

**Conclusiones**  
**TEJIENDO DERECHOS**  
**VII JORNADAS SOBRE VIOLENCIAS DE GÉNERO Y VIH**  
**Toledo, 24 de febrero de 2011**

Estas **VII Jornadas** organizadas por **Creación Positiva** sobre **VIOLENCIAS DE GÉNERO Y VIH** fueron subvencionadas por la secretaria del Plan Nacional sobre el Sida y el Instituto de la Mujer (Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad) y concretamente de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA y contaron el apoyo Consejería de Salud de la Junta de Castilla-La Mancha.

Las Jornadas se desarrollaron alrededor del eje de los Derechos y con el objetivo de ofrecer un espacio de formación para profesionales en torno a dos realidades convergentes: violencia de género y VIH, que tienen sus causas más profundas en desigualdades y por tanto su abordaje en la lucha por los Derechos Humanos en el mundo.

### **VIOLENCIA SIMBÓLICA & VIOLENCIA SEXUAL**

Patricia Soley-Bertran,

---

Esta ponencia, que combinó la argumentación discursiva con imágenes, principalmente de publicidad, ofreció una reflexión sobre cómo los **modos de ver** por un lado realizan violencia simbólica, y por otro dan lugar y construyen modos de sentir; Modos en que nuestra mirada está estructurada para reconocer aquello bello y deseable, planteando la necesidad de prestar atención a cómo esta belleza que vemos está encapsulando unos valores y códigos.

La violencia simbólica se estructura a través de modos de ver diferentes de ver hombres y mujeres, mientras que a las mujeres se las presenta mediante un uso continuado del cuerpo femenino comunicando lo que se puede hacer con la mujer, no lo que ellas. De tal manera que la Violencia Simbólica funciona objetivizando, desposeyendo a las mujeres en relación a sus cuerpos. Mientras a los hombres son presentados como sujetos activos: se les muestra qué pueden hacer ellos. Estas representaciones llevan a qué emociones debemos sentir (euforia, excitación, vivir al máximo, la transgresión, las vivencias del cuerpo y la sexualidad) que se promueve desde la sociedad de consumo.

Asimismo, en este modelo que se presenta como anticultura, como una transgresión frente a un orden moral y una sexualización de la cultura, y en la que la actividad es imprescindible, sin lugar para lo rutinario, lo habitual, y aparece la figura de una mujer sexualmente muy activa, que aparentemente marca las reglas, inicia el juego sexual. Tendencias que nos han llevado hasta aquí, dejando abierta la posibilidad de que esta crisis nos pueda llevar a otro modelo.

Finalmente señaló, la importancia de seguir reivindicando la autoridad sexual sobre una misma a la vez que avanzar en la educación sobre los códigos que se están utilizando, sensibilizar sobre cómo se utilizan.

Montse nos planteó hablar de derechos, de violencia y de género ya que las pequeñas diferencias son importantes, y en este sentido las S (la pluralidad) no solo da diversidad sino también complejidad, y que muy pocos discursos incorporan la diversidad más allá la superficie.

Definió la vulneración de los derechos sexuales como una forma de violencia machista, y afirmó que la violación continuada de los derechos sexuales de las mujeres no es casual, y que las violencias de género nos tejen a imagen y semejanza del mundo, y es imprescindible comprender cómo se construyen estos mandatos dicotómicos de género en la sexualidad.

Señaló la necesidad de entender cómo se construyen las relaciones de poder, y que al hablar de derechos sexuales, lo más importante es el derecho a decidir. Aludió a la necesidad de plantearse el tema desde el ámbito personal con el lema “o transformas o reproduces”. Afirmó que tener relaciones sexuales con preservativo es transgredir, porque todo el sistema está orientado a que se tengan sin. También planteó que para que los derechos sexuales no se conviertan en papeles mojados deben traducirse en políticas públicas, con una voluntad política, unos recursos económicos, unas profesionales e instituciones que velen sobre su aplicación.

Expuso la importancia de conocer qué factores, qué contextos, qué vulnerabilidad(es) aumentan el riesgo de las mujeres a infectarse de VIH o (re)infectarse, desde la perspectiva de género. En este sentido, para entender las dificultades para negociar el preservativo poner el foco en las prácticas, en la línea de la mayoría de campañas de prevención, es apuntar sobre lo individual, cuando lo que pone en riesgo es cómo se aprende a ser mujer, y que en ese proceso juega un papel trascendental tener en cuenta la diversidad. También, en esta línea, la importancia de una reflexión sobre el amor romántico y la fidelidad, siendo esta una práctica de riesgo, es decir las relaciones estables son uno de los contextos de mayor vulnerabilidad para las mujeres; Y sin embargo los mensajes preventivos se dirigen a mujeres que tienen relaciones promiscuas.

Y lanzó las siguientes propuestas para el abordaje de esta interrelación planteadas en las jornadas:

- ✓ Siendo consciente a nivel profesional, personal y político de los hilos, y de las madejas.
- ✓ Generando programas de intervención en salud desde la perspectiva de derechos sexuales.
- ✓ Generando espacios comunes de empoderamiento y donde la dignidad sea el eje.
- ✓ Estableciendo políticas de prevención desde la perspectiva de reducción de riesgos/daños.
- ✓ Recuperando la memoria histórica de quiénes somos...

Finalmente, en el debate destacar varias ideas:

- ✓ El aumento de la epidemia por vía heterosexual está vinculada a la falta de educación sexual y a la vulnerabilidad y vulneración de los derechos sexuales, y que si en España no están aumentando las transmisiones por vía heterosexual, ateniéndose en los datos, es importante no dejar de mirar y reflexionar en torno a este el tema y se llamó la atención sobre el sesgo que supone situar el debate y los datos en España y no el mundo
- ✓ Tener en cuenta que las instituciones públicas pueden garantizar el derecho a la vida vinculándolo a la vulneración de los derechos sexuales, se dijo que sabiendo que están en la obligación de hacerlo, de generar políticas que realmente den cobertura a esos derechos, con la sanidad pública como tema clave.

**Como la perspectiva feminista aumenta nuestra capacidad terapéutica.**

Ana Távora Rivero

Parte de la una visión de la psicoterapia entendida como crear un espacio donde poder cambiar, su intervención gira en torno a las capacidades de las profesionales para ayudar a la gente para que cambie desde dos modelos teóricos: psicología social y la perspectiva feminista.

Desde la psicología social, la mujer enferma porque sufre y sufre porque tiene una forma de relacionarse consigo misma, con otras personas y con la vida que genera altos niveles de sufrimiento. Y la forma en que nos relacionamos tendría mucho que ver con el tipo de necesidades que tenemos. Por tanto en la atención de las mujeres cuando vemos qué de sus relaciones les está generando un problema de salud, previamente tendremos que haber trabajado o al menos identificado cómo nos relacionamos, cuáles son nuestro conflictos, para que esto no pueda suponer una interferencia continua en la atención y para poder ser vehículos para enseñar nuevas formas de relacionarse. En esta línea, al incluir la perspectiva feminista, las profesionales estamos obligadas a pensar o a elaborar las ideas sobre nosotras mismas, sobre las mujeres, sobre los hombres, y sobre nuestros conflictos con el poder, porque en la consulta las mujeres van a construir su identidad, en gran medida, por lo que les pase a ellas con nosotras, y tienen que poder sentir que nosotras tenemos esos temas resueltos.

Si la psicología social permitió ver que lo que enferma es una forma de relacionarse, al añadir la perspectiva feminista se puede ver que lo que enferma es una forma subordinada de relacionarse. Y eso, al concretar una forma de relación, permite y organiza mucho mejor lo que sería el trabajo del cambio. Si el objeto de indagación en la consulta ya era saber qué está pasando en las relaciones, al incorporar la perspectiva feminista se va a mirar qué de esas relaciones se está produciendo en un contexto de subordinación. Si lo que queremos es ayudar a las mujeres a que puedan cambiar la manera en que han construido sus vínculos, sus identidades, sus subjetividades, en primera instancia, vamos a estar atentas a qué pensamos de nosotras mismas, de las mujeres, y de los hombres.

Describe como este vínculo subordinado se construye sobre la necesidad básica de que te quieran. La necesidad de “ser queridas”, en muchas mujeres, se convierte en la fuente motivacional a vincularse con el otro. A diferencia de “ser reconocida”, para lo que se puede seguir siendo una misma, para ser querida habría una renuncia a ser lo que una misma es, ya que el vínculo se organiza en función de que el otro te dé lo que una entiende que le falta, y si hay cosas tuyas que puedan dificultar eso, entonces se anulan. Mientras que todos y todas necesitamos que nos reconozcan, la necesidad de “ser queridas” sería algo más alienante y cuya satisfacción lleva a otras necesidades, fundamentalmente de autonomía, desarrollo personal y seguridad básica. Por lo que habría que ver también cómo se ha realizado el proceso de separación-individualización. Muchos de los problemas que tienen las mujeres en la consulta tienen que ver con que no han hecho esa distancia entre el otro y una misma, y que daría lugar a un yo definido que pueda hacerse cargo de lo que piensan, de lo que sienten.

Para acabar, planteó que en el trabajo con las mujeres, y para ayudarlas a transformar esas formas de relacionarse subordinadas y no saludables, podríamos reflexionar juntas, profesional y paciente, sobre cuáles son los principales conflictos y cuales son también los instrumentos que facilitan los cambios, partiendo de algunas cuestiones:

- ✓ Sobre la influencia de lo que había llamado “vínculo subordinado”, el tema sería ver cuánta fantasía se tiene acerca de lo que te puede dar el-los-la-las otros/as, y plantear que estamos obligadas también a elaborar en vacío, y poder vivirlo bien.
- ✓ Sobre lo que tiene que ver con los conflictos con otras mujeres, trabajar principalmente las cuestiones narcisistas: la comparación con otras, la envidia, la rivalidad.
- ✓ Sobre el amor de pareja, sobretodo hablando de parejas heterosexuales pero no exclusivamente, plantear que el tema del amor es a menudo una coartada para no hablar del intercambio en la pareja, de lo que se recibe y de que le se da, que conviene concretar.
- ✓ Sobre los obstáculos de muchas mujeres en el tema del poder, señaló como a menudo tener poder produce un cuestionamiento de “lo femenino”.

Toledo, 24 de febrero de 2011

Sede central del SESCAM

Av. Rio Guadiana, 4

(Poligono Santa Maria de Benquerencia)

45071 Toledo

Organiza:

CREACIÓN  
Positiva

Financiada por



Secretaría de Planificación y Política Social

Con la colaboración de





La ponencia planteó aspectos de la intervención en temas de sexualidad en las consultas de VIH, partiendo de una investigación hecha en la Comunidad de Madrid. De la descripción de los datos recogidos sobre aspectos tales como: qué entienden personal sanitario y pacientes por prevención del VIH y de qué se habla en consulta, mostró como se habla poco de sexualidad en consulta, que se hace principalmente al principio, que se centra principalmente en aspectos técnicos, y que las/os pacientes no viven esta situación como un problema.

Como factores que inciden en que no se trate en las consultas “normalizadas” destacó la carga asistencial y la rutinización del tratamiento de VIH, pero también que conviene observar el núcleo de lo que ocurre en consulta, y planteó la contraposición entre un modelo centrado en el “caso” y otro en la “persona”. El caso se refiere a un cuerpo, fundamentalmente un cuerpo biológico, un organismo, unas pruebas biológicas, en definitiva una carpeta, que lleva a concebir la prevención en cómo impedir que pase el virus de un cuerpo a otro. Frente a eso se puede hablar de la persona, el sujeto, que no es sólo un organismo, tiene un cuerpo que es vivido, que es experimentado, un cuerpo puesto en relaciones sociales, al que le pasan cosas en relaciones sociales, y en el que, a menudo, incide muy potentemente un diagnóstico de VIH. Afirmó que la prevención se construye sobretodo según el modelo del caso, que por otro lado es aquello en que el personal médico se sabe experto, y es donde actúan legítimamente.

El problema planteado fue que de las más de cuarenta personas entrevistadas como pacientes, muchas habían tenido prácticas de riesgo de las que no hablaban con su médico/a, y también muchas se habían sentido profundamente impactadas por el diagnóstico. De ahí la afirmación de que el VIH tiene un impacto duradero y cambiante en la sexualidad de las personas con VIH, incluido (incluso particularmente) en las personas que mantienen prácticas seguras. Para entender que este modelo funciona en consulta, y no genera conflicto, planteó la existencia de un proceso previo de socialización y enculturación con el sistema sanitario en general, y señaló que se podía relacionar con la clase social. Aunque para la mayoría de las personas con VIH entrevistadas no era un problema, presentó el relato de algunos intentos de hablar de sexualidad en consulta que ilustraban su argumentación.

De esta manera se van tejiendo unas redes de visibilidad/invisibilidad, que marcan aquello que se puede hacer visible y aquello que no. En este punto planteó la necesaria existencia de recursos de apoyo como el counselling, o la formación de personal médicos en estas cuestiones, ya que por el momento una concepción esencialmente técnica de la intervención tiene por efecto excluir determinadas realidades, generando alienación con el propio cuerpo, convertido en contaminante y en un problema permanente a la hora de tener relaciones sexuales. La experiencia del VIH construida alrededor de este tipo de mensajes se constituye en una especie de ortopedia, que puede llegar a ser camisa de fuerza. Añadió que los diferentes discursos no se pueden leer en clave individual, se construyen colectivamente, y que en la individualidad los individuos están abandonados a los discursos que predominan, que son los estigmatizantes.

Ofreció una presentación breve de lo que se está haciendo en Castilla–La Mancha y sobre lo que se ha ido haciendo, centrada en el campo sanitario. El gobierno de Castilla – La Mancha tiene un compromiso con la consecución de la igualdad de mujeres y hombres que se ha venido plasmando en su normativa y los sucesivos acuerdos adoptados. Esta planificación incluye las actuaciones a realizar por la Administración Autonómica y las estrategias a seguir para implicar a diversos agentes, instituciones y a la sociedad civil. Presentó la Estrategia 2020, que apoya la coordinación y la cooperación en diversas herramientas funcionales, plantea un mapa y una tarjeta sanitaria y social unificada, historias compatibles e interoperables, protocolos de atención a la persona integrales, objetivos importantes, y en definitiva un horizonte más holístico y operativo.

Una vez dibujado el marco, y para concretar, señaló actuaciones realizadas: programas de salud de jóvenes, de la mujer, de los colectivos desfavorecidos, que incluye prostitución, y vigilancia epidemiológica VIH-SIDA, que supone una mejora al incorporar VIH al registro existente de SIDA. Como datos a tener en cuenta, señaló que Castilla – La Mancha es la CCAA con menor tasa acumulada de SIDA, que la transmisión por vía sexual tiene más peso relativo en mujeres que en hombres, y que en las mujeres se produce un aumento importante de casos relacionados con transmisión heterosexual.

Por otro lado, el Programa de prevención y control de VIH-SIDA incluye la convocatoria de subvenciones para asociaciones sin ánimo de lucro. Y por último, y por parte de la SESCAM, el Protocolo de actuación en Atención Primaria para mujeres víctimas de malos tratos.

Explicó también que se había iniciado un primer curso online por parte de SESCAM, enmarcado en el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género,, en cuyos contenidos, destacó que estos incluyen aspectos generales como es el género,.

Alguno de los retos que quedan en la atención a las mujeres que viven violencia y en la atención a personas que viven con VIH, en ese hilar, el avance hecho en la Comunidad era acercar las distintas políticas, a partir de haber visto avances importantes en los diferentes campos sanitarios y sociales.

Organiza: **CREACIÓN  
Positiva**

Financiada por



Con la colaboración de



## A modo de Conclusiones

Las jornadas fueron un espacio para tirar del hilo, para la reflexión conjunta sobre elementos o cabos que se entremezclan en esta maraña que representa la interrelación entre violencias de género y VIH con vista a buscar estrategias que posibiliten su abordaje integral, siendo la defensa de los derechos su nudo principal.

Este abordaje pasa por establecer un modelo de atención basado en la persona, el sujeto, que no es sólo un organismo, tiene un cuerpo que es vivido, que es experimentado, un cuerpo puesto en relaciones sociales, al que le pasan cosas en relaciones sociales.

Son las formas de relacionarse-nos lo que enferma a las mujeres. Más concretamente, la forma subordinada de relacionarse-nos, de ahí la importancia de mirar qué de esas relaciones se está produciendo en un contexto de subordinación. Si lo que queremos es ayudar a las mujeres a que puedan cambiar la manera en que han construido sus vínculos, sus identidades, sus subjetividades, en primera instancia, tenemos que prestar atención a qué pensamos de nosotras/os mismas/os, de las mujeres, y de los hombres. Por tanto, en el trabajo terapéutico con las mujeres, para ayudarlas a transformar esas formas de relacionarse subordinadas y no saludables, es necesario reflexionar juntas, profesional y paciente, sobre cuáles son los principales conflictos y cuáles son también los instrumentos que facilitan los cambios.

Es primordial, por tanto, entender cómo se construyen las relaciones de poder. Relaciones de poder que se generan y mantienen en un contexto social y cultural, materializadas, entre otros, en unos modos de ver, modos en que nuestra mirada estructura la realidad, que perpetran violencia simbólica, al tiempo que construyen modos de sentir, impregnados de unos valores y códigos, y que dan lugar a unos determinados discursos que no pueden leerse en clave individual ya que se construyen colectivamente.

La violencia simbólica, ligada al concepto de género, en la que los hombres actúan y las mujeres aparecen, nos muestra que la vulneración sistemática de los derechos, de los derechos sexuales de las mujeres, no es casual sino que responde a una apropiación del cuerpo de las mujeres. De ahí que lo más importante sea el derecho a decidir y todo lo que ello significa.

Y en este contexto de violencia machista en el que se producen estas interrelaciones entre vulneración de derechos, violencias y VIH, es importante conocer qué factores, qué contextos, qué vulnerabilidad(es) aumentan el riesgo de las mujeres a infectarse de VIH o (re)infectarse, desde la perspectiva de género. Para ello, estas propuestas:

- ✓ Ser consciente a nivel profesional, personal y político de los hilos, y de las madejas.
- ✓ Generar programas de intervención en salud desde la perspectiva de derechos sexuales.
- ✓ Generar espacios comunes de empoderamiento y donde la dignidad sea el eje.
- ✓ Establecer políticas de prevención desde la perspectiva de reducción de riesgos/daños.
- ✓ Recuperar la memoria histórica de quiénes somos...

De ahí la necesidad, tanto a nivel personal como social y político, de plantearse y reflexionar las interrelaciones entre vulneraciones de derechos, violencias y VIH en clave de: *“o transformas o reproduces”*. Y uno de los escenarios transformadores es el trabajo en redes que permitan aunar esfuerzos en la búsqueda e implementación de estrategias creativas y eficaces bajo el paradigma de los derechos humanos.