confianza absoluta” supone una confianza ciega en la pareja en base a criterios de conocimiento, de características personales, de tipo de pareja, de proximidad social, o simplemente de la “magia de la pareja”, entre otros:

Yo sé con quién estoy... eso me da seguridad... confío plenamente en él... pongo las manos en el fuego... (mujer, 30 años, educación secundaria completa).

En el primer tiempo nos cuidamos, después no porque somos pareja, ya no hay riesgo... (varón, 55 años, educación terciaria completa).

Los que adhieren a esta lógica califican su pareja como “estable”, sin evaluar la relatividad de esa eventual “estabilidad” o “fidelidad”. Podría pensarse, además, que hay una evitación del tema, ya que no se habla de la cuestión del sida ni tampoco se han hecho la prueba del VIH.

b) La “lógica de la confianza contractual” implica un compromiso a realizarse la prueba del VIH y a utilizar el preservativo en caso de que ocurran episodios de infidelidad. Esta lógica supone la aceptación de una dosis de riesgo, aunque se trata, como dijimos, de un riesgo asumido por ambos integrantes de la pareja, de ahí su carácter contractual:

Nosotros no nos cuidamos con preservativo, pero si tuviéramos un desliz de lo primero que hablamos es de cuidarnos... desgraciadamente no hay mucha fidelidad ni entre los jóvenes ni entre los más grandes... (mujer, 22 años, educación secundaria incompleta).

Yo no le acepto que vaya con otra... pero si va ya sabe... usa preservativo... (mujer, 25 años, educación primaria incompleta).

c) Los que adhieren a la “lógica de la anticoncepción” utilizan el preservativo sólo como anticonceptivo y no con miras a prevenir la infección por el VIH, cuestión que no está instalada: estos sujetos no hablan del tema ni piensan que corren riesgos, ni se han hecho la prueba del VIH. El riesgo está colocado en el embarazo y no en el sida a partir de argumentos propios de la lógica de la confianza absoluta. Esta lógica puede considerarse de carácter transitorio, ya que las parejas que la asumen ya conviven o están dispuestas a hacerlo en el corto plazo y desean tener hijos en algún momento no lejano. Esto podría llevar a que cese esta conducta de cuidado, abriéndose un interrogante acerca de la conducta preventiva futura a asumir:

El tema del sida no es para nosotros un tema cotidiano, tengo una relación estable... ahora usamos preservativo porque ella tenía un DIU y se lo sacó... tenía problemas... (varón, 39 años, educación secundaria)

completa).

Lo uso porque si no hay ningún tipo de anticonceptivo ella puede quedar embarazada, cuando tomaba pastillas no usábamos... (varón, 45 años, educación secundaria completa).

2) La lógica del "pasatismo"

Esta lógica se apoya en una actitud pasatista frente a la vida, según la cual se vive el presente sin mayores preocupaciones ni asunción de compromisos. Los que adoptan esta lógica conjugan un estilo amoroso que podría incluirse en "ludus", uno de los tipos descritos por Hendrick y Hendrick (1992) como un amor que se vive como juego caracterizado por una búsqueda de sensaciones, de experiencias, de goce sin ningún intento de trascender esta perspectiva.

En nuestro estudio esta lógica es transitada por varones con estudios secundarios, sin distinción por edad, que no piensan ni hacen nada para cuidar su salud, ni tampoco asumen conductas preventivas frente al sida: no hablan del tema, ni se han hecho la prueba del VIH. Como los que acuerdan con la "lógica de rechazo al preservativo" que ya veremos, estos sujetos ponen el énfasis en el placer que puedan obtener en sus encuentros sexuales, por lo que tienen una actitud desfavorable hacia el preservativo y de no compromiso con sus parejas, lo que les permite, sin cuestionamientos, alejarse de la monogamia:

Dicen que por un descuido te podés jugar la vida a la marchanta, pero bueno, hay que divertirse, para mí la vida es una marchanta (varón, 37 años, educación secundaria completa).

Algunos se plantean la cuestión del sida pero lo hacen minimizando la gravedad de la enfermedad:

En realidad no es tan importante el sida, no hay que tenerle tanto miedo. También uno puede morir de cólera... Tengo un conocido que tiene sida y está saliendo con una chica y está todo bien. En realidad sólo te baja las defensas, uno puede vivir bien con el sida. No es para tanto (varón, 20 años, educación secundaria completa).

3) La lógica del alcohol

Las personas que eligen esta lógica atribuyen al alcohol su falta de adopción de medidas preventivas con respecto a la infección por el VIH. Discursivamente están a favor del "cuidado", pero en los hechos no lo hacen, como surge a partir de un análisis global de cada uno de los casos.

Estos sujetos aclaran que cuando consumen alcohol "se descuidan", y reconocen que siempre lo hacen antes de sus encuentros sexuales, los cuales ocurren con parejas ocasionales, no son planeados y en ellos sólo se comparte lo sexual:

Si estoy con tragos no me importa nada, no es que trato de no usarlo (el preservativo)... se da de improviso... y yo nunca ando con preservativos encima... (varón, 18 años, educación secundaria completa).

Me ocurre que hay momentos que me ha pasado que no me cuidé por no controlarme con el alcohol, si estoy lúcido me cuido (varón, 37 años,

educación terciaria completa).

Podríamos decir que esta lógica plantea contradicciones entre la intención manifiesta de asumir una conducta preventiva y la conducta que se lleva a cabo.

Es asumida por varones sin distinción de edades ni nivel educativo.

4) La lógica del fatalismo

Se parte de una conceptualización del sida como algo inevitable, basada en el convencimiento de que todo lo que pueda hacerse para prevenirlo es inútil: el contagio depende de la fatalidad. Este tipo de razonamiento lleva a trabar toda lógica preventiva. La fuente de los riesgos se ubica en el contexto y no se perciben recursos personales para afrontarlos.

Todo es peligroso, todo tiene algo de riesgo, no se puede vivir cuidándose... (varón, 22 años, educación secundaria completa).

Por miedo, si no puedo hacer nada, prefiero ignorarlo... (mujer, 44 años, educación universitaria incompleta).

Si a uno le van a pasar las cosas, le van a pasar, tu vida era esa... bueno, es inevitable... (varón, 37 años, educación secundaria completa).

Los sujetos que transitan por esta lógica no hacen nada para cuidar su salud en general, ni tampoco particularmente con respecto al sida. Son personas que no desean hijos y cuyas parejas no son conocidas por familiares, amigos ni compañeros de trabajo, independientemente del tiempo transcurrido de la relación, lo cual podría estar implicando además, una ausencia de compromiso con la pareja.

5) La lógica del rechazo al preservativo

En esta lógica, que también podría incluirse en el estilo amoroso “ludus” en la tipología de Hendrick y Hendrick (1992), el tema del sida parece no estar instalado, ya que los sujetos que adhieren a ella no hablaron del tema con sus parejas, no piensan que corren riesgos, ni se han hecho la prueba del VIH.

Los argumentos que la avalan se orientan al “objeto preservativo”, desviando el foco de preocupación del “objeto prevención”. Podría decirse que se justifica el “no cuidado” a partir de una actitud negativa hacia el preservativo. Apoyan sus argumentos a favor de la no utilización del preservativo en uno de los mitos más frecuentes en torno a él: la disminución del placer que provoca su uso:

Sin preservativo sentimos más profundo al amor... al colocarme el preservativo para mí el deseo no es el mismo... (varón, 45 años, educación terciaria incompleta).

Para mí usar preservativo es horroroso, me inhibe... Tiene que ser natural. Es hacerlo a medias... (varón, 21 años, educación secundaria incompleta).

Algunos refuerzan su argumentación refiriéndose a la inseguridad que sienten a partir de alguna experiencia negativa que han tenido usando preservativo:

Cuando lo usamos se rompió, era para reivindicar lo que me pasa... no puedo usarlo... además no sirve... (varón, 21 años, educación secundaria incompleta).

Podría pensarse que la salud no constituye un valor orientador de las acciones de quienes siguen esta lógica, sino que más bien lo es la búsqueda de placer. Sin embargo, ésta se plantea de modo unilateral por parte del integrante masculino de la pareja. Se trata de parejas construidas en un marco asimétrico, en las que el varón detenta un grado de poder mayor por cumplir todas o algunas de las siguientes condiciones: provenir de un medio social superior, tener mayores ingresos, tomar las decisiones importantes y/o convencer a la pareja cuando quiere lograr algo y ella no está decidida.

Esta lógica es adoptada por varones sin variaciones por edad ni educación, que mantienen relaciones asimétricas, en las que concentran un mayor poder que sus parejas. Éstas, por su parte, se sienten imposibilitadas de negociar por no reconocer recursos propios suficientes para afrontar la asimetría de la relación.

6) La lógica de la pasión

Esta lógica se apoya en un componente muy fuerte de atracción física, aunque quienes la eligen dicen compartir “todos los aspectos de su vida y no sólo lo sexual”. Cuando Giddens (1973) hace referencia al amor apasionado habla de una conexión entre el amor y la atracción sexual, denotando la urgencia que lo sitúa aparte de las rutinas de la vida cotidiana, lo que desarraiga al enamorado de lo mundano. Los que adhieren a esta lógica viven una compulsión erótico-sexual propia del estilo amoroso descrito por Hendrick y Hendrick (1992) como “manía”. Este estilo está representado por mujeres que tienden a fusionarse con sus parejas aún a costa de perder su propia identidad; viven por y para la pareja.

En nuestro estudio, esta lógica es adoptada por mujeres de cualquier edad y educación que ponen un especial énfasis en el logro de relaciones sexuales muy intensas y satisfactorias, por lo que el preservativo es percibido como barrera o separación entre los cuerpos más que como obstáculo al placer.

A pesar de que subyacen argumentos provenientes de la lógica de la confianza absoluta, el tema del sida está instalado. Son mujeres que cuidan su salud, hablan del tema del sida, se sienten en riesgo y se han hecho la prueba del VIH, sin embargo, la ilusión de semejanza y afinidad total con aquellos a quienes aman es responsable de confusiones y “empastes” que llevan a confundir amor con entrega incondicional:

Es una de las relaciones más íntimas... yo con él acepto cosas o hago cosas que con otra gente no hacía. El preservativo corta mucho todas las variantes que podés tener... limita mucho. De todos modos le tengo plena confianza (a la pareja)... (mujer, 24 años, educación secundaria completa).

Me guió mucho por lo que siento, por la pasión que siento... en una relación estable hay mucha resistencia; si realmente amás a alguien te entregás absolutamente... es mucho más lindo sin nada. No es fácil por un lado entregarse a la pasión y por otro prevenir... (mujer, 28 años, educación terciaria incompleta).

En muchos casos descalifican la seguridad del preservativo para reforzar sus argumentos:

Supongo que cuando las relaciones son así apasionadas uno sabe que el preservativo no da un 100% de seguridad... (mujer, 37 años, educación universitario completa).

Puede decirse que el altruismo es un rasgo constitutivo de esta lógica, ya que quienes adhieren a ella reconocen hacer cualquier cosa por mantener la relación, aún a costa de poner en riesgo sus vidas. Se trata de vínculos establecidos en forma unidireccional, en los que la persona altruista es capaz de “entregarse” sin esperar ni reclamar retribución alguna; la incondicionalidad es la particularidad más saliente de este tipo de relaciones. El tema es, justamente, ofrecer “todo” a cambio de “nada”:

Es demasiado grande lo que me está pasando... yo me entregué toda... no dudo. El preservativo es una barrera, es como decir: estoy con vos pero hasta ahí... El no usarlo, ni siquiera proponerlo, es una manera de asegurarlo a él, de decirle que estoy con él... Es muy loco lo que digo, porque una cuestión es que tenga el sida, que me lo haya contagiado y yo estoy diciendo esto... es algo muy loco. Pero hasta te diría – estoy mal de la cabeza – pero si él tiene sida no me importaría a mí tener sida, lo amo tanto que bueno... si él se va a morir, bueno, yo también (mujer, 32 años, educación secundaria incompleta).

7) La lógica del deseo de un hijo

Puede decirse que esta lógica está a mitad de camino entre las que suponen conductas no preventivas y las que no, dado que los que la siguen son personas que piensan y actúan con miras a cuidar su salud, que han hablado del tema con sus parejas, que se consideran en riesgo y que se han hecho la prueba del VIH. A juzgar por los datos tienen una actitud positiva hacia la salud, por lo que cabría suponer entonces que esta lógica podría tener un carácter transitorio y que una vez logrado el embarazo estas parejas asumirían alguna lógica preventiva posteriormente.

Según este razonamiento, se desvía el foco de preocupación del “objeto prevención” hacia otro objeto “el hijo”. Subyace, además, la “lógica de la confianza”, ya que también se argumenta en este sentido:

Ahora dejamos de usarlo (el preservativo) porque queremos tener un hijo. Yo tengo confianza en que él no me va a engañar o por lo menos si me engaña supongo que se va a cuidar... (mujer, 38 años, educación secundaria completa).

Transitan por esta lógica mujeres entre los 30 y 40 años de nivel secundario que transcurren por una relación estable con una gran compenetración entre los integrantes de la pareja y que visualizan la maternidad no sólo como realización personal sino como completud de la pareja.

Lógicas adoptadas por los que se cuidan de la infección por el VIH

1) La lógica del no compromiso

Se apoya en una concepción del amor como juego de seducción, de no asumir

responsabilidades y en muchos casos, de escaso compromiso afectivo, ya que no desean hijos ni tampoco sus parejas son conocidas por el entorno inmediato de familiares, amigos y compañeros de trabajo. Dicen transitar por una relación a la que consideran no demasiado importante y admiten que si se interrumpiera, les resultaría fácil entablar otra relación:

Ninguno de los dos busca un compromiso. Lo que menos quiero es ponerme de novia o estar en pareja en algo serio... No queremos nada formal. Él no me exige nada a mí y yo tampoco le exijo nada... (mujer, 27 años, educación secundaria completa).

En este tipo de pareja el uso del preservativo parece indiscutible:

En una pareja ocasional uno no lo ve (al preservativo) como traba porque no pone los sentimientos...(mujer, 26 años, educación secundaria incompleta).

Y... la persona no te atrae por otra cosa que no sea física. Con estas relaciones circunstanciales no se me ocurre no usarlo (varón, 21 años, educación terciaria incompleta).

Podría pensarse en una actitud individualista por parte de quienes adhieren a esta lógica, ya que además hay en ellos un reconocimiento de ausencia de redes sociales, al admitir que no han recibido influencias de nadie en lo que concierne a la prevención del sida:

No escucho a nadie, no soy de escuchar. Me cuido porque depende de mí... me escucho a mí misma para todo lo que hace a cuidados... (mujer, 27 años, educación secundario completa).

Esta lógica podría considerarse de carácter transitorio, ya que mirando retrospectivamente muchas de las parejas que actualmente siguen la lógica de la confianza, han iniciado su relación apoyándose en esta lógica del no compromiso:

Nos cuidamos por prevención, como yo no lo conocía muy bien a él y él no me conocía muy bien a mí... para estar seguros... (mujer, 32 años, educación primaria completa).

2) La lógica de la salubridad

Se basa en una aparente “obsesión” por la salud propia y la de la pareja. La prevención del sida se encuadra en esta percepción de vulnerabilidad corporal que los hace sentirse en riesgo constante:

De todas las maneras que me puedo cuidar me cuido, soy bastante obsesiva con mi persona, pero también con la gente que quiero... (mujer, 20 años, educación secundaria completa).

Esta lógica se observa en parejas que dicen estar transitando por una etapa de deterioro y que han entablado una relación asimétrica en la que el integrante de la pareja –sea el varón o sea la mujer – “obsesionado” por la salud, es el que convence al otro

cuando quiere algo, y la prevención de la infección por el VIH es uno de los motivos de discusión y hasta de ruptura, en algunos casos:

Yo me cuido mucho y soy bastante pesada con él con el tema del sida, siempre le insisto que se cuide pero me estoy cansando y voy a decir basta... (mujer, 27 años, educación secundaria completa).

En todos los casos se trata de sujetos que se sienten menos comprometidos afectivamente que lo que lo están sus parejas.

3) La lógica del temor

Las que adhieren a esta lógica son mujeres que han tenido contacto directo con amigos y/o familiares enfermos o que han muerto de sida. En ellas se observa una percepción de vulnerabilidad social, o sea que se perciben en riesgo en mayor medida que otros por la proximidad concreta de la enfermedad que las ha enfrentado con la muerte:

Yo le tengo pánico a la muerte y no sólo a la muerte sino al sufrimiento por la enfermedad. Me dan muchísima lástima los amigos que tengo que tienen sida... (mujer, 38 años, educación universitaria completa).

Tengo dos amigos y el hermano de mi ex-novio que murieron de sida, ahí me di cuenta que existía y que estaba cerca... muy cerca... (mujer, 36 años, educación universitaria completa).

Durante el transcurso de esta relación se murió el que era casi mi mejor amigo... Yo no usaba preservativo... ahora lo tengo en la mesa de luz... (mujer, 28 años, educación universitaria incompleta).

Incluso muchos de ellos tienen más presente el tema de una eventual infidelidad de la cual quieren protegerse:

Después de esa muerte me dí cuenta que teníamos que recapacitar en el tema del sexo... No podés confiar tu vida a la fidelidad de tu pareja... (mujer, 28 años, educación universitaria incompleta).

Los que adhieren a esta lógica no hablan del tema en lo cotidiano pero sí se hacen periódicamente la prueba del VIH. Transitan por una relación de pareja que denominan “estable” con una gran familiaridad entre ambos integrantes de la pareja.

4) La lógica de la protección del otro

Esta lógica se apoya en el cuidado y la protección del otro, siendo el cuidado de uno mismo una consecuencia. El objeto de la conducta preventiva no es el sujeto mismo sino la pareja, aunque las personas que se incluyen en esta lógica reconocen también cuidar su propia salud; hablan del tema del sida con sus parejas y se han hecho la prueba del VIH:

Cuando estás con alguien con una relación muy fuerte te cuidás para cuidarlo... Está toda la cosa del afecto... y por eso uno se tiene que cuidar... (varón, 30 años, educación universitaria completa).

Cuido a los que me quieren, no quiero provocarles dolor... Me odiaría de por vida si les provocara algún dolor... (varón, 36 años, educación terciaria completa).

Eligen esta lógica varones universitarios entre los 30 y 40 años con una concepción altruista del amor. Se trata de varones que asumen un rol protector con sus parejas resguardándolas, o al menos intentando hacerlo, de todo riesgo.

5) La lógica del "empoderamiento"

Esta lógica se instala en parejas que transitan por una relación asimétrica favorable a la integrante femenina, por cumplir todas o algunas de las siguientes condiciones: provenir de un medio social superior, tomar las decisiones importantes, tener mayores ingresos, convencer a la pareja cuando quiere algo y el otro no está decidido. Se trata de mujeres que, apoyadas en la posesión de mejores recursos en relación con su pareja, han podido negociar un "sexo sin riesgos" sin temor a ser incriminadas o abandonadas por ello.

Por lo general, hablan del sida con sus parejas, se han hecho la prueba del VIH y tienen asumido el uso del preservativo hasta el punto de mencionarlo espontáneamente cuando se les pregunta si hacen algo para cuidar su salud. Cabría señalar que este razonamiento está orientado a la prevención no sólo de la infección por el VIH sino del embarazo:

Yo creo que lo usa porque tiene miedo de que yo quede embarazada y le haga algún lío... pero aparte de eso también por la enfermedad... Él sabe que estoy sola y puedo salir con otras personas... que tengo más libertad que él que está casado... (mujer, 47 años, educación primaria incompleta).

Esta lógica se ve reforzada en los casos en que la mujer reconoce no estar muy comprometida afectivamente, por lo que se siente más libre de poder solicitar el uso del preservativo sin temor a ser abandonada por su pareja:

A veces no quiere (colocarse el preservativo) pero yo se lo pongo igual... si no... nada... (mujer, 25 años, educación secundaria incompleta).

Piensa que si muestra los dientes todo el mundo arruga, pero yo tengo más dientes... Entonces hablamos... y entra en razones y se lo pone. Aprecio mucho mi vida para jugármela en una cama... (mujer, 37 años, educación primaria completa).

Una entrevistada que actualmente ha adoptado el uso del preservativo en sus encuentros sexuales se refiere a las razones por las que no se cuidó en otras oportunidades:

Me convencía, sabía cómo seducirme y lograr lo que quería... Creo que no cuidarme fue un boicot que me hice, creo que tenía la autoestima por el piso. Ahora... si me dicen que no... pego la vuelta y me voy... (mujer, 44 años, educación universitaria completa).

El siguiente comentario se realiza en el mismo sentido desde la perspectiva masculina:

Por ahí me pasó que yo no tenía ganas de usarlo y les da igual..., la mujer no lo pide, o tiene miedo a decir que no, que sin preservativo no. No sé si es miedo a perder la pareja, la relación o qué pero... No sé cómo será con las mujeres más grandes, yo estoy hablando de chicas que tenían 21 y 19 años... (varón, 22 años, educación secundaria completa).

Las lógicas adoptadas por los que no se cuidan del riesgo de la infección del VIH y las adoptadas por los que sí se cuidan revelan dos tipos de escenarios de pareja. El primero se caracteriza por un sistema íntimo fuerte, en el que la devoción al otro o la idea misma de la pareja son rasgos prioritarios. Se busca en él la fusión con el otro, aunque ella sea fugaz. Los que adhieren a estas lógicas de no cuidado constituyen un continuo en cuyos polos podemos encontrar características propias de dos estilos amorosos caracterizados por Hendrick y Hendrick (1992): “manía” (amor pasión) en un extremo y “ludus” (amor juego) en el otro extremo.

El segundo escenario, constituido por las lógicas adoptadas por los que sí se cuidan, se caracteriza por un sistema íntimo débil, que coexiste por lo menos en un pie de igualdad con otros intereses sociales y otras valoraciones. Como caso extremo se hace un culto en él de la autorrealización y de la preservación de la diferenciación. También se observa heterogeneidad entre los que adhieren a estas lógicas de cuidado, particularmente en lo que se refiere al compromiso afectivo entre los integrantes de la pareja. Por un lado tenemos a quienes asumen un compromiso de tal intensidad que el cuidado de uno mismo es una mera consecuencia del cuidado de la pareja; por el otro, la relación ha alcanzado tal deterioro afectivo que el cuidado surge como protección con respecto al riesgo que implica la propia pareja para sí mismo. Podría decirse que los primeros se protegen *para* el otro y los últimos se protegen *del* otro.

El análisis de las “lógicas” desarrolladas por los entrevistados en relación con el riesgo de infección por el VIH pone de relieve que la modificación de la conducta en el sentido de la prevención tiene lugar o no según cuál sea el sistema social íntimo que se da en la pareja. Es ese sistema el que regula la entrada o no entrada de estímulos del afuera referidos a la necesidad de protección frente al riesgo.

En la medida en que el sistema social íntimo se define como amoroso más que como sexual se tenderá a rechazar el preservativo, asociado con lo puramente sexual, como se desprende de los datos, y se admitirá el riesgo en todo caso como un resabio del pasado, a través del reconocimiento de la existencia de parejas anteriores potencialmente riesgosas.

La invasión de la realidad cotidiana, representada por la posibilidad del riesgo actual vía la infidelidad, no puede entrar en el horizonte del sistema social íntimo más que a costa de tornarlo frágil. En consecuencia, debe apartarse la idea del riesgo posible, en salvaguarda del sistema social íntimo.

Los datos recogidos han permitido comprender mejor los puntos de vista de las personas y el peso del tipo de interacción en la pareja sobre la decisión de adoptar o no medidas de protección frente a la infección por el VIH. Abonan, también, por la necesidad de cambiar el abordaje de la temática desde un enfoque individual a un

enfoque orientado social e interaccionalmente, que privilegie los elementos contextuales de las decisiones en torno a lo sexual.

La posibilidad de admitir el riesgo de la infección por el VIH como proveniente de experiencias pasadas abre el resquicio para proponer un contrato que resguarde el sistema social íntimo: la realización de la prueba del VIH por ambos miembros de la pareja como requisito contractual para abandonar el uso del preservativo, que se acepta en la primera fase de una relación.