

Discurso religioso en torno a la sexualidad y el HIV en Malawi (Área 49, Lilongwe)

Trabajo final de grado en Antropología Social y Cultural

Palmira Alcalde Domínguez

plmrlcd@gmail.com

Curso 2013-2014

Tutora : Cristina Larrea Killinger

Resumen

La colonización inglesa y la religión cristiana, han dejado una huella importante en la sociedad malawiana. Sus condiciones socio-económicas lo convierten en uno de los países más pobres del continente africano donde el Sida es en el problema de salud más importante del país, con una prevalencia entre la población adulta, de 15 a 49 años, de casi un 11%, en el 2012, siendo el contacto sexual la principal vía de contagio, lo que comporta significativas repercusiones económicas y sociales. Por otro lado, la sexualidad es un factor muy importante en la construcción social de la identidad de los individuos, que perciben el intercambio de fluidos sexuales como una fuente de energía vital, tanto física como emocional.

Religión, sexualidad y HIV, tres ámbitos que el presente trabajo pretende vincular, mostrando cómo las relaciones de poder y el discurso religioso católico, hegemónico, se articula con las prácticas de los individuos en el ámbito de la sexualidad, el matrimonio y los métodos de prevención para evitar el contagio del HIV.

Palabras clave: Discurso religioso, sexualidad, moral, HIV, cultura, misión, fidelidad, pobreza.

Índice

Introducción	3
Marco teórico	6
Metodología	8
La misión ayer y hoy	11
La clínica. Lugar de encuentro de cuerpos y almas	14
Cuatro historias; un mismo discurso	16
Conclusiones	21
Bibliografía	22
Anexo	25

Introducción

Malawi es un país pequeño, uno de los más pobres del continente africano, con un 50'7% de población viviendo en el umbral de la pobreza. La falta de recursos naturales, de interés para la industria de los países occidentales, lo ha convertido en un país olvidado. Densamente poblado, su superficie de 118.400 km² acoge a una población heterogénea, de casi 17 millones de personas (WPP, 2014), que pertenecen a más de diez tribus distintas, siendo los Chewa, los Ngoni, los Tumbuka, los Yao y los Lomwe las más representativas.

El 84% de la población (FAO, 2013) vive en zonas rurales y practica la agricultura de subsistencia, la base de la economía del país. Según este mismo informe, la agricultura representó en el 2009, cerca del 40% de su PIB, empleando a casi el 78% del total de la población activa. El maíz es el cultivo principal y el alimento básico de los individuos, que lo consumen diariamente, convirtiendo la “nsima”¹ en el plato nacional. Su importancia la resume este proverbio local, “Chimanga chimanga mudzi” (el maíz construye el pueblo). La producción de tabaco, té, café y azúcar se destina principalmente a la exportación, representando el tabaco el 66% de los ingresos totales de esta actividad en 1999, según un estudio local² realizado para la FAO.

Colonia inglesa hasta 1964, es, como estado independiente, fruto de la colonización, tanto política y económica como religiosa, que se dio simultáneamente. En su diversidad religiosa (WPP, 2014) encontramos a musulmanes (25%), animistas y cristianos (68%), católicos y protestantes, que van ganando terreno en el panorama religioso.

La bibliografía específica de la colonización religiosa de Malawi es escasa, Ruggieri, G. (1988), una compilación de los artículos expuestos en el Coloquio de Bolonia, 22-25 de Octubre de 1988, Combarros, M. (2000) y Massana, J.M. (1996), pero permite tener una idea de cómo se llevó a cabo la evangelización cristiana en algunas sociedades africanas y la influencia que tuvo en sus culturas.

¹ Gachas de agua y harina de maíz que constituye el plato principal de las comidas

² Estudio basado en un borrador preparado para la FAO por Charles Mataya, Malawi.

Los Padres Blancos fueron los primeros misioneros católicos en llegar, en 1889, a lo que en aquel momento se conocía como Nyasaland, con la voluntad de hacer de la evangelización una obra civilizadora, de acuerdo con el modelo occidental, homogeneización social y religiosa, transformando las estructuras sociales y eliminando aquellas costumbres y creencias que se confrontaran a la fe cristiana. La creación de escuelas fue una de primeras labores de los misioneros, que veían en la educación el primer paso para esta transformación (Douglas, 1999).

El cristianismo ha hecho disminuir prácticas tradicionales, como “mitala” (poligamia), “chokolo” (la mujer, al enviudar, debe casarse con el hermano del marido difunto), “kusasa fumbi” (rito de iniciación de las jóvenes cuando llegan a la pubertad), o “lobola” (pago de la novia),³ pero aún se practican en algunas zonas.

Lo cierto es que los cristianos también hemos manipulado a personas y a grupos sociales queriendo ser fieles al Evangelio [...] con la justificación de diversas formas de coacción ejercitada contra la conciencia ciudadana (recepción de sacramentos sin fe personal, enseñanza religiosa ajena a las propias convicciones, evangelización proselitista) (Belda 1975:260).

La sexualidad es muy importante en la vida de los malawianos, la viven con intensidad y perciben el intercambio de fluidos corporales, durante las relaciones sexuales, como algo “nutritivo”, física y emocionalmente; un aporte de “vitaminas” que les proporciona energía vital. Para ellos la sexualidad es “vida”, no tan sólo en el aspecto biológico de la reproducción; a través de ella también buscan dirigir sus identidades y su sentido del “yo” como actores sociales y morales, como argumenta Freeman en su tesis doctoral, (2012:186). Mis informantes, la Hermana Mercedes, misionera de la Congregación de María Mediadora, orden religiosa fundada en España en 1942 y Maxwell, un joven local, también afirman esa importancia de la sexualidad.

³Una de las pacientes de la clínica me preguntó cuánto había pagado por la novia de mi hijo. Ella había pagado cuatro vacas por la del suyo, porque se casó con una mujer Ngoni y las Ngoni son muy cotizadas. Según ella, se rigen por sus costumbres, aunque después celebran la ceremonia religiosa católica. El Padre Massana, uno de mis informantes, también reconoce el peso de la cultura y admite que antes de officiar la ceremonia él preguntaba si se había efectuado el pago.

El africano, creo, y el malawiano como tal, vive intensamente su sexualidad. En muchos sentidos pienso que el “carpe diem” de los latinos se queda corto. Al cuerpo se le da lo que pide sin trabas, sin razonamiento (H. Mercedes).

Algunos hombres insisten en no usar condones porque no disfrutan del sexo de la manera que ellos quieren... algunas chicas no insisten en el uso del preservativo porque solo recibiendo el esperma de los hombres encuentran placer (Maxwell).

El condón está todavía muy estigmatizado, su escasa utilización por parte de los jóvenes, es el factor que más contribuye al contagio del HIV y a las altas tasas de fertilidad entre ellos [...] la tasa de prevalencia del virus entre los jóvenes, de 14 a 24 años, es del 6,4%. (The Nation, diario local).

A esta percepción de la sexualidad se enfrenta la realidad del problema del Sida, transmitido en un 90%, por las relaciones sexuales, aunque el contagio de madre a hijo también tiene un peso importante. Según el informe de ONUSIDA (2013), la mayoría de los 180.000 niños, de 0 a 4 años, con HIV, han contraído la infección por vía materna.

Las campañas gubernamentales de divulgación y concienciación para la prevención de la enfermedad, así como la implementación de los test del HIV y los tratamientos de antirretrovirales, gratuitos en los hospitales públicos, han reducido significativamente el número de contagios actuales, en comparación con los de 2001, según el informe de ONUSIDA (2013), aunque las cifras continúan siendo elevadas.

La estimación media⁴ del total de personas que viven con el HIV es de 1.100.00, siendo la prevalencia en adultos, de entre 15 y 49 años, de un 10’8%, y el número total de personas infectadas, mayores de 15 años, de 950.000, de las cuales 560.000 son mujeres. En el 2012 los nuevos contagios fueron 11.000 y las muertes por sida 46.000, calculándose el número de huérfanos, de 0 a 17 años, en unos 770.000.

El elevado número de huérfanos, que la mortalidad del Sida provocó en la década de los 90, fue lo que impulsó a la congregación de María Mediadora a abrir el orfanato de Chezi:

⁴ La edad media estimada de la población para el 2015 es de 17’3 años de edad, lo que da una idea de la magnitud del problema y las consecuencias futuras, a nivel económico y social para el país.

El vocablo huérfano no existía en el idioma Chewa, porque no había huérfanos como tal. Cuando yo llegué, en 1997, la enfermedad estaba en su punto más álgido. Un abanico de población entre los 20 y los 35 años estaba infectado. No había tratamientos retrovirales y las muertes eran frecuentes, los padres y los hermanos de éstos morían y los abuelos tenían demasiados nietos a su cargo para hacerse cargo de más. Surge la necesidad de acoger a estos huérfanos... la palabra “masiye” adquiere un significado diferente (H. Mercedes).

En este contexto socio-cultural, el objetivo de mi investigación es tratar de dilucidar cómo el discurso hegemónico católico, en torno al comportamiento moral de los individuos, en relación a la prevención del contagio del HIV y a la sexualidad, es percibido por ellos y dar respuesta a las preguntas ¿Cómo perciben las personas este discurso? ¿Cómo lo articulan con sus prácticas y creencias? ¿Es el discurso lo que motiva el cambio, si lo hay?

Marco teórico

El análisis que hace Foucault de la sexualidad es relevante porque, aunque él se centra en las relaciones y la sexualidad de sociedades europeas, da mucha importancia al discurso religioso.

En su Historia de la Sexualidad (Foucault, 1998), destaca como la concepción de la moral victoriana en una sociedad burguesa, que ve peligrar sus intereses económicos por la degeneración de la conducta sexual, hace que el sexo pase de ser algo público a algo secreto, reducido al ámbito del matrimonio, quedando la sexualidad confinada a su función reproductora y controlada por el poder.

Esta represión coincide con la Revolución Industrial, el desarrollo del capitalismo y la expansión colonial y por ello los discursos en torno al sexo son múltiples y generan un nuevo sistema de relaciones, al servicio del poder, en las que la voluntad del individuo no cuenta, “si la sexualidad se constituyó como dominio por conocer, tal cosa sucedió a partir de relaciones de poder que la instituyeron como objeto posible” (Foucault, 1998:119). Conviene que los trabajadores y los conquistados sean productivos y para ello interesa controlar sus hábitos morales.

Teológicamente el pecado se define como la oposición de la voluntad del hombre en relación a la voluntad de Dios (Bouyer, 1973). En el cristianismo el concepto de pecado como impureza ritual es frecuentemente asociado a la sexualidad (Vidal, 1986), y, en ese contexto histórico, los discursos religiosos son muy fructíferos y con ellos, a través de la confesión como rito purificador previo, se quería:

Producir efectos específicos sobre el deseo [...] también efecto de reconversión espiritual, de retorno hacia Dios, efecto físico de bienaventurado dolor al sentir en el cuerpo la dentellada de la tentación y el amor que se le resiste” asociando sexo y pecado (Foucault, 1988:32).

Las reflexiones de Bourdieu (2000, 102-106 y 127-142) nos muestran cómo en el campo-espacio de la investigación los agentes, las misioneras, invaden otros campos distintos al religioso y luchan por legitimar el monopolio de los bienes de la salud, tanto moral como, física de las personas. Mediante la manipulación simbólica y del lenguaje transforman la percepción del mundo natural y social que tienen los individuos y la construcción de la realidad social, “luchan (como otros profesionales) por decir cómo hay que ver el mundo” (Bourdieu, 2000:104).

En el Área 49, las religiosas amplían su campo de la cura de almas al campo de la educación, de la salud y de la psicología entre otros, para intentar cambiar la realidad social de pacientes y jóvenes, tal vez porque dominar y hablar del cuerpo es una manera de hablar también del alma (Bourdieu, 2002).

Siguiendo a Bourdieu, son interesantes sus planteamientos sobre las relaciones de fuerza que los diferentes actores sociales juegan en el espacio-campo (Bourdieu, P. y Wacquant, L., 2005), para entender cómo se desarrollan las relaciones de las religiosas con los pacientes de la clínica y las adolescentes del centro de acogida, lugares donde la investigación se ha desarrollado mayoritariamente. Pacientes y chicas con un capital cultural, unas prácticas, un “habitus”, que las religiosas, en función del poder hegemónico que su posición les otorga y de acuerdo a su concepción de la moralidad, pretenden cambiar, haciendo uso de su capital del conocimiento y también de su capital económico. Los recursos son escasos y ni tan siquiera suyos, pero son ellas quienes los

gestionan. Es un juego ambiguo, en el que el campo religioso se disuelve en un campo de manipulación simbólica lleno de moralismo.

Para Castro y Farmer (2003), son las condiciones de violencia estructural que muchas veces rodea a los infectados de HIV, especialmente a las mujeres, lo que hace que estas interioricen un sentimiento de culpabilidad que las convierte en víctimas, al atribuir la enfermedad a “actos voluntarios” y no a las situaciones de desigualdad y pobreza que estos grupos de población tienen.

Las exploraciones de Bochow y van Dijk (2012) acerca del impacto de los mensajes cristianos pentecostales sobre el pecado y la salvación, en los discursos y prácticas en torno a la sexualidad, la reproducción y las relaciones entre hombres y mujeres en sociedades africanas, en la misma línea que los católicos, son muy esclarecedoras. Estos mensajes instrumentalistas, dirigidos principalmente a las mujeres, asocian la lucha contra el HIV y el cambio en el comportamiento en las relaciones del matrimonio, y pretenden canalizar los hábitos sexuales a través de la disciplina moral, intentando redefinir uno roles de masculinidad y feminidad muy diferentes a como los perciben estas sociedades.

El corpus de la base teórica se complementa con algunos números de la revista Iglesia Viva, para enmarcar unos valores que insisten en reducir la sexualidad a las relaciones conyugales y que son invocados por las religiosas en sus discursos para evitar el contagio del HIV y preservar un modelo familiar, desde una perspectiva etnocéntrica, acorde con los principios morales de la sociedad occidental. Entendiendo por moral “el conocer, practicar y adquirir las buenas costumbres, las que permiten al hombre vivir como corresponde al ser humano” (Lorda, J.L., 2004:16-22).

Metodología

La posibilidad de pasar dos meses en Malawi, colaborando en un centro que acoge a chicas adolescentes, me sugirió la idea de realizar la investigación para mi proyecto con ellas. Inicialmente el trabajo estaba centrado en el campo de la salud, en el estudio de la percepción de la enfermedad por las jóvenes en un sentido generalista pero, una vez en el campo, las circunstancias hicieron cambiar el objeto de estudio. Por un lado, la dificultad de trabajar con las chicas, habituadas al control de su comportamiento y a acatar las pautas definidas de

antemano por la institución (Berger y Luckman, 1968). Bajo la supervisión constante de las misioneras que argumentaban que “las niñas tienen muchas tareas”, sus actividades están muy pautadas, era difícil encontrar el tiempo y la atmósfera adecuada, y las preguntas tenían, prácticamente, las mismas respuestas, cuando no simples silencios, haciendo patente su fuerte institucionalización, pues, como dice Luckman (1996:119):

Las instituciones organizan la solución de los problemas humanos fundamentales (y también los no tan fundamentales) [...]. Ellas liberan al individuo mediante un patrón de soluciones más o menos evidentes para los problemas de la conducción de su vida, garantizando y conservando la permanencia del orden social.

Por otro lado, surgió la oportunidad de colaborar con una clínica de la zona, Home Based Care (HBC), en la que se atiende y dispensa medicamentos a pacientes y familiares afectados del HIV, dirigida por la enfermera carmelita Sister Lilly. Desde los primeros días observé que el discurso que la religiosa empleaba con los pacientes, de manera constante, se centraba en censurar su comportamiento, recomendando el cambio en sus prácticas sexuales, la fidelidad y unos “hábitos de vida morales”, como único método para la prevención del contagio de la enfermedad, utilizando en el mismo una gran dosis de violencia simbólica. Estos factores hicieron que la investigación se orientase hacia ese tema. Todo un reto a nivel personal, teniendo en cuenta mi falta de experiencia y las dificultades que el campo presentaba. Empecé a prestar atención a todo aquello que las religiosas, en uno y otro centro, los pacientes, las jóvenes acogidas y mis futuros informantes, decían y hacían en torno al HIV y a la sexualidad, de manera explícita o implícita.

El idioma fue una dificultad añadida pues aunque el inglés es también idioma oficial y los jóvenes lo hablan sin problemas, en las zonas rurales los adultos apenas lo entienden y mis conocimientos del Chichewa son rudimentarios, los básicos para mantener conversaciones triviales. En la clínica y en los desplazamientos a los poblados, una traductora ayudaba con las visitas.

El trabajo de campo centra el peso de la investigación. Realizado en la Clínica HBC⁵, un pequeño dispensario, y en el centro de acogida “Ku Nyumba ya Amayi Maria”⁶ (Casa de la Madre María), de la Congregación de María Mediadora, ambos en el Área 49, de Lilongwe, la capital de Malawi. Hasta hace pocos años era una zona rural que se ha ido urbanizando, de forma desordenada, para acoger a quienes no pueden pagar los precios de la vivienda en el centro. Una carretera asfaltada, herencia colonial, une la capital con el norte del país y es la única vía que permite el acceso en coche a esta zona. En los márgenes de la misma hay muchas actividad y gran parte de la economía informal del área, la venta de cualquier producto, por más inverosímil que este parezca, tiene lugar allí; también los servicios sexuales de las prostitutas por la noche. A ambos lados de la carretera se van alternando las nuevas construcciones junto a las casas tradicionales y a pequeñas parcelas de cultivo, en una enmarañada red de caminos de tierra, laberínticos para los foráneos, pero que ellos conocen perfectamente porque los recorren a pie en sus desplazamientos cotidianos.

Mi trabajo consistía en ayudar a Sister Lilly en la clínica y en las visitas a los poblados cercanos, dispensando los medicamentos que ella prescribía, registrando los síntomas que los pacientes explicaban, el diagnóstico y el tratamiento. En el centro de acogida daba clases de refuerzo de matemáticas e inglés, nivel básico, a un grupo de cinco chicas, las más atrasadas en estas materias. La observación se complementa con entrevistas a dos jóvenes locales, Lawrence, 24 años, estudiante de Economía en la Universidad de Blantyre, y empleado en el hospital St. Martin de la misma ciudad; Maxwell, 25 años, que trabaja en un pequeño bar en la zona, Tsabola. Entrevisté también a la misionera Mercedes, 50 años, que lleva más de diez en Malawi, los primeros de ellos repartidos entre el orfanato de Chezi⁷ y el hospital de Mlale, y al Padre Massana, misionero franciscano que ha pasado casi 30 años ejerciendo su apostolado en Ruanda, Burundi y Malawi.

⁵ Foto 1 en Anexo

⁶ Foto 2 en Anexo

⁷ Foto 3 en Anexo

A las entrevistas se sumaron las informaciones de un par de muchachas jóvenes de los alrededores, Chrissi y Triphonia, que compartieron conmigo algunos aspectos de su cultura y también sus inquietudes e ilusiones de futuro. También las conversaciones informales, intermitentes, con la Hermana Stella, y con las adolescentes del centro, especialmente los sábados y domingos por la tarde, liberadas de sus obligaciones domésticas y religiosas, que me aportaron conocimientos sobre la cultura del país, su visión de la familia, el Sida y la Institución.

La misión ayer y hoy

Para entender por qué la moralidad y la sexualidad están tan incrustadas en el discurso católico, es conveniente mirar al pasado, a la Época Moderna y a la idea de progreso que comporta la industrialización. Con ella empezó el proceso de secularización, especialmente notorio en la Iglesia católica, aunque, no hay que asociar inexorablemente la idea de “sociedad moderna” con la secularización. Con la modernidad lo que se produce es el pluralismo religioso y como resultado “se mina el estatus de las creencias y valores que se dan por sentados, un proceso que afecta a la religión tanto como a cualquier otro componente de la cultura” (Berger, 2004:66).

En este contexto histórico, según Ruggieri. G. et al (1988), la Iglesia occidental ve amenazada su hegemonía y busca reproducirse en los nuevos territorios. Su expansión se produce de la mano de la colonización, de hecho, sirve, aunque ese no sea su objetivo, a los intereses de la metrópoli y los destinos son múltiples, pero es el continente africano el que más órdenes misioneras recibe. Escasos recursos, una climatología hostil y las enfermedades hicieron fracasar los primeros intentos.

La misión toma nuevo impulso gracias al escritor Chateaubriand, que en su obra “El genio del Cristianismo”, 1802, apela al romanticismo religioso, la corriente ideológica de la época. El libro dedica un capítulo a los misioneros y exalta las aportaciones de la religión cristiana al mundo moderno y al individuo y su contribución al desarrollo de la agricultura, las ciencias, las artes y a las virtudes de las personas (Ruggieri, 1988).

Esta efervescencia de la literatura misionera despierta el interés por la obra cristiana y la aportación de los recursos económicos para reanudar el proceso evangelizador. Aunque no existe una verdadera Historia misionera como tal, el testimonio dejado por los primeros religiosos describen la “degeneración africana, un continente que se halla bajo el imperio del pecado y del diablo, al que se debía evangelizar llevar la luz en medio de las tinieblas para su regeneración” (Ilboudo, 1988:133). Esta percepción de la cultura de los pueblos africanos hace que las cuestiones teológicas pasen a un segundo plano, reificando las cuestiones morales en detrimento de la esencia de la fe del Evangelio.

Distraídos en lo material, dejaron un poco de lado la evangelización. Y sobre todo no se esforzaron en penetrar y descubrir la mentalidad de las gentes [...] Imbuidos en los prejuicios de entonces, para ellos también “los negros eran ignorantes, depravados, inconstantes y religiosos supersticiosos”. De tan bajo nivel moral y cultural, que no veían en ellos ningún valor incorporable al cristianismo. (Combarros, 2000:230).

El Concilio Vaticano II, convocado por el Papa Juan XXIII, marca un punto de inflexión en la manera de hacer misión. Se inició un proceso de africanización en el que la labor evangelizadora puso el acento en el respeto y en la adaptación de los valores culturales de los pueblos a la fe cristiana. Como dicen el Padre Massana y la Hermana Mercedes:

Quan els missioners hi van anar fa un segle... si que s’ha de dir que, en principi, van anar per a dir “tot el que heu fet fins ara no està bé”... fins el nom de Déu van canviar... ells no deien res però això se suposa que els va frapar però van anar seguint, seguint... si els hi deien que la salvació estava només en la fe catòlica... ells volien assegurar el futur després de la mort” (P. Massana).

Després del Concili Vaticà II ja s’ha modificat la manera de fer missió, abans era fer adeptes, batejar molta gent... quanta més millor... semblava que importava més la quantitat que la qualitat... el Concili ho va deixar molt clar que la Església no té el monopoli de la veritat. El Concili va canviar molt les coses... tota persona i tota religió té coses bones... Ara no és imposar sinó exposar (P. Massana).

La época colonial marcó un estilo basado en la sumisión, al blanco se le obedecía. Creo que la labor del misionero es más, ahora, la de acompañar, tratar de dar oportunidades. (H. Mercedes)

Una africanización con la que Douglas, en su etnografía revisitada sobre Los Lele, es crítica porque ha llevado a tensiones generacionales, con una perspectiva distinta de la influencia en las prácticas sociales y en la que tampoco se ha producido la compatibilización de las religiones africanas con el cristianismo de manera efectiva, limitándose a “añadir lanzas y máscaras a la liturgia pero no unas relaciones bidireccionales en torno a los temas filosóficos fundamentales” (Douglas, 1999:26)

Esta tensión entre discurso y prácticas es aún perceptible en Malawi. Según Roberts: “La poligamia es la forma de matrimonio tradicional para las tribus Lomwe y Tonga, pero cada vez es menos practicada debido a la presión cristiana ” (Roberts, S. 1964:77) y como señala Massana, los “nyao”, en algunos rituales como los de iniciación, invocan a los “zirombo” animales a los que se les atribuye poderes mágicos, imitando sus sonidos en unas danzas simbólicas con un marcado significado sexual, aunque los cristianos saben que no deben participar en ellas a pesar de que algunos, por miedo, recaen en estas prácticas paganas (Massana, 1996:296-297). Una explicación similar me la dio Thriponia, de la tribu Ngoni, pero en la ceremonia explicada el ritual tenía como finalidad el descanso del alma de los muertos.

En el campo de la salud, muchos individuos recurren todavía al “sing’anga”, médico tradicional, para tratar sus dolencias, incluso el HIV, aunque la compatibilizan con la biomedicina cuando lo creen necesario. En Lilongwe se pueden ver estos médicos atendiendo a pacientes y, conversando con uno de ellos, me comentó que los problemas sexuales y de fertilidad son las consultas más solicitadas.

Para algunos, los cambios han sido positivos pero a otros les cuesta renunciar a las costumbres que forman parte de su cultura y que no perciben como negativas.

Ellos (los misioneros) cambiaron el modo de vida... convirtiendo a la mayoría de la gente al cristianismo. Fue duro para los malawianos creer en Dios, algo invisible. Los misioneros daban cosas a la gente para mantenerlos cerca y que fueran a escucharlos (Maxwell).

Los misioneros tuvieron una gran influencia en el cambio cultural y de comportamientos, fueron ellos los que vinieron con educación y religión, acabando con las creencias culturales... es bueno, porque algunas creencias no eran buenas... llevaban a un crecimiento alto de la población y también a una expansión del HIV (Lawrence).

“Kusasa fumbi” es cuando la hija alcanza la adolescencia... ellas (las familias) llevan a la chicas a las mujeres mayores, para instruir las durante varios días y cuando este periodo de tiempo está a punto de finalizar, llaman a varios hombres cuyo trabajo consiste en tener sexo con ellas, lo que incrementa el contagio del HIV y las enfermedades de transmisión sexual (Lawrence).

Antes se usaba la medicina tradicional (hojas de los árboles, vapor de hervir cortezas) luego se empezó a usar la medicina Inglesa aunque aún se usa la tradicional en las áreas rurales (Lawrence).

Per exemple la poligàmia. Ells saben que el cristianisme no admet dues dones. Diuen en tinc quatre què haig de fer? els hi dius: N’agafes una, aquesta es la que vull i a les altres els hi dones un tros de terra i assegures que no els hi falti res però a la nit no vas passant d’una a l’altra. La majoria ho han fet però d’altres, encobertament, ho continuen fent com sempre (Massana).

Mientras que el discurso religioso es homogéneo en la condena de las prácticas locales que no se ajustan a su perspectiva moralista, el de los informantes difiere. Para Lawrence, universitario, la labor misionera ha sido positiva porque cambia las costumbres tradicionales, que ve como negativas para el progreso del país y para el control de la natalidad y de la propagación del Sida. Para Maxwell el cambio tiene aspectos negativos y opina que algunas personas cambian sus creencias porque se les ofrecen cosas materiales y no por verdadera fe. Las conversaciones con las jóvenes confirmaron que en temas como el matrimonio, la poligamia, o las ceremonias rituales muchas personas siguen las costumbres tradicionales, aunque eso no significa que no asistan a la iglesia para las celebraciones religiosas y se consideren buenos cristianos.

La clínica. Lugar de encuentro del cuerpo y el alma

La clínica ha tenido mucha importancia en el trabajo de campo, por eso es conveniente describir el espacio y su funcionamiento. Es un edificio pequeño, de tres habitaciones, una de ellas es el dispensario propiamente dicho con un

mobiliario austero: una mesa, cuatro sillas y un pequeño armario donde se guardan las medicinas y que sirve como separación para dar una mínima privacidad a la cama ubicada detrás del mismo. Un pequeño lavamanos y un minúsculo cuartito para guardar ropa y zapatos usados. Dos ventanas, que ajustan mal, dejan entrar el sol africano y el polvo rojizo de los caminos. Otra de las habitaciones es utilizada para las reuniones de los voluntarios, personas afectadas, que son asignadas como tutores a cada nuevo paciente registrado. Reuniones que se llevan a cabo los días de visita, miércoles y viernes, antes de la apertura de la clínica y que dirige Félix, responsable del grupo de voluntarios.

En ellas se lee la Biblia, se reza y se participa, en una especie de terapia de grupo en la que, quien lo desea, habla de sus problemas y también de sus progresos. El objetivo es, por una parte, concienciar a los afectados de que deben llevar una vida saludable y “moral”, y por otra que gestionen los microcréditos que se les conceden para comprar semillas, fertilizantes o algún animal para criar. En las reuniones se puede apreciar cómo, especialmente las mujeres, expresan, mediante gestos de arrepentimiento y referencias al perdón de Dios, un sentido de culpabilidad por la situación en que se encuentran.

En los tiempos de espera se hacen sobrecitos, con trozos de periódico, que servirán para entregar los medicamentos. Básicamente, analgésicos, vitaminas B1 y C, aspirinas, antibióticos, aportes de hierro y poco más. El sistema inmunitario de los afectados por el HIV está muy debilitado y eso, unido a una alimentación muy deficitaria y monótona, a los cambios en la medicación de antirretrovirales y a unas condiciones de vida precarias, les predispone a sufrir múltiples dolencias: malaria, diarreas, dolores óseos, fiebre, lesiones en la piel, etc.; necesitan medicinas que en los hospitales no les suministran y que deben pagar, dice la monja.

Para ser atendidos los pacientes deben traer su “bukhu” o Health Passport. Una cartilla que facilitan en el hospital y en la que se registran las visitas y el control del tratamiento con antirretrovirales. Una etiqueta adhesiva en la portada indica los datos básicos: nombre, sexo, edad y dirección, aunque muchos de ellos no contienen la información completa, especialmente la edad porque algunos pacientes no saben cuándo nacieron y no existe un registro oficial

acreditativo. En ella también se anotan las visitas a la clínica, la medicación dispensada y los resultados de pruebas clínicas.

Cuatro historias, un mismo discurso

Cuatro historias ilustrarán el trabajo. Tres de ellas corresponden a pacientes de la clínica. Una paciente terminal, afectada por HIV, a la que se visita en su casa; una prostituta que fue a la clínica por, primera vez, y desconocía si lo estaba y la de Malita, una niña atendida en uno de los poblados. La cuarta corresponde a Brenda, una chica que quedó embarazada y fue expulsada del centro de acogida. Son experiencias distintas, pero todas tienen un denominador común: todas son mujeres que conviven con un entorno de pobreza y dominación en el que la violencia, tanto física como simbólica es ejercida a través de las relaciones de poder.

1. Visita domiciliaria

Es mi primer día. Cuando llego ya hay varias personas esperando, la mayoría mujeres, madres y abuelas con niños, y algún hombre. Muchos de ellos han venido caminando desde lejos pues el transporte público no existe. Son los “matola”, los vehículos que tienen a su disposición pero son caros y tampoco conectan las zonas más apartadas de la carretera principal.

Al acabar en la clínica, visitamos a una paciente en su domicilio, una enferma terminal, afectada por el HIV, cuya hermana pasó por la consulta para pedir medicamentos porque dijo que le supuraba el ano. Es una casa modesta, techo de metal, paredes de ladrillo y espacio exterior donde se cocina comunitariamente con leña, en el suelo de tierra. La enferma está estirada en un sofá, en el que apenas puede moverse. Durante el día es el salón y por la noche se convierte en dormitorio colectivo.

Tras una inspección ocular, la religiosa me susurra preocupada “me he dejado los guantes en la consulta”, recomienda que se le hagan curas para desinfectar la herida y que evite estar siempre estirada. Les suministra desinfectante y dice que pasen después por el dispensario para recoger unos analgésicos. A la pregunta si en la familia hay más afectados por el HIV, la interlocutora dice uno de los cuatro hijos de la enferma lo está pero que ella no y sus hijos tampoco. Otra hermana más joven, embarazada y madre de otro niño

de dos años que corre por allí, no lo sabe pues no se ha hecho ningún test. La hermana mira el interior del párpado del niño, al que detecta un déficit de hierro y explica a la madre que debe espaciar los embarazos, al menos tres años, tiempo mínimo para que ella se recupere y pueda atender al recién nacido y a los otros mejor. No le recomienda el uso del preservativo para espaciar los embarazos ni prevenir el HIV, y dice que su uso, contrariamente a lo que todo el mundo piensa, “aumenta el riesgo entre esta población porque puede no ser nuevo, contener líquidos, estar roto etc.”. Le recomienda una actitud moral, y le habla de que el futuro del país son los niños por lo que debe cuidárseles al máximo. Esta afirmación se corresponde con la de la Hermana Mercedes:

El preservativo no es para todo el mundo por algo tan simple como que no se sabe utilizar, al menos en los ámbitos rurales, o al menos no se sabía [...] en una sociedad donde el tema sexual se vive tan fuerte, el preservativo no es la panacea (H. Mercedes)

Para el misionero Cambarros (2000:307), “las causas del sida en África son un poco distintas de las resto del mundo. Hay una gran promiscuidad sexual entre los jóvenes, aglomerados en los grandes suburbios de la ciudad”, algo que, con matices, también cree el P. Massana “Quan jo hi era, als hospitals feien servir les agulles i les tenien sense netejar però, per a mi, el punt més important és la prosmiscuïtat”.

2. La prostituta

Acude una chica joven, tiene 19 años y no viste el tradicional “chitenje”, la prenda que habitualmente llevan las mujeres encima del vestido o falda, y no tiene cartilla. Casi no se la entiende porque habla en un tono muy bajo y mantiene la cabeza agachada todo el tiempo. Se queja de dolor en el vientre. A Everetta, la traductora, le cuesta entenderla. Responde a las preguntas; ¿la última regla?; ¿tienes hijos?; ¿estás casada? con monosílabos. Ante las contradicciones y la evidente falta de colaboración, Sister Lilly se exaspera; “eres tú la que tienes que explicar lo que tienes si quieres que te dé “medicinas” debo saber lo que te pasa”.

Finalmente afirma que sí tiene relaciones sexuales, sin mencionar explícitamente que este es su trabajo. La Hermana la manda al hospital para

hacerse el test del Sida, diciendo que no puede darle ningún medicamento hasta que no regrese con el resultado. No le receta nada pero sí le da un “discurso” sobre moral:

La fidelidad es la única manera de prevenir la enfermedad, por lo que solo se debe tener una pareja sexual, es teniendo un comportamiento y una vida moral como puedes prevenir la enfermedad. Cuando tengas el resultado del “test” vuelves... ¡tienes que traer la cartilla! (H. Lilly).

La siguiente paciente, que conoce a la anterior, pues la mayoría de pacientes son residentes del área 49 y se conocen entre sí, confirma a la monja que, efectivamente, la chica que acaba de salir es prostituta. Esta confirmación da pie a que la religiosa vuelva a repetir su mensaje, definiendo, una vez más su posición jerárquica:

Dudo que vaya al hospital... ahora es una fuente de contagio... el condón fomenta la promiscuidad porque con su uso se confían... solo mediante un cambio de estilo de vida se podrá evitar el contagio y frenar su propagación... es el futuro del país...si no cambian este país no tiene futuro (H. Lilly).

Sus palabras las dirige a mí, tal vez pensando que, como occidental y, se supone que católica, entenderé mejor su posición, dando por descontado que los autóctonos, no acaban de comprender su mensaje y por ello insiste constantemente en él.

Algunas de las pacientes desconocían si estaban infectadas pero eran reacias a realizar el test del HIV de forma voluntaria, porque esta enfermedad aún está muy estigmatizada y, como apuntan Castro y Farmer (2003), la posibilidad de saberse portadora del HIV tiene un coste social más alto que quizás evitar que sus hijos nazcan con el virus. Según el informe de ONUSIDA (2002), citado por los autores, un porcentaje muy bajo de mujeres se someten a las pruebas del HIV en los países africanos.

3. Malita, de Santa Mónica

Visitamos Santa Mónica, poblado rebautizado con el nombre de la iglesia que hay allí. Primero paramos en un orfanato que acoge a más de 200 niños, en unas condiciones muy precarias. Son niños de los alrededores que sólo están durante el día porque de esta manera se asegura que coman una vez al día.

Llevamos sacos de “phala” y azúcar para preparar una especie de papilla muy nutritiva para los niños. Fuera hay un fuego de leña en el que dos mujeres están atareadas preparando la comida de los niños, que nos siguen a todas partes.

La “clase” es una sala enorme, sin ningún mobiliario ni material escolar, sólo una pizarra y algunas tizas, en la que tres profesores, se encargan de los niños. Cuando se les pregunta cómo llevan a cabo la enseñanza no saben muy bien que contestar. No hay normas ni horarios a los que los niños se atengan y que les marque una rutina. Circulan libremente por la clase y tan solo a la hora de repartir un panecillo y un huevo cocido a cada uno, forman una cola ordenada, acostumbrados como están a recibir de otros. Mientras, la monja discute con uno de los hombres, al parecer no cuadra el stock, según ella, han desaparecido 8 kg de “phala”, algo que parece ser habitual.

A un par de kilómetros está el poblado⁸, formado por unas casuchas medio derrumbadas de adobe, junto a alguna un poco más sólida de ladrillos. Las cabras corren libremente y aunque no está excesivamente sucio, los plásticos y los desechos se acumulan en algunas partes. En la entrada del edificio en el que se harán las visitas, la escuela, hay esperando bastantes personas⁹, mujeres y niños casi todos. Se habilita una habitación con una mesa y un par de bancos y cuando se abre la puerta entran todos a la vez. Hay que poner orden, algo que Sister Lilly encarga al jefe del pueblo.

Una madre lleva a su hija, Malita, de 7 años, porque la niña se queja de un dolor fuerte en la vagina. La niña está muy asustada y no hay manera de separarla de la madre. Lloro cuando la hermana intenta examinarla. No lleva ropa interior, tan solo un vestido de algodón, azul, está muy nerviosa y lleva tiempo conseguir que se calme un poco.

Se pregunta a la madre si algún hombre o joven la ha tocado, si va al colegio y si los profesores la han alertado de algún problema. No lo sabe. Tiene cinco hijos más y cuidarlos a todos supone mucho trabajo. A la religiosa le preocupa que sea un caso de abuso pero no hay manera de saberlo. Al parecer los abusos son bastante frecuentes y, según me comentó la Hermana Stella,

⁸ Fotos 4 y 5 en Anexo

⁹ Foto 6 en Anexo

muchas veces son los mismos profesores los que abusan de las chicas, sobre las que ejercen el poder coercitivo de su posición dominante.

4. Un embarazo inesperado

La vida de las muchachas acogidas en el centro está constantemente supervisada y pautada. Son muchas y variadas las tareas que deben cumplir: lavar¹⁰ la ropa a mano, planchar con planchas de carbón, hacer los deberes, rezar el rosario diariamente, asistir a misa sábados y domingos, etc. Brenda, de 15 años, no proviene del orfanato, tiene alguna familia que se ocupa de ella, quiere ser periodista y aunque dice sentirse a gusto en la casa, no participa de muchas de las actividades de las otras chicas¹¹. Los domingos prefiere quedarse en la habitación o fuera, pero aparte, conversando con alguna otra compañera o, simplemente, observando a las demás, tocar el tambor, bailar y cantar, actividades que practican en sus ratos de ocio, algo que según la Hermana Stella “...lo llevan en la sangre”. Por este motivo es vista como “orgullosa”, “se cree superior a las demás... piensa que es mejor” me comentaba la misionera.

Acabada mi estancia allí mantuve una relación epistolar con las chicas. En Navidad les envié cartas personalizadas que, a través de otra voluntaria, me devolvieron y la sorpresa fue leer la de Brenda. No estaba en el centro, se había puesto enferma, “he tenido que cambiar de colegio, tengo que ir a uno cerca del hospital (en Mlale, donde trabaja su tía), las monjas me pagan el “fee” pero no otras cosas como jabón, bolígrafos, libretas... han dicho cosas malas de mí”.

Indagué, pero el hermetismo de las misioneras fue total. Un escueto mensaje diciendo “Brenda ha mentado desde el principio”. Finalmente, después de recurrir a otras personas, pude contactar telefónicamente con la chica que me confirmó que estaba embarazada y me envió otra carta explicándome “que había sido forzada por un profesor”. Tuvo su bebé, un niño, Praise, el pasado mes de abril, vive con su tía en Mlale y está tratando de volver a recuperar el ritmo de sus estudios para mejorar su futuro. Sus bendiciones para mí y mi familia y sus referencias a Dios son constantes en todas las notas.

¹⁰ Foto 7 en Anexo

¹¹ Foto 8 en Anexo

La joven ya estaba embarazada cuando yo estaba allí y, posiblemente, las monjas estaban al corriente pero, el hermetismo fue total durante esos dos meses. Ni la chica, ni las compañeras ni las religiosas mencionaron nunca el tema, de la misma manera que tampoco se habló, según mi compañera de casa, de su la expulsión del centro.

Los cuatro casos tienen características comunes, todas son mujeres, pobres, dependientes de la Iglesia para cubrir necesidades materiales; medicinas, alimentos y educación y en tres de los casos el HIV estaba presente. Al explicar sus experiencias vividas estas mujeres expresan un sentimiento de culpabilidad, interiorizado a través del constante discurso religioso, al atribuir la enfermedad a su conducta desviada porque “la ideología de la culpabilización de la víctima sitúa la causa del sufrimiento y de la pobreza de las personas con HIV en su propia incapacidad, y no en las fuerzas sociales, políticas e históricas” (Castro y Farmer, 2003:32).

En las zonas urbanas donde las mujeres tienen mejor posición económica y social, los mensajes religiosos, especialmente los pentecostalistas, pretenden reformular las relaciones sexuales en el matrimonio, para que la mujer tome un papel más protagonista, contrarrestando prácticas como la poligamia, (Bochow y van Dijk, 2012), algo que queda lejos para las mujeres rurales, que no tienen estas condiciones sociales ni materiales y a quienes les es mucho más difícil tomar elecciones en ese ámbito pues normalmente es el hombre quien las toma.

Conclusiones.

Este es un trabajo en el que hay muchos actores sociales implicados y que requiere de una investigación más profunda para analizar otros aspectos, al margen de la religión cristiana, en torno al HIV.

De la observación y de las experiencias narrativas de los entrevistados podemos deducir que la mayoría de los individuos del Área 49 practican la religión cristiana y que su asistencia a la iglesia, tanto católica como protestante, es habitual. Siguen las ceremonias religiosas con fervor y participan en ellas muy activamente, contribuyendo con lo que pueden; dinero, animales o productos del campo, que después son repartidos entre otras parroquias de la comunidad.

Las iglesias son espacios importantes de socialización porque en ellas, especialmente en las protestantes, además de prácticas religiosas también se celebran otras actividades: conciertos musicales, rifas y charlas sobre temas varios aunque predominan los relacionados con los hábitos morales pues, aunque los religiosos han suavizado las formas de evangelización, continúan siendo muy intransigentes con las prácticas tradicionales relacionadas con la sexualidad.

Podemos concluir que el discurso religioso es interiorizado por la mayoría de los individuos, especialmente por las mujeres, que lo perciben positivamente y lo expresan mediante símbolos externos como el rosario, y en sus continuas referencias a Dios aunque no les es incompatible con sus prácticas, aun conociendo el riesgo de contagio del HIV que conllevan.

En las personas con más estudios y recursos económicos, principalmente residentes en zonas urbanas, se denota una mayor concienciación del problema de HIV y una mejor predisposición al cambio en las prácticas locales, un cambio que tal vez sería más evidente si el discurso religioso fuese más flexible y tuviese en cuenta la realidad social de los individuos.

Bibliografía

-
- BELDA, R. “Manipulación social del hombre” en *Iglesia Viva*, n° 57, Mayo-Junio, 1975 pág. 260-271
- BERGER, P.L. “Globalización y Religión” en *Iglesia Viva*, n° 218 Abril-Junio 2004, pág. 63-72
- BERGER, L. y LUCKMANN, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- BOCHOW, A.; van DIJK, R. (2012). “Christian Creations of New Spaces of Sexuality, Reproduction, and Relationships in Africa: Exploring Faith and Religious Heterotopia”. *Journal of Religion in Africa*, 42: 325-344. URL permanent: <http://www.jstor.org/stable/41725480> [Consulta 19.04.2014]
- BOURDIEU, P. (2000) “La disolución de lo religioso” y “Espacio social y el poder simbólico”, en *Cosas Dichas*, págs. 102-106 y 127-142. Barcelona: Editorial Gedisa.

- BOURDIEU, P. (2005). “La lógica de los campos” en BOURDIEU, P. y WACQUANT, L. *Una invitación a La Sociología Reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- BOUYER, L. (1973). *Diccionario de Teología*. Barcelona: Editorial Gerder.
- CASTRO, A.; FARMER, P. (2003). “El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima”. *Cuadernos de Antropología Social*, 17: 29-47. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2003000100003 [Consulta 21.04.2014]
- COMBARROS, M. (2000). *Dios en África. Valores de la tradición bantú*. Madrid: Editorial Mundo Negro.
- DOUGLAS, M. (1999). “Os Lele revisitados, 1987, acusações de feitiçaria à solta”. *Mana* 5 (2): 7-3
- FAO (Food and Agriculture Organization) (2013). http://faostat.fao.org/CountryProfiles/Country_Profile/Direct.aspx?lang=en&area=130 [Consulta 21.04.2014]
- FAO (Food and Agriculture Organization) (1999). <http://www.fao.org/docrep/007/y4632s/y4632s20.htm#TopOfPage> [Consulta 21.04.2014]
- FOUCAULT, M. (1998). *Historia de la Sexualidad. La Voluntad del saber. Vol. I*. Madrid: Siglo veintiuno editores.
- FREEMAN, E. “Aging, Sex and HIV infections in rural Malawi”. *Dissertation Reviews*. http://etheses.lse.ac.uk/544/1/Freeman_Older_adults_experiences.pdf [Consulta 21.04.2014].
- ILBOUDO, J. (1988). “De l’Histoire des missions a l’Histoire de l’Église” en *Église et Histoire de l’Église en Afrique. Actes du Colloque de Bologne*, págs. 119-140. Paris: Beauchesne Editeur.
- LORDA, J.L. (2004). “Moral, el arte de vivir”. Madrid: Ediciones Palabra.
- LUCKMANN, T. (1996) “Acción y sociedad III: la institucionalización de la acción social” en *Teoría de la acción social*, págs.115-143. Barcelona: Ediciones Paidós.
- MASSANA, J.M. (1996) *Pels camins de l’Àfrica*. Barcelona: La Formiga d’Or

ONUSIDA (2013). Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013.

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf [Consulta 29.04.2014]

ROBERTS, S. (1964). “Matrilineal Family Law and Custom in Malawi: A Comparisson of Two Systems”. *Journal of African Law*, 8(2):77-90 URL permanent: <http://www.jstor.org/stable/744792> [Consulta 21.04.2014]

THE NATION. Diario local 1.10.2013

VIDAL, M. “Pecado: Realidad y deformación” en *Iglesia Viva*, nº 124, Julio-Agosto pág. 275-288.

WORLD BANK (2012). <http://data.worldbank.org/country/malawi>. [Consulta 28.05.2014]

WORD POPULATION REVIEW (2014)

<http://worldpopulationreview.com/countries/malawi-population/>
[Consulta 28.05.2014]

WORD POPULATION PROSPECT (2012)

http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_indicators.htm [Consulta 28.05.2014]



Foto 1. Clínica H.B.C



Foto 2. Centro de acogida Ku Nyumba ya Amayi Maria



Foto 3. Rezo del rosario en el orfanato de Chezi



Foto 4. Poblado de Sta. Mónica, niños curiosos



Foto 5. Poblado de Sta. Mónica



Foto 6. Pacientes esperando a ser atendidos



Foto 7. Chicas lavando la ropa después de salir del colegio



Foto 8. Domingo por la tarde disfrutando