

CAPÍTULO TERCERO

MUJERES Y SIDA

I. MUJERES SEROPOSITIVAS EN EL MUNDO

En las últimas dos décadas, la proporción de mujeres seropositivas aumentó en 13 puntos porcentuales, advirtieron el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Al presentarse el informe Confrontando la Crisis en el marco de la XV Conferencia Internacional de SIDA en Bangkok, Tailandia, las agencias de Naciones Unidas, advirtieron que las políticas contra el SIDA que no confrontaran inequidades entre hombres y mujeres estaban condenadas al fracaso.

Las mujeres son más vulnerables al SIDA —sostuvo la entonces directora ejecutiva del FNUAP, Thoraya Obaid—, “son las mismas mujeres y niñas que son forzadas al matrimonio temprano. Son las mismas que mueren en el parto después de embarazos no espaciados. Son las mismas que sufren de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados”.

Los organismos recalcaron que las mujeres eran 48% de los 38 millones de personas con VIH, mientras que en 1985 constituían 35% de todos los casos.

El informe documenta las cifras, así como el impacto devastador y a menudo invisible del SIDA en mujeres y niñas, al resaltar cómo la discriminación, la pobreza y la violencia de género alimentan la pandemia.

De acuerdo con la UNIFEM, la situación es particularmente penosa en África subsahariana, donde hay seis mujeres viviendo con VIH por cada cuatro hombres. Y las jóvenes de 15 a 24 años tienen tres veces más probabilidad de adquirir el virus que los varones de la misma edad.

Las investigaciones de la ONU, presentadas en el principal foro sobre SIDA en el mundo, arrojan también evidencias sobre la ignorancia de la población femenina para prevenir la infección. Peor aún, tener la información sirve de poco cuando enfrentan discriminación y violencia en sus hogares.

Por ello, la entonces vicedirectora de ONUSIDA, Kathleen Cravero, sostuvo

❧ es necesario reducir la violencia contra las mujeres, asegurar su acceso a la prevención de VIH y a los tratamientos, así como garantizar su derecho a la propiedad, pues está demostrado que la autonomía económica les da poder para decir no a una práctica de riesgo, aun dentro del matrimonio.

ONUSIDA y UNICEF recalcaron la importancia sobre el uso de medicamentos para prevenir la transmisión del virus de madre a hija e hijo.

Lo que se observa con el paso del tiempo es que se han puesto en marcha diversos proyectos como lo son objetivos del desarrollo sustentable y del milenio pero la respuesta aún es insuficiente.

En México, por cada seis hombres con SIDA, había una mujer en la misma circunstancia, proporción que también aumentó desde el inicio de la pandemia.³⁸

II. MUJERES SEROPOSITIVAS EN MÉXICO

Es sólo hasta hoy que se comienza a informar a las mujeres de lo que es el SIDA y cómo detenerlo. Y esto se debe a las cifras y a

³⁸ Cimanoticias, agencia de noticias de Comunicación e Información de la Mujer A. C. (CIMAC). Fundaciones: John D. and Catherine MacArthur, Ford y Henrich Böll, UNESCO *www.cimanoticias.com.mx*

las estadísticas que nos han revelado el rápido avance del síndrome en la población femenina en los últimos años. Por esta razón, se tiene que informar de una manera eficaz.

Nuestro país se enfrenta con varios problemas. El primero de ellos es que la información proporcionada en las campañas no ha sido dirigida directamente a las mujeres, y no sólo eso, sino que la información que se dio hacía creer que la mujer estaba fuera de riesgo, se decía que los afectados eran principalmente grupos de hombres que tienen sexo con hombres, drogadictos, receptores de transfusión sanguínea y trabajadoras sexuales. Así, las mujeres se sentían a salvo porque no entraban dentro de ninguna de estas categorías, y si además eran fieles y entraban en una relación monogámica, se consideraban totalmente fuera de riesgo. Y más aún a partir de la información difundida por los medios de información amarillista, que estigmatizaba y denigraba a los erróneamente llamados “grupos de riesgo”.

Con esta desinformación, la mujer se sentía totalmente ajena a la problemática del SIDA. Si a esto le agregamos la forma en que, por pertenecer al género femenino ha sido educada, nos encontramos con una mujer pasiva, que niega su cuerpo y, por lo tanto, su sexualidad; que se anula convirtiéndose en una mujer que complace a los demás, pues su cuerpo no le pertenece.

Por estas razones se tiene que implementar una campaña específica dirigida a la mujer. Una campaña que haga a la mujer consciente del problema del SIDA y la mueva a la acción. Esto requiere de mensajes que contemplen la perspectiva del género, es decir, de una información directa, motivadora, que la haga apropiarse de su cuerpo, de su sexualidad y del cuidado de su salud.

Falta información objetiva, investigaciones dirigidas a solucionar específicamente el problema del SIDA en la mujer.³⁹

³⁹ Aldana, Alma, *Mujer, sexualidad y SIDA*, México, El Colegio de México, Grupo Edición, pp. 139-142.

III. TRANSMISIÓN DE VIH MATERNO-INFANTIL

1. *UNICEF ante la transmisión de VIH de madre a hijo*

Alrededor de 35% de los niños nacidos de una madre infectada con VIH contraen el virus a causa de la transmisión materno-infantil.

Los niños y las niñas pueden quedar infectados durante el embarazo, el parto o el amamantamiento.

- 15-20% de los lactantes son infectados durante el embarazo.
- 45-50% lo son durante la labor de parto y el alumbramiento.
- 25-30% contraen la infección durante el amamantamiento.

Prevención del VIH en hombres y mujeres jóvenes

Para prevenir efectivamente la infección del VIH en los individuos jóvenes es preciso informarlos sobre el SIDA y además ofrecerles:

- Acceso a preservativos.
- Reforzar la posición de las mujeres en la sociedad y en las familias.
- Conceder al hombre una mayor responsabilidad en la lucha contra el VIH.

Por todas estas razones, la UNICEF tiene un plan estratégico a corto plazo contra la lucha contra el SIDA, con los siguientes puntos clave:

- Prevenir la infección del VIH entre las mujeres en edad reproductiva.

- Reafirmar el apoyo de las familias y las comunidades que ofrecen a las mujeres y a sus aliados para protegerse contra el VIH y beneficiarse de los servicios de la prevención contra la transmisión de madre a hijo.
- Ofrecer un mayor acceso a los servicios de orientación y detección voluntarias y confidenciales.
- Proporcionar servicios de orientación y consulta sobre los mejores métodos de alimentación de los lactantes nacidos de madres infectadas con el VIH.

2. México ante la transmisión de VIH de madre a hijo

Al momento del nacimiento y hasta los 18 meses de edad aproximadamente, los hijos de madres infectadas pueden tener una prueba positiva de anticuerpos contra el VIH sin que esto sea necesariamente sinónimo de infección, ya que dichos anticuerpos pueden ser inmunoglobulinas de origen materno que cruzaron la placenta durante el embarazo. Debido a la importancia de saber lo antes posible si un recién nacido está o no infectado, se han buscado diversas alternativas que permitan el diagnóstico de infección por VIH antes de los 18 meses de edad.

Los niños infectados con VIH o con exposición perinatal se clasifican en categorías clínicas basadas en signos, síntomas o diagnósticos relacionados con el VIH. Esta clasificación es de utilidad para establecer el pronóstico y se podría utilizar como un parámetro para determinar la dosis del tratamiento antirretroviral a utilizar (AZT).

A. Vía perinatal

Hasta hace muy poco se creía que la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de madre a hijo durante el embarazo se producía al final de éste o durante el alumbramiento. Sin embargo, estudios recientes publicados en el *Journal of Infectious Diseases*, sugieren que la infección se puede dar desde la

octava semana de gestación. Este estudio se realizó con mujeres seropositivas sin síntomas de SIDA y con mujeres que ya padecían la enfermedad y que sufrieron abortos espontáneos entre las semanas 8 y 32 de desarrollo.

Se ha observado que el tratamiento con antirretrovirales durante el embarazo, reduce de 30 a 10% el riesgo de infección perinatal. No obstante, en el contexto del SIDA los derechos reproductivos son vitales. Las mujeres deberían tener acceso gratuito a los servicios de salud.

B. *Vía lactancia*

Generalmente la leche materna es el método más sano y preferido tanto por la madre como por el hijo(a). La leche materna tiene beneficios nutritivos y psicológicos y puede prevenir enfermedades e infecciones en el niño. Amamantar puede ayudar a prolongar el tiempo entre un embarazo y otro, y protege a la madre contra el cáncer ovárico y de los senos.

Sin embargo, los niños que no están infectados con VIH y que se alimentan con leche materna de una mujer con VIH positivo están en alto riesgo de contraer el VIH. Se ha demostrado a través de algunos estudios que 5% de niños en países en vías de desarrollo se infecta por medio de leche materna, y que el riesgo de transmisión del VIH aumenta 3% por cada año que el niño continúa lactando. Es posible prevenir la infección de los niños que han estado expuestos al contagio por vía perinatal si son alimentados con leche en polvo/fórmula u otros sustitutos de la leche materna siempre y cuando este método sea sano y seguro. Muchas mujeres en países en desarrollo no pueden dejar de amamantar a sus hijos(as), ya que no tienen acceso a agua limpia y a buenas condiciones de higiene para la elaboración adecuada de una botella con fórmula/leche en polvo, tampoco cuentan con el ingreso suficiente como para pagar el costo de esta leche. Poniendo en la mesa

todas las variables al respecto, se ha decidido recomendar que las mujeres con VIH positivo deben sólo elegir no amamantar a sus hijos si tienen “asegurado” el acceso sin interrupción a sustitutos de leche materna nutritivos y preparados higiénicamente, ya que de otro modo, los riesgos de infecciones de otra índole son también sumamente riesgosos para la vida de un bebé.⁴⁰

IV. CONDICIÓN DE LA MUJER Y EL VIH/SIDA EN MÉXICO⁴¹

1. *Adolescentes y SIDA*

La prevención de la transmisión del VIH entre las adolescentes se considera esencial, especialmente dado a que a nivel mundial la mitad de las nuevas infecciones ocurren entre personas que tienen de 15 a 24 años. Asimismo, cada año hay 5 millones de nuevos casos de SIDA entre jóvenes.⁴² Aunque ha aumentado el nivel de uso del condón entre los y las jóvenes en México, únicamente 39% de los mexicanos (hombres y mujeres) de 15 a 19 años informaron haber usado condón en la primera relación sexual, mientras 35% de los hombres y 46% de las mujeres dijeron haberlo usado en la relación sexual más reciente.⁴³ La vulnerabilidad de las adolescentes mexicanas en cuanto a la infección por VIH es indicada por los siguientes hallazgos: ellas informan sobre un uso menor del condón, saben menos sobre cómo usarlo correctamente, tienen menor capacidad para interrumpir una rela-

⁴⁰ Leroy, V. *et al.*, “International Multicenter Pooled Analysis of Late Postnatal Mother-To-Child Transmission of HIV- Infection”, *Lancet*, núm. 352, pp. 597-600.

⁴¹ Colaboración en la estructura de la información de este capítulo por parte de Cynthia Rosas Magallanes, MTL MTE, Instituto Nacional de Salud Pública.

⁴² Valdespino, José Luis *et al.*, *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, CENSIDA, p. 277; UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report*, Ginebra, UNAIDS, 2004, p. 231.

⁴³ Walker, D. *et al.*, “HIV Prevention in Mexican Schools: Prospective Randomised Evaluation of Interention”, *BMJ*, 2006, núm. 332(7551), pp. 1189-1194. Citado por Valdespino, José Luis *et al.*, *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos*, cit., p. 277.

ción sexual para proponer su uso y colocarlo y experimentan una mayor proporción de zafadura o roturas de los condones que los adolescentes masculinos.⁴⁴ Las campañas preventivas para reducir los niveles de vulnerabilidad de las adolescentes mexicanas (que han sido dirigidas a jóvenes de ambos sexos) han tenido lugar primordialmente en el contexto escolar; pocas de estas estrategias se han basado en la evidencia científica que sugiere la eficacia de las intervenciones que enseñan habilidades de negociación sobre sexo más seguro y específicamente sobre el uso del condón. Más bien, la educación sexual se ha enfocado en impartir datos biomédicos sobre el VIH/SIDA, y con frecuencia se deja de lado información sobre el medio de prevención más eficiente para las personas que tienen relaciones sexuales: el condón. Las intervenciones basadas en la evidencia que se han evaluado en México han tenido poco éxito en la modificación de los comportamientos, aunque hayan logrado un mayor conocimiento y mejores actitudes.⁴⁵ Se requiere crear un currículo exitoso de prevención de SIDA para adolescentes mexicanos (mujeres y hombres) que incluya diversos aspectos, como información biomédica, estrategias para disminuir el estigma, promover los derechos humanos y el respeto a la diversidad y técnicas enfocadas en la modificación de los comportamientos, que tomen en cuenta aspectos sociales y culturales, especialmente las cuestiones de género, que ponen a las adolescentes en riesgo de adquirir el virus. Un estudio muestra cómo el noviazgo heterosexual involucra relaciones de poder y dominación entre un hombre y una mujer, y en este sentido limita el acceso de la segunda a recursos que le permitirían protegerse a sí misma, por ejemplo, empleando el condón en las relaciones

⁴⁴ Walker, D. M. *et al.*, “Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos”, *Salud Pública*, México, 2006, núm. 48(4), pp. 308-316. Citado por Valdespino, José Luis *et al.*, *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos*, cit., p. 277.

⁴⁵ Torres-Pereda, M. P. *et al.*, “Prevención de VIH/SIDA en las escuelas: el reto de modificar comportamientos”, en Magis-Rodríguez, C. *et al.* (eds.), *SIDA: aspectos de salud pública*, México, Cuernavaca, Morelos, INSP/CENSI-DA, 2006, pp. 1555-1566. Citado por Valdespino, José Luis *et al.*, *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos*, cit., p. 278.

sexuales.⁴⁶ Para ello se requerirá hacerles de su conocimiento sus derechos al placer sexual y empoderar a las adolescentes.

2. *Mujeres indígenas y SIDA*

México ocupa el octavo lugar en el mundo entre los países con mayor población indígena, integrada por aproximadamente 12 millones de personas —siendo el 50% mujeres— lo que representa el 14% de la población total; sus municipios y localidades conforman la quinta parte del territorio nacional, teniendo presencia en el 36% de los municipios de nuestro país. Existen 62 pueblos que hablan más de 60 lenguas originarias y en sus territorios encontramos yacimientos petroleros, el 60% de los bosques y selvas, las principales presas hidroeléctricas y áreas protegidas, y los municipios con los más altos índices de marginación.

La mayoría de ellos comparten un perfil demográfico, es decir, son pobres y mantenidos al margen de los beneficios del desarrollo económico, por ello son más propensos a la marginación política y legal, a poseer bajos índices de alfabetización y educación, menor acceso a las oportunidades económicas, a los servicios de salud, empleos y a los conocimientos sobre la salud reproductiva y sexual.

Las bases de la vulnerabilidad femenina se encuentran fundamentadas en los llamados usos y costumbres de los pueblos indígenas, donde destaca la dominación masculina, que va de la mano con los comportamientos de género tradicionales y se refleja en el VIH. Los pueblos indígenas aún realizan los matrimonios y las maternidades forzadas; a ello se suman las prácticas sexuales de riesgo de sus parejas, el poco acceso sobre su cuerpo, la falta de decisión sobre sus derechos sexuales y reproductivos, el tráfico, la venta y la violencia de género traducida en la falta de equidad, desventajas jurídico-económicas, el escaso acceso a los recursos,

⁴⁶ Théodore, F. L. *et al.*, “El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas”, *Salud Pública*, México, 2004, núm. 46(2), pp. 104-112, citado por Valdespino, José Luis *et al.*, *25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos*, cit., p. 278.

a la salud, a la educación y a la información. Todo ello conlleva a que este sector de la población viva con una triple desventaja en su capacidad de decisión al ser pobres, indígenas y mujeres, con el agravante de que no se han apropiado de su derecho a la autonomía. Los llamados a la preservación de las culturas indígenas, entiéndase por esto a mantener el *statu quo* de usos y costumbres descrito arriba, niega a los propios pueblos indios —y a las mujeres en particular— la capacidad de cambiar y transformar sus propias sociedades y culturas; generando atrasos en sus condiciones de salud.⁴⁷

Por lo que falta mucho trabajo de educación sexual y empoderamiento en este grupo de mujeres.⁴⁸

3. Las fuerzas armadas ante el SIDA

Las fuerzas armadas mexicanas muestran rezago respecto de las medidas continentales de cooperación militar en materia de prevención y control del VIH/SIDA. En la actualidad se reconoce que el VIH es un peligro para la seguridad, así como la necesidad de atender la particular vulnerabilidad de las fuerzas armadas mediante programas específicos, materiales educativos y distribución de preservativos. Si este virus representa un problema de seguridad humana, es decir, de un concepto en el que confluyen las preocupaciones por el desarrollo humano y la seguridad nacional; si el VIH representa una amenaza para el desarrollo de los individuos y la seguridad colectiva, y es un problema estratégico que requiere de cooperación internacional, entonces el papel de las fuerzas armadas es preponderante, por ejemplo, cuando ocurren desastres naturales en que participan en la respuesta coordinada y la reconstrucción. Por consiguiente, es desde el interior de las fuerzas armadas que la educación sexual, el empoderamiento de

⁴⁷ Libro en archivo “Indígenas”, Comisión Nacional de Derechos Humanos, pp. 8 y 9.

⁴⁸ Ponce Jiménez, Patricia *et al.*, *El VIH y los pueblos indígenas*, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2011, p. 7.

las mujeres, la capacitación y la prevención pueden atenuar los efectos del VIH en esas instituciones y sus miembros.⁴⁹

4. *Las mujeres compañeras de migrantes y el VIH/SIDA*⁵⁰

La vulnerabilidad al VIH en las mujeres compañeras de migrantes (MCM) requiere ser contextualizada, como parte de los procesos sociales que se viven en las comunidades con elevada migración hacia los Estados Unidos de América, de forma que se evite señalar a las mujeres como un grupo naturalmente vulnerable al SIDA.

En los países subdesarrollados, la epidemia se ha concentrado en las poblaciones más marginadas, en las periferias de las grandes ciudades y crecientemente en las zonas rurales.

En otro estudio se documenta que la mayoría de las personas que migran hacia los Estados Unidos son mujeres, la mayoría indocumentadas. De ellas, tienen algún tipo de experiencia sexual en el trayecto según los contextos e interacciones durante el viaje (violación, sexo condicionado, intercambio sexual de supervivencia, compañerismo), que les expone de manera diferencial el riesgo de infección por infecciones de transmisión sexual y VIH. Los autores Dreser, Leyva y Bronfman identifican que la representación social de la mujer migrante corresponde a una mujer disponible y dispuesta a tener relaciones sexuales; pues al viajar de forma indocumentada y con escasos recursos económicos y sociales, se asume que el sexo puede ser su único recurso disponible para su supervivencia y facilitar el tránsito, pero también como parte de un comportamiento social esperado.

Son pocos los estudios que se han ocupado de darle peso a los factores socioculturales que contribuyen a crear vulnerabilidad

⁴⁹ Hernández Forcada, Ricardo y Feliciano Mendoza, Omar, *VIH SIDA y derechos humanos en México: el caso de los militares*, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2011, p. 21.

⁵⁰ El término migración se utiliza principalmente para la migración económica, mientras que el desplazamiento forzoso se aplica más a los solicitantes de asilo, refugiados, desplazados internos y apátridas. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, octubre de 2011.

ante infecciones de transmisión sexual y VIH entre migrantes. Hirsch, señala que las mujeres compañeras migrantes reconocen que la migración de sus compañeros les representa riesgo ante las infecciones de transmisión sexual y el VIH.⁵¹

5. *Mujeres en situación de confinamiento con SIDA*

Las mujeres en situación de confinamiento Ceresos, Ceferesos y prisiones militares, según señala el Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, sufren de deficientes programas para la detección voluntaria del SIDA, así como deficiente atención médica de las internas con SIDA agrupadas en su calidad de reclusas con requerimientos específicos en la república mexicana.⁵²

V. ONG Y MUJERES CON SIDA

Las ONG mexicanas que han realizado proyectos, señalan la necesidad de tener documentación actualizada sobre el tema; el intercambio de experiencias con personas de otros países para conocer propuestas exitosas de otras regiones; la convivencia con mujeres VIH positivas de otras regiones; el financiamiento para continuar con las actividades; la capacitación en temas de abogacía; el establecimiento de mecanismos eficaces para el contacto con las personas y organizaciones participantes de las redes; la retroalimentación de personas expertas en el tema para comparar resultados y plantear acciones a futuro; el compromiso y convenios de colaboración por parte de las diversas instituciones públicas para poder alcanzar las metas planteadas en los proyectos; el respaldo de alguna institución pública a las acciones realizadas por las ONG; los presupuestos públicos destinados específicamente al tema del SIDA y mujeres; información actualizada so-

⁵¹ Leyva, René y Caballero, Marta, *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 24 y 25.

⁵² Comisión Nacional de Derechos Humanos, Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2014.

bre foros, eventos, formación académica y de investigación en el tema de SIDA y mujeres; estadísticas actualizadas sobre SIDA, divididas por sexo y edad; intercambio con especialistas en el tema; presupuestos públicos para medicamentos; campañas gubernamentales enfocadas en la prevención del SIDA en mujeres; capacitación para la elaboración de proyectos y la gestión de recursos económicos, entre otros muchos elementos que se requieren para fortalecer las acciones de la sociedad civil en el tema.⁵³

VI. TESTIMONIO DE EVA, MEXICANA CONTAGIADA CON SIDA⁵⁴

— ¿Quién eres?

Hoy soy una mujer tratando de quererse, aceptando su realidad, fuerte, alegre y trabajadora, amorosa con mi familia, aunque no lo parezca, un poco dura para decir las cosas.

Siempre he sido muy alegre, siempre vuelvo a empezar.

— ¿A qué le tienes miedo?

A sufrir antes de morir, no quiero ser una carga para mis hijos, que me cambien el pañal, a depender de ellos, yo siempre doy.

— ¿Eres feliz?

A medias, se puede decir que sí, fue mi decisión aceptar a ese hombre, a mis nietos, el trabajo. Mis hijos son mi preocupación, no mi felicidad.

— ¿Qué les dirías a las mujeres?

Yo creo que la libertad, el derecho a decidir, a ser feliz, tiene una palabra: responsabilidad.

— ¿Cómo es tu día?

Me levanto a las 4:30 de la mañana para bañarme, vestirme, arreglar mi cama, mientras veo las noticias tomo un vaso de leche y unas galletas o pan de dulce. Despierto a mi hija y le doy la bendición. Salgo al diez para las seis, tomo mi pesero y me deja

⁵³ Herrera, Cristina *et al.*, *Las ONG y su trabajo en mujeres y VIH/SIDA. Experiencias de GLAMS en México*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2005, p. 58.

⁵⁴ Entrevista tomada de *Historia de mujeres VIH*, México, SIPAM, CNDH, IDEAS, Gobierno de la Ciudad de México. http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/Otros%20documentos%20relevantes/Historias_de_mujeres_vih.pdf (consultada el 29 de julio de 2016).

en Moctezuma, voy a Pino Suárez, a Taxqueña y de ahí a la UAM Xochimilco.

(Eva trabaja aseando una casa, tiene once años haciéndolo).

Llego a las ocho, recojo ropa, lavo, barro, trapeo, atiendo a los niños, lavo el baño, trastes, desayunamos a las 11 con mi medicamento, a las dos comemos. El doctor con el que trabajo tuvo un diagnóstico de cáncer hace algún tiempo, yo estuve con él, sufrí su enfermedad.

A las dos comemos, ella guisa muy rico, al final lavo la cocina y salgo. La niña de la casa tiene siete años y un carácter fuerte. A las cuatro y media o cinco hago el mismo trayecto de regreso, a las seis llego a pelear con mi nieto, que me dice: “Abuela, vienes cansada, vete a dormir”. A veces hago una cena ligera, después a las 11:30 un poco de leche, pan y medicamento.

Mis amigas son mis vecinas Alicia, Georgina y Ana.

— ¿Por qué no escribes tu testimonio?

Claro, ¿Por qué no?

Empezar a escribir este testimonio me costó mucho; no es grato recordar todo lo que te hizo daño, que te dejó una gran cicatriz.

Hola, soy Eva, tengo cincuenta años, y ocho con el diagnóstico de ser seropositiva, soy la mayor de un segundo matrimonio de ambos padres, tres medios hermanos de padre y tres más de madre antes que yo y otros tres que se dicen ser mis hermanos.

Quiero contarte un pedazo de mi vida, yo me crié en una familia de clase media alta, nuestra casa era grande, en una zona privilegiada, no carecíamos de nada, fuimos de las familias que tuvieron todo: consola, tele, autos, casa propia, buena ropa; recámaras para mujeres y otra para hombres, baño con tina y personas que lavaban, limpiaban la casa y nana. Mis padres trabajaban y mi abuela que era la dueña de la casa, guisaba y trataba de educarnos.

Hablando de la abuela, era una persona muy racista, a mí en lo personal nunca me quiso por ser de tez oscura y a otra hija de mí más por ser morenas, las otras dos hijas de mi mamá son de tez blanca y cabello claro, por lo tanto a los morenos nos vestían de colores oscuros y cabello corto y a los claros de colores claros y cabello largo. Además, fui abusada por un tío; sobrino de mi abuela cuando yo tenía como cinco o seis años. Un día platicando con

mis hermanos me enteré que abusó de todas y decidimos decir a nuestros padres, pero como esto fue varios años después dijeron que ya no se podría hacer nada.

Fui a una escuela de gobierno, mientras mis hermanas iban a escuela de paga, no estudié más que la secundaria y fui la oveja negra de la familia ya que era muy rebelde, huí varias veces de mi casa, con una amiga de la colonia, era hija de un político renombrado, su mamá me dejaba quedar porque sabía que no la podían acusar: pero cuando llegaban por mí me entregaban con mi familia.

Durante el periodo escolar de la secundaria mis padres decidieron separarse ya que ambos habían encontrado nueva pareja. El enojo y maltrato de mi abuela hacia mí se hizo más fuerte ya que se hizo cargo de nosotros por completo: no me compraba ni ropa, ni zapatos, ya que mi padre dejó de dar lo poco que daba de gasto; por eso con mucho coraje me daban lo que mi media hermana dejaba y cuando me llegaba a comprar ropa o zapatos, eran de oferta mientras que a mis hermanas les compraban en una boutique del centro, pues ella era pensionada de Telmex.

También, durante la secundaria conocí al que sería mi pareja por más de 5 años, él era hermano de mi cuñado, esposo de mi hermana la mayor, cuando lo conocí me gustó mucho, a pesar de que yo ya había tenido otros novios, cuando empecé a andar con él, casi no hablaba, era muy retraído y callado, se puede decir que yo lo seduje ya que él no sabía mucho sobre el sexo, por eso salí embarazada y me fui a vivir con mi hermana la grande y luego a casa de mis suegros; vivía en unos cuartos que le prestaba su mamá; con una cocina de dos por dos, de lámina de cartón y un cuarto de cinco por tres, donde vivían 11 personas. Ahí me llené de piojos, los cartones tenían chinches y los ratones se paseaban por el piso; su baño era de fosa común y compartida con otra familia.

Desde ese momento me di cuenta que no debía seguir con él, pero recordaba las palabras de mi padres: “vas a regresar muy pronto” y “me has defraudado”, ya que según él, se quiere más a los hijos ajenos que a los propios por eso decidí quedarme, mi pareja estaba estudiando contaduría, cuando se tituló nos salimos

de su casa; su mamá se enojó mucho porque ella le había pagado la carrera y esperaba que le compensara con algo al empezar a trabajar, ella no me quería y a pesar de que todos mis hijos se parecen a su familia (menos el más chico), siempre me dijo que mis hijos eran bastardos, yo creo que él nunca pudo con el paquete ya que empezó a tomar y a maltratarme: me pegaba hasta casi matarme y su familia usaba eso para ponerlo en mi contra y que me maltratara más, una de mis hijas murió a los tres meses y en ese embarazo él me aventó de la escalera y me lastimó la panza pero aun así seguí con él; tuve cinco hijos. A mi pareja nunca le gustó trabajar en las oficinas y por eso estudió mecánica y puso su taller, pero el alcohol y la fiesta se incrementó, faltaba los fines de semana, llegaba sucio y sin dinero, más a fuerzas que de ganas me compró el departamento donde vivo, aunque me corría cada que quería.

Cuando mis hijos crecieron ya no le permitían que me maltratara, pero a ellos llegó a pegarles y a retarlos a golpes, él empezó con el maltrato psicológico: me decía que estaba gorda y fea que las de La Merced estaban mejor; decía que yo andaba de puta porque me salía a vender joyería y ropa para poder completar el gasto; se metió con una de mis hermanas y yo creo que hasta con un concuño. Un día tomando en su casa despertaron muy empiernados y abrazados, después se lo comenté pero ya tenía mucho que no dormíamos juntos.

Él adelgazó mucho, tenía mucha diarrea, perdió el control de esfínteres, tenía unos granos o manchas en la cara y Cándida,⁵⁵ perdió la memoria pero nosotros creíamos que era por el alcohol ya que no dejaba de tomar ningún día.

Lo anexaron y de ahí pasó al “Fray”,⁵⁶ en el que murió a los tres meses, él sabía lo que tenía ya que un día quiso hablar conmigo de algo importante y luego ya no me dijo nada; pero le dijo a una de mis hijas que ojalá yo lo perdonara y que le pudiera volver a querer como al principio.

⁵⁵ La Cándida es una infección por hongos, generalmente en mucosa que se manifiesta como algodoncillo.

⁵⁶ Se refiere al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

En su acta de defunción dice probable VIH pero nunca lo confirmaron y ya por respeto a mis hijos no pedí que le hicieran la autopsia ni la prueba confirmatoria, a mí me hicieron la de “Elisa” y la “Western Blot” en el “Fray”, en Salubridad otro igual, en un particular y finalmente en la Clínica Condesa, los medicamentos me han ayudado pero también han dañado mi cuerpo ya que tengo lipodistrofia.

Hoy trabajo en un grupo de mujeres con el mismo padecimiento que yo, he aprendido a vivir con el VIH. Aunque no lo acepto, me pregunto por qué a mí, y lo único que me contesto es porque no le puse límite a mi pareja y no pude valorarme; pero quién me dice que yo valgo —cuando desde tu familia te discriminan y maltratan—, hoy amo a mi familia y mi vida y trato de que tengan una vida mejor, “lo que no te mata te hace más fuerte”.

Los derechos humanos de un individuo empiezan desde la familia, cuando se rompen se destruye la autoestima y el motor del ser humano y se vuelve frágil.⁵⁷

⁵⁷ CNDH, *Historias de mujeres VIH*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos, Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos, SIPAM, Salud Integral para la Mujer A. C., Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, Clínica Especializada Condesa, Ideas, A. C., Investigación y Desarrollo Educativo, pp. 26-32.