

BENEMÉRITA UNIVERIDAD AUTONOMA DEPUEBLA

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

COLEGIO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL

MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

JÓVENES GAY Y VIH: LA SEXUALIDAD DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

PRESENTA:

JAIME NOLBERTO GONZÁLEZ LEZAMA

ASESOR:

DR. MAURICIO LIST REYES

PUEBLA, PUEBLA

OCTUBRE de 2014

INVESTIGACIÓN REALIZADA GRACIAS AL APOYO DEL CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y  
TECNOLOGÍA (CONACYT)

## Agradecimientos

A todas aquellas personas que contribuyeron con paciencia y amor para esta investigación.

A Beto Teutle, porque si no me hubieras metido en la cabeza la idea de cursar esta maestría no hubiera logrado nada, gracias por hacerme ver que mi tema lo tuve enfrente desde antes de entrar a la maestría y por tu motivación, paciencia, amor y ejemplo. Gracias por dejarme encaminadito y por haberte dejado conocer en esta vida.

Quiero agradecer a mis padres, por haberme motivado a no dejar la escuela en esta crisis que tuve en la secundaria, concluir un posgrado se veía imposible. Por haberme apoyado y creído en mí, por la paciencia y los apapachos reales, telefónicos y virtuales.

Al Dr. Mauricio List por llevarme de la mano y poco a poco, a paso firme y contundente pero siempre preguntándome desde donde y para qué. Mil gracias por tu paciencia, por tus recursos intelectuales y por siempre recordarme no dejar el ejercicio reflexivo sobre quién soy frente a mis informantes y mi objeto de estudio. Gracias por aguantar todo el caos que represento y llevo conmigo a todas partes.

Al Dr. Ernesto Licon, por hacerme sentir cómodo desde el proceso de ingreso, por ayudarme a delimitar e invitarme a pensar desde lo antropológico sin dejar de lado mi formación anterior como psicólogo, por las primeras clases y el compartir ese saber.

A Manuel por las charlas y asesorías que lo mismo me calmaban que me anticipaban trabajo arduo y de mucha profundidad, por la solidaridad y los tips, por servir de brújula.

A toda la planta docente del CAS con quienes abrí mi cabeza, mis metodologías y aprendí que la importancia de la reflexión al generar conocimiento es más que la del conocimiento mismo, por la paciencia y la capacidad de fomentar y motivar un replanteamiento constante, dinámico.

A todos mis informantes, " mis muchachos" que se dejaron acompañar en el consultorio y que compartieron charlas, historias, miedos, fiestas y café, que compartieron parte crucial de una nueva etapa de sus vidas y que confiaron en mí. Esta es para ustedes, es un grano de arena esperando que las cosas mejoren y para que nunca se nos olvide que merecemos siempre paciencia, empatía y el derecho a nuestras propias vidas.

Al CONACYT por el apoyo a esta investigación, mismo que la hizo posible también.

A todas aquellas personas que me dieron una palabra de aliento, una flor simbólica en forma de halago, a quienes me dijeron que sí podía, a quienes nunca dejaron de recordarme las cosas de las que puedo ser capaz, a quienes me ofrecieron un rato para reducir el estrés y a quienes se ofrecieron a acompañarme en silencio para no interrumpir las jornadas de trabajo.

## ÍNDICE

Introducción.....	1
CAPÍTULO I.....	12
Generalidades del ser gay en la ciudad de Puebla.....	12
Entrando al campo: los primeros contactos con los usuarios / “mis muchachos”.....	12
Hombres gay y VIH.....	14
Hablando sobre definirse ¿este micrófono esta encendido?.....	16
De eso no se habla. Bueno, poquito.....	22
Este niño no es normal.....	36
Tener o no tener lugar.....	41
El Club.....	41
¿Qué nos hace ser “del otro bando”?.....	45
CAPÍTULO II.....	50
El diagnóstico y los primeros elementos del drama (pues...creo que aquí comenzó todo).....	50
De ambos lados del escritorio.....	50
Sobre la implicación como investigador.....	52
Elementos iniciales del diagnóstico.....	56
El funcionamiento del CAPASITS.....	56
La prueba.....	58
La entrega de resultados.....	60
La noticia ¿existe tal?.....	62
Un informante clave: Camil.....	65
Que el amor lo pude todo y te salva de todo.....	69
Rubén y la peor semana de su vida.....	76
Puntos clave en el diagnóstico.....	81
Las citas subsecuentes.....	87

Decisiones.....	94
CAPÍTULO III.....	102
¿Después de la tormenta?.....	102
El proceso.....	105
Nuevos deberes.....	111
Sobre el sexo seguro.....	121
¿Sujetos peligrosos?.....	125
Otra vez mi primera vez.....	126
Hágase la luz.....	129
Drama Social.....	136
La brecha.....	137
La crisis.....	140
Acciones reparadoras.....	144
¿Escisión definitiva o reintegración?.....	147
Conclusiones.....	151
Bibliografía.....	161

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tomó lugar al cursar la maestría en antropología social en la BUAP y busca contribuir a las reflexiones respecto a los temas de sexualidad y VIH desde una mirada más posicionada en las ciencias sociales y no tanto dentro de los antecedentes que pude haber aprendido en mi formación en la licenciatura en psicología. Pensando más en ciencias sociales, este proyecto de investigación se forma retomando la sexualidad como dispositivo basado en Michel Foucault y abordando el proceso desatado alrededor del diagnóstico bajo elementos del drama social de Victor Turner con la finalidad de adecuarlos a la situación de los sujetos de estudio para poder abordar el fenómeno dentro de una lógica que no nos remita a condiciones meramente causales o a sujetos de los cuales se diga universalmente presenten los mismos comportamientos o actitudes.

Este proyecto surge en el momento en el que estaba operando un indicador de un proyecto a nivel nacional sobre prevención secundaria en toda la república, siendo CAPASITS, un centro de salud especializado en atención y detección de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, uno de los espacios donde se ejecutaría este proyecto. Este proyecto nacional fue posible dado el financiamiento del Fondo Mundial contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria pudo hacer posible el llevar a cabo el proyecto denominado MEX-910-GO1-H "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH/ TS y UDI de ambos sexos.

La inquietud inicial que llevó a plantear la presente investigación surgió de mi participación en el proyecto mencionado anteriormente y de colaborar en un centro de salud especializado en el tema de VIH, de ahí surgió el pensar en cómo este tema se vincula con la sexualidad de jóvenes asumidos como gay que son los sujetos con los que trabajé tanto en el proyecto como en la investigación, dichos sujetos fueron todos contactados en el CAPASITS, tienen entre 20 y 29 años, fueron diagnosticados entre el año 2010 y 2013 y son sujetos auto reconocidos y asumidos como gays.

El abordaje de dicho programa que me insertó en el CAPASITS consistía en prevención secundaria, noción que para poder entender mejor, sugiero primero aclarar unas cuantas nociones básicas sobre VIH.

Primero me parece prudente hacer el recordatorio de que VIH y SIDA son dos momentos diferentes. Cuando el virus entra al organismo huésped, comienza a generar réplicas del mismo a través de “alimentarse” de las células del sistema inmune, las CD4. Todo este tiempo en el que el virus se replica dentro del organismo, reduce el nivel de defensas y aumenta su concentración en el organismo es un periodo asintomático. Posteriormente, sin la atención correspondiente, sin el medicamento indicado, sin el monitoreo necesario, la carga del virus en el organismo puede llevar a las defensas a niveles muy bajos que lo hacen vulnerable a que cualquier otra infección a la que se llamará oportunista (se le llama así pues aprovecha la oportunidad que el virus le da al deteriorar el sistema inmunológico) es en este momento donde estamos hablando de SIDA. Como su nombre lo indica (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) al ser un síndrome, un conjunto de síntomas evidentes estamos dejando detrás este periodo asintomático, nos encontramos ante una infección ante la cual será más difícil equilibrar al organismo y estabilizarlo, en el caso de México las principales infecciones oportunistas son la tuberculosis y la neumonía.

En el manejo del VIH hay una multiplicidad de perspectivas con las que se ha descrito y abordado la epidemia; desde la investigación farmacéutica, desde las intervenciones médicas, desde la farmacovigilancia, desde modelos psicoterapéuticos basados en la elaboración del duelo, etc. Con los fines ilustrativos que comentaba al principio vamos a abordar unas generalidades sobre la línea de la prevención primaria y secundaria. Por prevención primaria entenderemos aquellos esfuerzos dirigidos a que las personas no adquieran el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), esto es; promoción del uso del condón, el contar con información, fortalecer habilidades de negociación del uso de condones masculinos o femeninos, etc, y que van encaminadas a que las personas no contraigan el virus, a que no estén en contacto con él. Ahora pues,

hay un segundo momento en el que deben existir esfuerzos, estrategias y acciones dirigidas a las personas que ya viven con VIH, a esto se le llama prevención secundaria.

La prevención secundaria tiene que ver entonces con la promoción de la detección oportuna y hábitos saludables subsecuentes. Cuando hablamos de VIH, lo ideal es la detección del virus a tiempo, que permitirá la canalización pronta a los servicios de salud, la prescripción a tiempo también de los medicamentos necesarios que reducirán la carga del virus y que permitirán por otro lado, a las defensas, replicarse para poder combatir infecciones sin necesidad de llegar a presentar SIDA.

Los esfuerzos de prevención primaria se dirigen a la población en general, con sus respectivas excepciones dirigidas a público clave como trabajadoras del sexo comercial, hombres que tienen sexo con hombres, adolescentes, etc. La prevención secundaria, en cambio va dirigida a las personas que ya tienen VIH, de las cuales se busca no desarrollen o presenten SIDA, a través de la atención médica, el apego al medicamento (adherencia), el ejercicio del sexo protegido y demás estrategias. La prevención secundaria puede también ir encaminada a públicos más específicos, el único requisito es que las personas receptoras de estos mensajes o esfuerzos sean personas que viven con VIH o que trabajan directamente con personas viviendo con el virus; existe capacitaciones específicas y proyectos de diversas organizaciones tanto gubernamentales como de la sociedad civil para capacitar personal de salud que atiende a personas con VIH.

Dentro de la línea de prevención secundaria, yo llevaba a cabo en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, (el CAPASITS) en la ciudad de Puebla, una serie de intervenciones. Dichas intervenciones duraban entre 30 y 60 minutos y consistían en, a través de una sesión breve de consejería psicológica, el abordaje de diversos temas relacionados con la prevención secundaria; nutrición, sexo seguro, adherencia al tratamiento, etc. Posterior a la intervención, yo entregaba una receta



que podría canjearse en la farmacia por un paquete de condones y lubricante a base de agua. En varias ocasiones recibí una negativa respuesta por parte de los usuarios del centro de salud al ofrecerles dicha receta que canjearían por condones, sus respuestas reflejaban risas nerviosas y a veces en modos más serios y contundentes decían simplemente “no”. La razón de ello para muchos, era que el diagnóstico impedía ahora seguir ejerciendo una vida sexual sin implicar riesgo para los demás, en otras varias ocasiones aludían a un castigo, como alguno de ellos me dijo en una ocasión: “Pues vea, Doc, por andar ahí lo que me pasó”. “Yo no podría volver a tener relaciones, no le quiero hacer a alguien lo que me hicieron a mí”, “No quiero joderle la vida a alguien”.

Afirmaciones como estas, plantearon dudas e inquietudes para mí, primero en mi escenario laboral. Podría suponer que era tal el manejo de culpa respecto al diagnóstico de VIH que generaba esas respuestas en los sujetos, pero por otro lado también me hice preguntas sobre mí mismo y mi ejercicio profesional, sobre mi implicación con el tema en mi propia trayectoria de vida.

En lo que respecta a la relación entre los sujetos y yo, me parece prudente hacer una breve descripción para poder brindar un poco más de sentido, una reflexión breve que pienso hacer respecto al posicionamiento de uno frente al otro. Ya he planteado anteriormente que tanto los sujetos como yo nos asumimos y reconocemos como gays, estamos en nuestros veintes y hemos vivido experiencias similares en cuanto a nuestra orientación sexual, nuestras prácticas sexuales, espacios de socialización sexual, experiencias similares al vernos frente a los servicios de salud, etc.

En cuanto a mis sujetos, de manera general puedo decir que son derechohabientes del seguro popular, son sujetos que están entre sus 18 y 29 años, son asumidos como gays ante sí mismos, algunos han tenido múltiples parejas sexuales, sean consecutivas o simultáneas, en diversos momentos de sus vidas muchos de ellos han tenido relaciones sexuales ocasionales, algunos sólo han tenido uno o dos novios con la mayor formalidad posible (conocidos por

sus familias, con planes de vivir juntos, o quizás ya hasta compartiendo una vivienda en común), todos recibieron sus diagnósticos entre el año 2010 y 2012, lo cual hace que podamos decir que su diagnóstico es relativamente reciente. Todos (salvo uno, del cual haré la debida acotación) ingresaron al CAPASITS directamente sin ser atendidos en otras instituciones como el IMSS u otras instancias que les garantizaran seguridad social, también todos ellos fueron “beneficiarios” del proyecto del Fondo Mundial, esto significa, acudieron conmigo a una intervención por lo menos, que me permitió empezar una relación con todos y cada uno de ellos dentro del CAPASITS, casi todos ellos contaban con preparatoria terminada y se encontraban estudiando una carrera universitaria o recién terminándola; estamos hablando de sujetos escolarizados, de los que podemos asumir cierto nivel de información con respecto al tema y que referirán en varios momentos de los testimonios, tener información básica sobre prevención de VIH y otras Infecciones de transmisión sexual (ITS). Los primeros acercamientos ocurrieron en el CAPASITS como era de esperarse, aunque entrevistas subsecuentes fueron en diversos cafés de la ciudad (cafés gays, o denominados “de ambiente”) o en un consultorio particular que me fue facilitado, la invitación a participar en el proyecto fue de manera verbal en el consultorio donde realizaba las sesiones de consejería o en los pasillos del mismo centro de salud.

Por mi parte, yo me había desarrollado en el tema del VIH desde mi entrada a la universidad al cursar la licenciatura en Psicología, el problematizar la valoración social de mi propia orientación sexual me llevó a un grupo de discusión en temas LGBT y desde esas discusiones empezamos a incluir temas en general de derechos sexuales y salud sexual, incluyendo VIH. Igual que mis sujetos, he estado en relaciones monógamas, he tenido encuentros sexuales ocasionales y como muchos de ellos, he acudido a espacios de sociabilización denominados “de ambiente” o sitios de encuentro sexual, conociendo de primera mano las dinámicas llevadas a cabo en estos sitios. De igual modo he estado frente a la situación de solicitar los servicios de salud en cuanto a detección y diagnóstico de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, lo cual me hace conocer también del lado de los usuarios la experiencia de acudir al centro de salud, experiencia

después vivida del otro lado del escritorio como elemento que laboraba en el mismo.

Debo reconocer mi ingenuidad inicial en el tema, puesto que todas las personas con VIH que había conocido hasta ese momento de mi vida, estaban ubicadas en un punto donde el diagnóstico había sido trabajado de modo tal que hablaban abiertamente de ello, podrían trabajar con el tema para beneficiar o prevenir a otras personas. Una vez en el CAPASITS, me encontré con personas a las que se les hacía complicado hablar del diagnóstico, que atravesaban esa experiencia a solas, como si fuera un secreto y un castigo en ocasiones, e inicialmente esta cualidad o característica la atribuí a una cuestión temporal “seguro las personas de diagnóstico reciente son las que viven la situación con mayor peso”.

La intención de investigar este tema, el cruce entre VIH y vida sexual posterior al diagnóstico surge en este momento y se cruza con algo que percibo como muy práctico para la investigación: el conocer a mis informantes no sólo desde el centro de salud, sino desde otros espacios de sociabilización.

La investigación atravesó por una serie de replanteamientos en los que al principio estaba pensando en reflexionar o explicar la manera en la que la sexualidad es resignificada a partir del diagnóstico, como si de cierto modo esta estuviera ya configurada y dada. Como si hubiera un modelo de sexualidad “A”, que se topa con un evento “B” y a partir de ahí se reconfigura como un elemento “C” dadas las variables “E”, y “F” que acarrearán el evento de la revelación del diagnóstico en los sujetos. La cosa no es tan lineal ni mecánica y mucho menos universalizable.

Al delimitar el problema de investigación encontré la necesidad de pensarlo fuera del ambiente tan rodeado de conocimiento médico tradicional y positivista del centro de salud, que si bien ha delimitado el abordaje de esta epidemia principalmente, no es la principal voz a ser escuchada en un proyecto de investigación como este.

A tres décadas de la aparición del virus nos encontramos ante un cruce de diversas líneas que convergen: historias individuales, investigación sobre fármacos, alcances nuevos en los servicios de salud, evolución en las pruebas y mecanismos de detección, abordajes terapéuticos encaminados a la aceptación del diagnóstico, simplificación de los esquemas antrirretrovirales (los medicamentos utilizados para el control del virus). Lo que quise recuperar, o en lo que quise poner atención es en la vida sexual del sujeto con VIH y cómo esta se ve afectada, no en términos de una escala que pretendiera medir depresión suponiendo que existiera (que ha sido el primer pensamiento de varios colegas psicólogos en el trabajo) sino, ubicar elementos que entran en juego para la facilitación de la explosión, el mantenimiento o resolución del drama y que están vinculados con la vida sexual de los sujetos; sus prácticas sexuales, la relación con sus cuerpos y en particular con sus genitales y sus flujos.

En el planteamiento del drama social como guía para tener una mirada antropológica sobre el tema, encontré respecto al mismo que pareciera muy seductor dejarse llevar por el mismo como propuesta teórica a través de sus diferentes fases y que bien podría malinterpretarse como si habláramos de una experiencia que puede ser definida secuencialmente y siempre con los mismos elementos reconocibles en los sujetos. En un principio pensé que el drama social turneriano podría ser ideal para explicar el proceso que ocurre alrededor del diagnóstico, ahora encuentro después de la investigación que es un modelo para desmenuzar y procurar ver el fenómeno en formas más complejas y menos lineales.

Dentro de los elementos importantes encontrados en el proyecto, está la sexualidad como un dispositivo donde el cuerpo es sujeto y delimitado en función de sus prácticas, la valoración social de las mismas y el cruce de las relaciones de poder y resistencias implicadas en su definición. En un inicio, con la formación propia que recibí en la licenciatura en psicología fue complicado encontrarme con planteamientos de tinte esencialista respecto de mis propios sujetos, planteamientos que no hubiese criticado sin haber contrastado el dato empírico

con las propuestas de Michel Foucault o de Jeffrey Weeks. En función de la visión que se aplicó sobre la sexualidad, se encontraron diversidad de significados y modos de afrontar el diagnóstico que tenían que ver con el uso de la misma, hubo relatos con ingredientes diferentes entre los sujetos en una relación a los que se encontraban solteros, entre lo que tenían relaciones sexuales ocasionales y los que solían estar en parejas más “formales”. Esto dio un aire de complejidad al tema que hizo necesario evitar sonar generalizador y que requirió reconfigurar muchos de los planteamientos iniciales. Si la sexualidad como dispositivo es la que usaremos para esta investigación, entonces es importante revisar siempre los testimonios de los sujetos que la delimitan desde lo que es permisible socialmente y no, las razones que encuentran para validar, invalidar, justificar o pretender censurar (administrar o reordenar bajo un tinte de aparente silencio, pues) prácticas que tienen que ver con el placer, el uso de su propio cuerpo para el mismo y las relaciones que se forman y que se tocan en estos dos puntos. La sexualidad en este trabajo abarcará entonces los usos sobre el cuerpo en la búsqueda del placer, pero también del cuidado sobre el mismo (como dispositivo de control entra la carga (social e internalizada) de los juicios alrededor del placer pero también lo que se dice respecto a cómo debe tratarse el cuerpo, en qué tipo de relaciones y las prácticas que le diferencian de los demás.

En un inicio también, la intención era encontrar de los elementos presentes, cuáles de ellos disparaban el drama en los sujetos, asumiendo que estos elementos eran cosas dichas y de dominio público y que no necesariamente venían de un saber formal o de primera mano. La pregunta de investigación fue formulada entonces de la siguiente manera:

¿Qué hay en los saberes comunes sobre VIH (entendiendo que lo dicho puede definir en qué consistirá el drama) como disparador de emociones o actitudes asociados a muerte y culpa en los sujetos y de qué modo operan en la vida sexual de los mismos que recientemente han recibido un diagnóstico para formar nuevas normativas en cuanto a la sexualidad?

Posteriormente encontré que la cuestión va más allá de tener o no conocimientos, puesto que estos también existían en momentos previos a adquirir el virus y estos mismos conocimientos no evitaron el adquirirlo. En cuanto a lo que se analizó respecto a prevención de riesgo desde las prácticas desde los sujetos hubo cierta claridad respecto a que el tema trasciende las nociones meramente cognitivas, el proceso es más complejo y requiere ser explicado más allá de lo que podemos decir “ se diga o se sepa” del fenómeno. Si bien, hay normativas que posteriormente se viven distinto, veremos que no son nuevas totalmente como en un inicio planteaba al definir el proyecto, sino que más bien podrían ser normas que estuvieron de cierto modo recesivas y a través de presión de diversas fuerzas en momentos particulares, reemergieron con nuevos significados en varios sujetos y fueron asimiladas y reapropiadas de diversos modos.

Estos testimonios que fueron recabados en los pasillos del CAPASITS, en conversaciones en cafés, dentro del consultorio que ocupé, dentro de mi consultorio particular y hasta en clubes de encuentro sexual, fueron recabados durante el primer año de la elaboración de este proyecto en su mayoría y se encuentran marcados siempre por un nombre que no es el real nombre del entrevistado y que fue elegido por él mismo, de este modo ningún nombre en esta investigación coincide con los verdaderos nombres de los informantes.

A lo largo de los tres capítulos, encontraremos los testimonios que más me parece son pertinentes para la aclaración de la propuesta teórica que quiero abordar y se encuentran divididos en tres momentos. Insisto, no hablamos de momentos que puedan ser homologados en los sujetos, pero con fines de exposición se debe ser un tanto esquemático y el resultado es el siguiente.

En el primer capítulo expongo un poco más sobre mis sujetos, sobre elementos que para ellos configuran el saberse o asumirse como sujetos gays. La experiencia del “descubrir” y los primeros encuentros sexuales, en ocasiones bajo la dinámica de una pareja y en otras en espacios de sociabilización sexual como baños de vapor o departamentos en los que se llevan a cabo fiestas sexuales.

Este capítulo incluye también una descripción breve de uno de estos sitios así como la dinámica dentro del mismo.

Posteriormente en el capítulo dos, expongo los elementos que llevan a los sujetos a la realización de la prueba, la percepción de riesgo que pueden tener ante la adquisición del virus, el impacto del diagnóstico, sus temores inmediatos y las representaciones que los sujetos ubican en estos momentos. En este capítulo veremos que el proceso no es uniforme en todos los sujetos y que así como las motivaciones para realizarse la detección fueron distintas también lo fueron el impacto el momento en el que el mismo ocurrió. Las etapas del drama que marcan una brecha y una crisis parecen encimarse una sobre la otra y no coincidir siempre en todos los sujetos, dando complejidad al fenómeno.

En el tercer capítulo, abordaremos los ajustes que se tienen que vivir y configurar antes lo que podríamos llamar un nuevo orden o régimen. Cabe mencionar que las etapas del drama social, como las acciones reparadoras en la penúltima estación del drama y la etapa final que puede ser una escisión definitiva o la reintegración del sujeto a su entorno social están marcadas a veces sin límites tan contundentes como quizás nos hubiera gustado verlos planteados al principio. Los ajustes en la vida sexual y otras prácticas que involucran el cuerpo se verán acentuados o remarcados de diversas maneras mostrando la no linealidad en el tema y la posibilidad de siempre regresar una estación posterior.

Esta exposición de ideas mostrada aquí, pretende otorgar y facilitar nuevos elementos para la discusión en el tema, y compartir lo observado de ambos lados del escritorio; la implicación como observador y como prestador de un servicio, así como la identificación con los entrevistados: pretendo con este proyecto también, dar cuenta del fenómeno desde un punto que permita mejorar las intervenciones que sean facilitadas para estos sujetos desde los diversos momentos en los que atraviesan en lo que respecta a los servicios de salud; optimizar procesos, replantear discursos y brindar en términos generales herramientas para una visión

más cercana a los sujetos en los espacios y tiempos a través de los cuales se mueven, delimitan y marcan.



## **CAP I**

### **Generalidades del ser gay en la ciudad de Puebla**

#### **Entrando al campo: los primeros contactos con los usuarios / “mis muchachos”.**

Las primeras intervenciones con los sujetos de investigación fueron antes de siquiera sospechar que haría una tesis sobre ellos y sobre el impacto que les representaría el diagnóstico; sobre el camino recorrido (o más bien, los caminos al darme cuenta de que eran varios) y sobre la sexualidad de los mismos, los procesos desencadenados a partir del diagnóstico o la sospecha del mismo. Hubo en el escenario laboral, una serie de intervenciones que me generaron incertidumbres ante las cuales no pude darme respuestas pronto, y cuando parecía encontrarlas me daba cuenta de que tampoco tenían una profundidad que me dejara satisfecho.

Mi entrada al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) fue posible dado el financiamiento del Fondo Mundial contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, para un proyecto del cual había un indicador del que yo me hacía cargo, y consistía en facilitar consejería psicológica a hombres que tienen sexo con hombres y que vivieran con VIH sobre diversos temas; adherencia al tratamiento ( que tiene que ver con el apego al medicamento que permite controlar las copias del virus en el organismo), sexo seguro y protegido con la intención de prevenir la presencia de otras infecciones de transmisión sexual o re infección del mismo virus, salud anal que tiene que ver con la prevención de lesiones a nivel rectal y anal que faciliten la entrada de nuevas infecciones, etc. Estos temas sin duda tiene que ver con un dominio sobre la anatomía y fisiología del sujeto, sobre un disciplinamiento sobre sí mismos que debe ser llevado con una perspectiva diferente dado su diagnóstico. Dichas intervenciones culminaban con la entrega de una receta firmada por mí, que les permitiría canjearla por condones en la farmacia, receta que en varias ocasiones no era fácilmente aceptada bajo la razón de “No, Doc. Yo

ya no hago nada de eso, ¿No ve que ya no se puede?” Dichas respuestas se volvieron recurrentes y plantearon una serie de preguntas respecto a cómo impactaba el diagnóstico de VIH en la vida de estos sujetos.

Dado que yo era un elemento nuevo en el centro, el servicio que se ofrecía desde el indicador del cual yo era responsable no era conocido por los usuarios que acudían al centro. Por parte de la directora del mismo, quien facilitó una serie de condiciones para llevar a cabo las intervenciones a mi cargo, se giró la instrucción para que desde consulta médica y psicológica se recomendara a los usuarios ubicados por el personal como HSH (hombres que tienen sexo con hombres) pasar a una sesión conmigo en la cual abordaríamos alguno de los temas mencionados y recibirían dicho kit de prevención consistente en 100 condones y un tubo de lubricante. Conforme la familiaridad entre algunos elementos del centro, afinidades entre mis nuevos colegas en el área y una serie de situaciones de apoyo mutuo que favorecían estrechar lazos con el personal, los mismos trabajadores y trabajadoras del centro comenzaron a referirse a los usuarios que acudían conmigo como “mis muchachos”. Poco a poco “mis muchachos” comenzaron a buscarme en los días que estaban citados para otros servicios, me preguntaban si era posible entrar a mi consultorio a hacer una pregunta, algunos me comentaban que se sentían más a gusto conmigo a partir de saber que yo era abiertamente gay como ellos y que eso les permitía poder hablar más fácilmente sobre sexualidad, etc. Era muy frecuente escuchar que el tipo de preguntas que hacían en mi consultorio estaban muy alejadas de las que podían externar en otros servicios del centro. “Ni modo que le pregunte a la psicóloga si puedo todavía hacer sexo oral, peor si le digo que lo hago en el cine porno” (Alex, 28 años).

Cuando se empezó a plantear la posibilidad de iniciar un proyecto de investigación para la maestría, pensar en “mis muchachos” como sujetos de estudio me posicionaba en un escenario de mucha ventaja según mi percepción inicial puesto que 1) ya conocía el escenario en donde estos sujetos compartían por lo menos la mayor parte de las experiencias que desencadenaban todo lo

subsecuente al diagnóstico 2) mis funciones en el centro de salud me permitían posicionarme desde varias perspectivas ante el tema; como anterior usuario de los servicios al haberme realizado las pruebas que ellos habían hecho para ingresar al programa de CAPASITS, como un elemento que si bien no era parte del personal sí estaba posicionado del otro lado del escritorio y eso favorecía ver desde varios puntos la serie de sucesos que me proponía observar ya no sólo desde frente a la institución junto a mis sujetos, sino frente a ellos del lado de la institución

### **HOMBRES GAY Y VIH**

El vínculo entre el tema de las relaciones sexuales entre hombres y el VIH me resulta innegable, primero porque el abordaje que se ha hecho del virus, vincula siempre a los varones homosexuales con éste, y segundo, porque recordemos que las prácticas sexuales penetrativas anales representan mayor riesgo de transmisión del virus: el ano, a diferencia de la vagina, no presenta lubricación significativa que pueda facilitar la penetración, lo cual puede facilitar heridas y lesiones. Esto más bien es un dato que tiene que ver con la lógica de transmisión del virus, pero poco nos da sobre cómo el VIH es visto hoy valorado fuera del lenguaje de su transmisión o de lo que los médicos llaman “historia natural del virus”. Las personas no pensamos en esto al principio, más bien pensamos en lo amenazante que puede resultar la orientación sexual fuera de la norma, más bien parece que pensamos en el cuerpo que es huésped del virus y en la historia del mismo. Al respecto, Llamas dice:

“[Los homosexuales], (...) son hipercuerpo: si su existencia sólo queda confirmada por la práctica sexual, ésta pasa a ser tan definitoria que preside toda su vida. [El homosexual] es presa de bulimia sexual, seduce sin control, consume organismos de manera inmoderada, busca el placer con ansiedad y desesperación, como si (efectivamente) no pudiera hacer otra cosa.

La reducción del [sujeto homosexual] al cuerpo, y la reducción de su expresión corporal a la búsqueda del placer, dan lugar al estereotipo de un gozo que es: 1) inmoderado, 2) frustrante y falso, y 3) destructivo. Tales

postulados, en algunos casos, se articulan como profecías que se cumplen a sí mismas.

Placer inmoderado, (...) a través de una interminable sucesión de encuentros sexuales. El fantasma de la promiscuidad como rasgo definitorio de la [esencia homosexual]. (...) un placer frustrante y falso. (Llamas 1994, pag. 154)

Como Llamas menciona, los sujetos son vistos de cierto modo como “esencializados” en función de sus prácticas sexuales, y quizás habría que pensar en una instantánea anterior: en función de una orientación sexual real o supuesta en el sujeto, le es atribuida una serie de prácticas, un pasado y un futuro en cuanto a sí mismo y que directamente está vinculado con esta orientación sexual, dice Llamas en la cita anterior “...si su existencia sólo queda confirmada por la práctica sexual, ésta pasa a ser tan definitoria que preside toda su vida”. No es gratuito, me parece que hayamos visto en el sexenio de Vicente Fox dos spots en televisión donde al hablar de VIH y discriminación, en uno de ellos aparece un oficinista lanzando una serie de ideas respecto a lo que se supone serían sus impresiones respecto al despido de un compañero de oficina, una de esas frases es “A mi hasta se me hace que era gay”. Del mismo modo, en otro spot por parte de la misma campaña aparece un hombre diciendo que tiene VIH y que aunque eso no le imposibilita hacer ejercicio, en su gimnasio le pidieron dejar de ir, y que incluso la gente asumía que era gay “Como si eso fuera malo” acota. Aquí me parece que es importante tomar en cuenta esta asociación y revisar que no hablamos generalmente de personas que viven con VIH y después prestamos atención sobre su orientación sexual, me parece que el fenómeno es el contrario; como si la orientación homosexual en los sujetos (varones) nos hablara de una predisposición al diagnóstico sin siquiera pensar en que las personas de cualquier orientación sexual pueden realizar multiplicidad de prácticas sexuales con o sin protección. Los padres de varios de los muchachos entrevistados les advirtieron específicamente sobre VIH al salir del clóset, como si no fuera una posibilidad dentro del mundo de la heterosexualidad, porque no lo hablaron con otros hermanos de los cuales su heterosexualidad se asumía, iba con la norma.

Hay una serie de elementos que definen al sujeto ante sí mismo y ante los demás una vez que se le asocia con la categoría de homosexual, elementos que parecen esencializarle y de los cuales hay presencia en diversos momentos, como ya apuntaba. No es gratuito que se lean comentarios en los próximos testimonios como “además de mi salida del clóset, pues vino luego lo del diagnóstico”, como diciendo que “llovió sobre mojado”, tampoco es casualidad el haber tenido experiencias en el consultorio donde más de uno me dijeron haber sido advertidos sobre el VIH por sus padres al haber salido del clóset, como si formara parte de algo que en función de su condición de sujetos abiertamente gays debieran tener especial cuidado, como si fuera algo exclusivamente del “nuevo grupo al que pertenecían”, como una profecía, como si esto implicara un uso del cuerpo que lleva siempre la potencialidad de llegar al VIH. Incluso recuerdo a uno de mis amigos al respecto decir en una conversación “Pues tarde que temprano todos (refiriéndose a nosotros como varones asumidos como gays) vamos para allá” refiriéndose al VIH. ¿Cómo y a través de qué vamos dando cuenta de “pertenecer”? ¿Esta noción de pertenecer “al otro bando” de dónde sale? ¿Qué implica?

### **Hablando sobre definirse ¿Este micrófono está encendido?**

Quedé de verme con Emmanuel, uno de mis informantes, en un café del centro, me decía que los cafés gay no eran tan chidos ahora, buscamos un sitio donde él se sintiera cómodo y tuviéramos la oportunidad de hablar con calma, era un café “que no era gay pero que tenía onda” en palabras de Emmanuel. Yo necesitaba que él se sintiera a gusto para que pudiera hablar abiertamente, poder grabarlo con la misma calidad con la que podría hacerlo en el consultorio, pero en un espacio caracterizado por cierta comodidad. Aquí tenía que ser más una conversación casi casi entre pares, al final somos dos hombres asumidos como gays en el último cuarto de nuestros veintes. Hablamos primero sobre moda, cosa que cuando nos dimos cuenta, consideramos un poco como un cliché, después sobre ligues, novios y hasta sobre sado masoquismo antes de encender la

grabadora. En mi intento de dar un poco de orden después de terminar nuestros sándwiches en un café muy colorido en el centro de la ciudad de Puebla, encendí la función de grabar en mi teléfono. Le pregunté sobre el pseudónimo que quería utilizar, y al final él se inclinó por ser llamado Emmanuel. Después de ello vino la pregunta de toda la vida, esa a la que nos hemos enfrentado en innumerables ocasiones sobre la toma de conciencia sobre nuestra orientación sexual:

- Cuando yo empecé a explorar como...mi sexualidad, que fue muy de golpe...yo decía "No, es que soy bisexual, soy bisexual, soy bisexual" pero llegó el punto en el que me di cuenta que me sentía más cómodo en las relaciones con un hombre que con una mujer. Entonces fue cuando dije: no, las mujeres están lindas, están chulas, están padrísimas...pero...no. O sea, estoy mucho más cómodo en una relación con un hombre que con una mujer.
- ¿Y cuándo llegaste a esas conclusiones?
- De toda la vida, no fue algo como que dijera: ¿qué está pasando? Siempre supe que era diferente, ¿no? en pláticas con mis primos, con mis compañeros de la escuela, yo siempre me asumí diferente. Pero yo creo que por segundo de secundaria fue cuando me di cuenta que sexualmente me atraían también los hombres, cuando dije: esto que siento no es nada más como admiración. Fue cuando me dije a mi mismo ¿pues qué eres? No es admiración, no es como decir me caen muy bien. O sea, te puedo decir que me acuerdo cuando iba en cuarto o quinto de primaria que había un chavito que me encantaba, que yo lo veía y así de: es que yo quiero estar en todos los equipos con él y ya sabes, porque me llamaba mucho la atención. (...) Pero fue hasta los 13 años que dije ya, eso es... es otra cosa, no es admiración.
- Y entonces, si no era admiración ¿Qué era?
- Atracción. Yo decía "está guapo, y en lugar de estar así de... me daba risa porque decía, tiene buenas chichis esta fulana y este güey tiene unas nalgas increíbles. Era algo como.. muy de ambos lados. De

repente en tercero de secundaria ya nada más tuve el empujoncito que me faltaba cuando me besuqué con un profesor”

- ¿Y eso cómo fue?
- (risas) Jajaja ¿Está prendido?
- Claro que está prendido. Sabías que estaría prendido. (risas)
- Haz de cuenta que, era un profesor que aparte a mi me gustaba mucho. Tenía el doble de edad que yo, o sea yo tenía 14 él tenía 28. Y una ocasión estábamos pendejeando porque era súper barco mi maestro y se sentó delante de mí. (...) no sé como salió y dijo “es que mi examen va a estar muy difícil”. Dije, “profe qué hago para que yo pase? Esas palabras me condenaron. Se me quedó viendo como muy raro y una ocasión, antes de salir a receso me dijo “quédate, necesito hablar contigo” pero como dos semanas antes había sido su cumpleaños y le di un abrazo, pero de esos abrazos que dices, ¿traerá chicles o las llaves? Y ni son chicles ni son las llaves, pero yo no reaccioné en forma negativa ni lo empujé ni nada. Entonces me dijo si me podía quedar y me dijo “cierra los ojos” yo me hice pendejo porque sabía ya que esperar, yo ya sabía a lo que iba, y que me da un beso. Ya como vio que no hice nada, pues ya me plantó otro mejor. (...)

Con cierto esfuerzo posterior, Emmanuel prosigue y narra su relación con un hombre mayor que él, cuando él tiene cerca de 15 años, y dicho profesor tiene 27 o 28 (nuestra edad actual). En esta relación hay dos normas que se infringen: que la relación es con un hombre, y que este es mayor que Emmanuel, alrededor de este suceso que aparentemente no se debe mencionar, hay una supuesta censura y decimos supuesta porque no existe un silencio absoluto, porque hay un marcado nerviosismo que nos sirve como preámbulo, hay lenguaje corporal que nos habla de que estamos a punto de escuchar decir “algo” y ese algo tiene una particular valoración o una connotación de “prohibido”, ese algo tiene un tinte confesional y las confesiones se hacen buscando expiación, ante una confesión también hay una advertencia sobre el peso que tiene lo que será pronunciado. De

otro modo ¿porqué habría Emmanuel de hacer el chiste sobre si el teléfono está o no prendido para grabar? ¿De dónde la risa o la provocación de la misma, entonces? Viene quizás de saber que lo que enunciará a continuación necesita una introducción, no se debe mencionar sin un aire de subversión.

Pensemos en lo que se dice sobre sexualidad, cómo se dice y frente a quienes así como en qué momentos. Sería de esperarse si, por ejemplo fuéramos a hacer una encuesta sobre sexualidad, que muchas personas hablarían de censura, de represión y afirmarían contundentemente que vivimos en una cultura donde todo lo sexual es tabú, sin embargo, saliendo de la mera genitalidad hay variedad de comportamientos, prácticas y expresiones de la sexualidad que son públicas, que forman parte incluso de celebraciones colectivas como lo puede ser una boda, es insoslayable que existen normas alrededor del género de las que se habla constantemente y una serie de expectativas respecto a lo que debemos hacer con nuestros cuerpos, afectos y expectativas. Cuando pronunciamos palabras sobre éstas situaciones que no son la cara más pública de la sexualidad, bajamos la voz, lanzamos una advertencia de que algo incómodo será dicho, o buscamos escenarios adaptados para ello, buscamos complicidad y validación a lo que diremos puesto que necesitaremos sentirnos “en confianza” para poder expresar ciertas opiniones respecto a los deseos y prácticas que pudieran salir de esta lista de expectativas y que aunque con ciertos filtros son expresadas, seguimos afirmando contundentemente que de sexualidad no se habla. Tenemos claro el catálogo de situaciones sobre sexualidad ante las cuales se debe bajar el volumen para hablar de ellas, y tenemos incluso la noción de que hay cosas de las que simplemente no se habla, aunque en realidad si no se mencionaran no se sabrían, de algún sitio debieron salir esas referencias. En algún momento y espacio debimos haber tenido un acercamiento a lo innombrable, a lo no visible, a lo no expresable y este mismo no salió de la nada.

Michel Foucault habla en su primer tomo de Historia de la Sexualidad sobre la censura a la misma y manifiesta que no hay tal. Establece una discusión sobre ese punto y pondrá sobre la mesa algo que llamará *hipótesis represiva*, en este punto explica que los discursos sobre la sexualidad no están censurados, sino que



se ubican bajo una rigurosa administración; que no hay silencio, sino lo contrario, hay una explosión discursiva.

“Es bien posible que haya habido una depuración – y rigurosísima- del vocabulario autorizado. Es posible que se haya codificado toda una retórica de la alusión y de la metáfora. Sin duda, nuevas reglas de decencia filtraron las palabras: policía de los enunciados. Control, también, de las enunciaciones: se ha definido de manera mucho más estricta dónde y cuando no era posible hablar de sexo; en qué situación, entre qué locutores, y en el interior de qué relaciones sociales; así se han establecido regiones, si no de absoluto silencio, al menos de tacto y discreción: entre padres y niños, amos y criados. En estos casos hubo, es casi seguro toda una economía restrictiva, que se integra en esa política de la lengua y el habla – por una parte espontánea y por otra concertada- que acompañó las redistribuciones sociales de la edad clásica” (Foucault, 2011. P.18)

Emmanuel titubea y hace chistes, roda el tema y pareciera que quiere evadir pronunciar ciertas palabras pero al final habla, anticipa que va a decir algo incómodo y sabe que es algo que dirá, pero con cierta esperada “pena”, hay una invitación a que hable de esto, pero el permiso para ello sólo se concedería si existe este preámbulo que nos da un aire de subversión, esta incitación a los discursos tiene que ver con la administración de los mismos, sobre quienes los escucharán y bajo qué circunstancias, con qué finalidades y en qué formatos. Con la finalidad de regular lo dicho sobre los placeres del cuerpo, sobre los afectos de los sujetos y con la autoridad de quienes prestarán oídos ante tales relatos, aquellos que dominan el territorio del saber sobre el fenómeno de la sexualidad es que estos discursos comparten este aparente silencio y aparente censura al respecto.

En lo que respecta a la sexualidad y el ejercicio de la misma, vale el esfuerzo pensar en esta selectividad en cuanto a la expresión de los deseos, placeres y otros usos del cuerpo. No de todos se habla en todos los escenarios, para que Emmanuel pudiera sentirse en confianza y conversar sobre esos temas

tuvimos que encontrar un espacio común que aunque no fuera un café gay sí fuera un sitio cómodo y en el que se pudiera hablar libremente, tuvimos que hacernos de un lenguaje común también o haberlo aprendido previamente al asumirnos como sujetos gays en este entorno social, las experiencias con los novios pudieron ser más similares de lo que pudieron imaginarse al principio, las anécdotas sobre los bares y antros están dotadas de un mayor sentido al ser espacios en los que hemos convivido, si bien no entre él y yo, sí con similares y otros pares que comparten un mismo código de lenguaje, un mismo mapa de la ciudad no en sentido geográfico sino en el sentido de la significación a los lugares y los usos de los mismos, una experiencia similar probablemente en cuanto a “la salida de clóset”, elementos en común sobre “la primera vez” y el hecho de tener ciertos saberes compartidos que convergen en el terreno de la sexualidad como escenario común de impacto, como punto en el que todos estos relatos se entrecruzan y que compartimos en calidad de asumirnos como gays porque un heterosexual no atraviesa por esos lugares y situaciones con el mismo peso. Considerando que la noción de censura fuera válida, no habría espacios para hablar de sexo entre varones, siendo que lo que sucede es la necesidad de cambiar el volumen en las conversaciones, la necesidad de omitir u obviar ciertas partes de los relatos.

Ese “y ahí fue donde valí madres” de Emmanuel, que se parece a cuando Leonardo (un informante del que sabremos después) dice “Y lo demás es historia”, así como citaremos en otro momento a Rubén cuando dice que “pasó lo que tenía que pasar” son frases que son lanzadas el momento en el que hay un silencio respecto al ser explícitos con respecto a sus encuentros sexuales, en donde invariablemente hay una pausa ante el saberse desafiantes a hablar de aquello de lo que no se debe. Que al final se habla, pues, pero con un volumen distinto, con cierta resistencia aparente (y digo aparente, porque al final las palabras son emitidas) puesto que la norma así lo amerita y es desde cierta colectividad, desde cierto consenso que se sabe de qué hablar en qué momentos, con qué tonos de voz y usando cuál tipo de palabras.

Estas mismas nociones compartidas que sabemos deben ser mencionadas desde otro tono de voz y con esta “advertencia” de que serán dichas, parecen acercarnos y darnos proximidad como sujetos gays. En alguna ocasión, en la sala de espera, Juan (otro chico entrevistado) me dijo: “es que contigo se habla mejor, pues eres hombre y “de ambiente” gay. No es como hablarle de cuando cojo con mi novio a la psicóloga, o como hablarle a ella de cuando he ido a algún cuarto oscuro, tú entiendes mejor”. Si bien, esto es parte de una reflexión metodológica abordada en diversos momentos, lo importante es la sensación de afinidad y empatía de la que Juan da cuenta (y que además la da por sentado sólo por asumir mi orientación sexual), esta especie de pacto entre iguales que permite que la comunicación fluya y pareciera garantizar entendimiento, la censura supuesta se desvanece por lo menos parcialmente. Como si dentro de las normas hubiera excepciones y permisibilidades, pero normas al final de cuentas.

### **DE ESO NO SE HABLA. BUENO, POQUITO.**

¿Qué hay de los sujetos asumidos gay en cuando a la censura y la supuesta represión? Se encuentra por un lado este conocimiento compartido, esta especie de código del que Juan habla y que nos permite suponer que la comunicación fluye más libremente, que hay ese aire de colectividad por lo menos dentro de su percepción. Pero por otro lado está este que parece reprimir, este que dice que de afecto entre hombres no se habla (pero que menciona el afecto y las prácticas sexuales entre hombres al dictar las normas prohibitivas) este discurso que dice que los hombres deben hablar de ciertos temas, está dentro de este discurso la noción de que la sexualidad vivida desde lo gay es la incorrecta, de que no es una sexualidad que garantice felicidad y de que la realización del ser humano tiene que ser directamente con la sexualidad monógama, reproductiva y heterosexual, evidentemente. Recordemos que esta supuesta censura viene de la noción de saber que una norma se transgrede.

Es a partir de elementos como esta selectividad que podemos ver el impacto de nuestra sexualidad en diversos ámbitos que sobrepasan sólo lo privado, que se convierten en colectivos, escenarios públicos que hasta podrían

parecer homologados en los sujetos, estos que tenemos en común con chicos de los cuales no sabemos nada y que sin conocerlos podríamos apostar a que tenemos muchos rasgos en común, un poco como lo que mencionaba Juan respecto a cómo encuentra elementos para confiar y hablar (o cómo da por sentado que existen). Esta serie de elementos que impactan diversos escenarios de nuestras vidas y que son impactados por nuestra sexualidad, son los que nos definen como sujetos frente a un entorno social como este y en un segundo momento forman elementos importantes que nos constituyen frente a nosotros mismos a partir de ser nombrados como tales. Seremos categorizados como cierto tipo de sujetos a medida que estas relaciones dan cuenta de nosotros y de muchos otros que se asumen de la misma manera. Nuestra sexualidad periférica, desafiante a la norma que ha impactado la convivencia escolar, las burlas homofóbicas, la sensación de temor previo a compartir con las primeras personas nuestra orientación sexual, las visitas al psicólogo posteriormente a comunicar nuestra identificación como sujetos gay, el frecuentar cafés y bares “de ambiente”, o el no frecuentarlos pero saber que existen otros espacios físicos como parques, clubes de encuentro, baños de vapor o intangibles como salas de chat para poder socializar fuera del mismo, el precepto de “se puede ser gay pero se debe seguir siendo hombre”. Todos estos elementos no son representativos ni de un sujeto ni de todos, sino que son escenarios de impacto de la sexualidad cuando se vive fuera del precepto heterosexual, que pareciera estar fuera del sistema de normas pero que al final también normativiza. Considerando las similitudes en las historias, que si bien no son suficientes para homologar biografías, sí permiten acercarnos a estos impactos más o menos generalizados en los sujetos y sus vidas en función de la articulación de estas normas y preceptos.

Tomemos, por ejemplo a Beto, de 27 años quien nos relata sobre esta especie de “toma de conciencia” sobre su orientación sexual y cuya experiencia es similar a muchas:

“Yo ya tenía nociones de mis preferencias sexuales desde muy corta edad. Estamos hablando del momento en el que tuve cierta atracción hacia los niños, en el que yo me preguntaba, bueno el porqué tengo cierta

atracción hacia mis compañeritos y no hacia las compañeritas, y digo, tal vez no tenemos esa idea siendo pequeños (...) Conforme fui creciendo, eso fue aumentando, estamos hablando de...primaria, primero de primaria. Ahí fue cuando empezó todo y conforme fue pasando el tiempo yo sí me notaba que...tenía más amigas que amigos y obviamente esta afinidad empezaba a crear ciertos conflictos con los niños. Bueno, en ese momento no sabemos exactamente los conceptos de qué significa qué es ser un gay, todo lo que implican estas cuestiones sobre la homosexualidad y como ahorita está mucho en auge el (tema del) bullying...yo fui víctima de eso, desde primero. Los conceptos son tan erróneos...y lo entiendo porque éramos niños: puto, maricón, afeminado (eran estos conceptos)...en ese momento sí me afectaban pero era por lo mismo, por mi corta edad (...) conforme fue pasando el tiempo y una vez que entré a secundaria ya tenía esa noción de a lo que se refería la homosexualidad; cuando supe, entonces dije "pues yo creo que es hacia donde estoy vinculándome, no hacia la heterosexualidad. Pasaron unos meses y dije "Yo creo que soy homosexual, es cuando ya surgió la definición como tal. Conforme fue pasando también el tiempo y dije para qué engañarme, para qué hacerme de la vista gorda, para qué fingir si ya sé lo que soy...No te voy a mentir que tuve en sus momentos, sí tuve un beso con alguna niña, pero no lo que sentían en ese momento los niños. No tuve esa reacción natural que llegara a sentir un hombre y en ese momento dije "soy gay, soy gay" (Beto, 28 años).

Lo que Beto nos narra aquí, también tiene que ver con la experiencia del descubrimiento del deseo a edades consideradas tempranas, una vez más atravesadas por las regulaciones que dictan que el deseo es asunto perteneciente a cierta edad y de cómo a este deseo se le da un nombre, hay una sanción temida por la cuestión de la edad y otra por la cuestión del objeto de deseo, de ahí que para poderse verbalizar o traer a conciencia se ve disfrazada de admiración en el caso de Emmanuel. Esta toma de conciencia en ambos sujetos sale por completo de las expectativas que tienen miras a la procreación de una familia con una mujer

en una relación heterosexual y monógama, marca esta diferenciación de ellos con otro sujetos y llega a funcionar como incluso una provocación a preguntarse sobre quiénes son, a cuestionar su propia esencia como si ella estuviera definida por su orientación sexual. La diferencia está marcada y es notable a partir de todas estas características.

Hablando de saberes compartidos, es claro que el saber sobre sexualidad, que lo que se dice sobre ella sea definitoria de los sujetos, que nuestra orientación sexual sea un elemento que nos defina como personas, puesto que dada la concepción de lo no heterosexual en estos mismos discursos nos encontramos ante una puerta abierta a dificultades en cuanto a la socialización, a un ambiente discriminatorio, y a una manera particular de percibirse a sí mismo.

Esta admiración de la que Emmanuel nos hablaba, para Beto pasa directamente a atracción y esto le lleva a formular su orientación sexual, a nombrarla en función de lo que él ha escuchado, empieza a utilizar la palabra “gay”. Además cuando Beto comenta sobre experiencias de besos con mujeres, afirma no tener esta “reacción natural” reconociendo el tinte de desafío a las normas en las prácticas y deseos homoeróticos. Tenemos por otro lado aunque sobre una línea similar a Leonardo quien compartirá además otro dato que empataremos después con otros relatos. Sobre la “salida del clóset” Leonardo comenta:

“...aconsejar en la hora de la comida sobre el color de las uñas que no combinaban para nada con el color de ropa, la forma correcta de caminar en zapatillas y más, eran temas muy cotidianos en la mesa; incluso fuera de ella. La parte difícil fue el último año de la preparatoria, cuando decidí aceptar frente a mi mamá que había un chico que me súper encantaba. Después nada, solo un silencio incómodo que duró toda la tarde-noche y explotó con un “tu papá quiere hablar contigo”. Esos meses fueron toda una tortura; citas con diferentes psicólogos para “curarme el problemita”, pláticas intensas con papá de “No lo acepto porque temo que dirán mis amigos”. Trabajos en casa tan pesados que solo solía hacer papá como el mantenimiento de los patios. Al final de cuenta se dieron cuenta

que la tortura no llegaba a ningún cambio...hasta que mi mamá preguntó: “¿Realmente eres gay?” y ya, con un fuerte abrazo selló todos esos meses de batalla constante en su cabeza. (Leonardo, 25 años)

Lo que Leonardo narra puede parecerse por mucho a una gran variedad de historias que hemos visto representadas en alguna película, en algún libro o escuchado de alguna otra persona que nos relate sobre su salida del clóset y tiene el personaje del psicólogo como la historia de Beto. El punto que es focal para este momento es esta especie de conocimientos compartidos, esta suerte de consenso alrededor de la sexualidad y que bien puede estar basado en saberes, que estos saberes pertenecen al dominio público, pero también se encuentran en el territorio del conocimiento científico, respaldados en este caso por la psicología. Leonardo es enviado con un psicólogo para “quitarle el problema”, y lo mismo sucede con Beto. En ambos casos hay una intervención de un experto para definir si existe un problema y cual sería la solución. Revisemos lo que Beto comenta al respecto.

“A partir de una situación que surgió por lo mismo de las ofensas de mis compañeros, una de mis profesoras en tercero o cuarto de primaria mandó a llamar a mi mamá (...) le dijo: señora, creo que su hijo está sufriendo ciertas ofensas por parte de sus compañeros, cosa que no me gusta y creo que debe llevarlo al psicólogo porque creo que está mal (...) simplemente la respuesta de mi mamá fue: si yo lo tengo que llevar es decisión mía, no de usted. Por desgracia esto llegó a oídos de mi papá, no puedo decir que sea machista, pero en su momento lo era más que nada por la educación tradicionalista que le dieron sus papás. Y como él decía que los hombres se deben de casar con las mujeres, y el hecho de que haya homosexuales, transexuales, lesbianas o que haya hombres que se vistan de mujer está mal hecho...cuando yo escuché decir eso a mi papá fue como un balde de agua fría, dije: ok, creo que aquí no va a haber una buena reacción por parte e mi papá si yo le llego a confesar “tienes un hijo que es gay”. Mi hermano mayor le comentó a mi papá, él me mandó a llamar y pagó para que fuera al psicólogo, yo accedí por él pero para qué

me voy a engañar, dije. No fue uno, fueron tres (psicólogos) y con todos fue esto de los dibujitos y “dibújame el cuerpo de un hombre desnudo y dibújame el cuerpo de una mujer desnuda y las preguntas sobre atracción hacia las niñas, hacia los niños, eso era repetitivo en los psicólogos, cuando uno de los me pone enfrente un dibujo que yo hice de un hombre desnudo.. si te señalara esta parte ( los genitales) “me gustan”, decía. Mi respuesta fue tajante: me gustan (...) Yo le di tiempo (al padre) le dije “lo que necesitas es tiempo”. En ese momento mi papá me abrazó y me dijo que me quería y me apoyaba (...) Actualmente las parejas que he tenido, ni a mi papá ni a mi mamá se las he presentado, por respeto. Más que por respeto a ellos, sobre todo por respeto a mi mismo porque yo no iba a estar de “ya te traje a uno y tronamos, ya te traje a otro y a otro” mi madre...platicué con ella y acordamos, ella me dijo “No porque me sienta incómoda, sino porque no sería como que correcto, tal vez cuando tu ya estés ya establecido en una relación en un compromiso con una persona con la cual te va a quedar, adelante.”

Lo mencionado por Beto me parece es muy rico en varios sentidos. En un primer momento porque habla de las normativas en cuanto a la sociabilización, en cuanto a que es un sujeto marcado por la no pertenencia o el no comportarse como los demás, suceso que despunta la curiosidad, o preocupación de su maestra y que en lugar de atender el abuso lo denuncia como sujeto atípico y recomienda se le de seguimiento desde la opinión de un profesional, de alguien que cuente con la verdad o que sea capaz de sacarla a flote, además este hecho responsabiliza a Beto de las mismas burlas de las que él es víctima por parte de sus pares. Una persona dotada de este saber que podría no sólo definir lo que sucede con Beto, sino intervenir para facilitar un remedio, una solución ante esta situación. ¿De qué manera de busca una solución si no se está frente a un problema que debe ser resuelto? Aquí hay una relación marcada por el poder, definida desde el saber que tiene el psicólogo en su rol de ser “el profesional” y de saber que maneja. El tener dominio desde el saber sobre la sexualidad le puede permitir al profesional extender ese dominio en todo el sujeto, pues recordemos



que el sujeto es su orientación sexual, retomando lo que planteó Llamas y conjugándolo con lo dicho por nuestros informantes. Al respecto del poder en los discursos sobre el sexo, Foucault también menciona:

“No sólo se ha ampliado el dominio de lo que se podía decir sobre el sexo y constreñido a los hombres a ampliarlo siempre, sino que se ha conectado el discurso con el sexo mediante un dispositivo complejo y de variados efectos, que no puede agitarse en el vínculo único con una ley de prohibición ¿Censura respecto al sexo? Más bien se ha construido un artefacto para producir discursos sobre el sexo, siempre más discursos, susceptibles de funcionar y de surtir efecto en su economía misma

Esta técnica quizás habría quedado ligada al destino de la espiritualidad cristiana, o a la economía de los placeres individuales, si no hubiese sido apoyada y reimpulsada por otros mecanismos, Esencialmente presenta un “interés público“. No responde a una curiosidad o una sensibilidad colectiva; tampoco a una nueva mentalidad. Si, en cambio, a mecanismos de poder para cuyo funcionamiento el discurso sobre el sexo – por razones sobre las que habrá que volver – ha llegado a ser esencial. Nace hacia el siglo XVIII una incitación política, económica, y técnica a hablar del sexo. Y no tanto en forma de una teoría general de la sexualidad, sino en forma de análisis, contabilidad, clasificación, y especificación, en forma de investigaciones cuantitativas o causales. Tener “en cuenta” el sexo, pronunciar sobre él un discurso no únicamente de moral sino de racionalidad...” (Foucault, 2011. P 24)

La necesidad de la confesión y de elaborar discursividad sobre el sexo pasa de su enunciación en el confesionario para el perdón de los pecados, a ser formulada en la terapia psicológica con la finalidad de curar el trauma, de corregirse o de vivirse del modo más apegado a la norma posible. No es ya solamente un parámetro moral, es un saber científico, es un conocimiento avalado por determinada formación académica y estudios que construyen y avalan más saberes, es un saber ejercido desde un manual de trastornos psiquiátricos y desde el manejo de la verdad del profesional, es un saber que tiene el tinte de

incuestionable. El saber genera la necesidad de recurrir al profesional, eso facilita el registro y la administración de la sexualidad en los sujetos de un modo similar al que la culpa experimentada por el pecado y la facilidad de “caer en la tentación” llevan al sujeto a la confesión de manera cotidiana garantizando la búsqueda de esos oídos que se prestarán, la búsqueda de esas prescripciones que ayudarán al sujeto a ser una mejor versión de sí mismo al cubrir con lo que debe hacerse.

Eso que se dice respecto al cuerpo, la administración de afectos, cómo y qué se dice respecto al deseo conforman, ingredientes de lo que se sabe construye el conocimiento sobre sexualidad en las representaciones compartidas, en los saberes colectivos, y que configura lo sabido sobre la sexualidad de los sujetos que se asumen gays y que a partir del ser nombrada de cierto modo, es como se asume y expresa. Como si la sexualidad existiera a medida que es expresada porque así fue elaborada, problematizada y levantada como objeto de estudio.

La sexualidad ha sobrepasado la noción biológica que supone estos comportamientos correctos, sin embargo los comportamientos eróticos siguen siendo calificados de naturales o antinaturales, la expresión del género sigue siendo una expectativa rígida basada en los genitales de los sujetos y el rol del mismo sigue siendo naturalizado en donde se espera que los hombres “sean” de tal o cual manera, principalmente heterosexuales. Las expectativas y normas que se vierten sobre todos los sujetos, que se ven colocadas en todo cuerpo tocado por la cultura se hacen presentes y se comparten dado esta noción de colectividad, de expectativas compartidas, de roles definidos y esencias dadas para ser seguidas, procuradas, defendidas y obedecidas.

Michel Foucault habla sobre las normativas en cuanto a la sexualidad, incluso como la sexualidad está configurada desde ellas.

“La sexualidad ha sido construida como un saber que conforma las maneras en que pensamos y entendemos el cuerpo, y los discursos sobre el sexo se entienden como dispositivos de control sobre los individuos, no tanto basados en la prohibición o en la negación, sino en la producción e imposición de una red de definiciones sobre las posibilidades del cuerpo.

Hoy, la sexualidad es un conjunto de reglas y normas, en parte tradicionales, en parte nuevas y un conjunto de cambios en la manera en que los individuos se ven llevados a dar sentido y valor a sus sueños (Foucault, 1993:82)”

El valor que se le da a los sujetos desde estas normas, desde su cumplimiento o incumplimiento está previamente consensuado, recordemos la implantación de lo perverso en las prácticas sexuales no reproductivas y en las prácticas sexuales entre hombres en lo particular, recordemos el etiquetamiento de sujetos como nuestros informantes.

La sexualidad es vista e interpretada a través de una serie de elementos que le brindan significados a nivel social y cultural, y que a ésta se le ha conferido la cualidad de residir simplemente en lo biológico, de ahí que en los discursos (comunes, sociales, compartidos) sobre sexualidad se recurra a la noción de naturaleza, como si formara parte de la esencia de los sujetos. De ahí que el ejemplo de Emmanuel es interesante cuando se pregunta qué es en lo referente a sus afectos o deseos, ante eso que él llama admiración y que después reconocerá como deseo, como si hubiera una norma que permitiera que se hable de deseos a partir de cierta edad, aquí también adquiere sentido la decepción y el enérgico “tenemos que hablar” que la madre de Leonardo expresa enérgicamente pero también llena de preocupación así como la preocupación de Beto y su madre porque el padre del mismo no se entere de su orientación sexual.

El deseo está enfrentándose a no sólo normas sociales, sino a un sistema de creencias, de valores y costumbres que están delimitados por la cultura y por el momento histórico vigente en el cual los sujetos se desenvuelven. La sexualidad, como diría Weeks, para él se trata más de una edificación cultural:

“Así la historia de la sexualidad no es la historia de un tema determinado, sino la de un tema en constante cambio y recreación. Por ello la sexualidad se evapora entre las manos, es un gesto, una sombra, es la historia de nuestras preocupaciones cambiantes acerca de cómo debemos vivir y cómo deberíamos disfrutar o negar nuestro cuerpo” (Weeks, 1998: 46)

Para Weeks la sexualidad no es un saber duro y dado como lo puede ser para otras disciplinas del conocimiento, el abordaje de la misma debe considerarse desde una perspectiva histórica y al ser un concepto construido sobre un objeto no del todo delimitado tiene la característica de, en un primer momento, ser un saber nuevo y que cuenta además con esta característica de evaporarse de las manos y que es complejo más de lo que se pudiera imaginar porque sale de los supuestos naturales que esencializan a los sujetos.

“No podemos esperar entender la sexualidad observando simplemente sus componentes “naturales”. Estos sólo pueden ser entendidos y adquirir significado merced a procesos inconscientes y formas culturales. La “Sexualidad” es una experiencia histórica y personal, a la vez”. (Weeks 1993. P 21)

La sexualidad existe a medida que es nombrada y es nombrada a través del lenguaje y la cultura donde sucede. La reflexión de Weeks es importante puesto que saca la sexualidad de lo que tradicionalmente entendemos como sólo el cuerpo y le confiere un atributo de flexibilidad en sus formas, atributo que parece no estar presente en los mecanismos para hablar de ella o interpretarla en las representaciones, en lo que al pensamiento social se refiere.

De ahí que para Manuel Méndez, la sexualidad sea también:

“...un concepto histórico que se descubre en momentos específicos delineando el saber y el placer acerca de las sensaciones corporales (...) Una característica primordial de la sexualidad humana es su condición de irreductibilidad plena en el ejercicio del deseo que, de una u otra forma, siempre halla la manera de encontrarse con su objeto, aun con el enfrentamiento cotidiano de las normas dominantes que se reproducen en la cotidianeidad de las experiencias. De otra forma ¿Cómo se explicaría, por ejemplo, el hecho de que el deseo homosexual, la atracción homoerótica aparezca tarde o temprano en el ejercicio de la sexualidad de estos cuerpos? ” (Méndez, 2001. P.127)

Esta problematización sobre el cuerpo que se analiza con el nombre de sexualidad está trazada en un momento específico. En el caso de estos sujetos

estamos hablando de la adolescencia como momento en el que la orientación sexual se nombra como tal, aunque pueden aparecer indicios o pistas de que estos sujetos posteriormente identificarán el ejercicio de su sexualidad desde lo identificado como gay con las respectivas sanciones que ello implica, las respectivas reflexiones sobre la pertenencia y la constitución de ellos mismos como sujetos gay con estas mismas implicaciones de lo personal en lo colectivo, de lo íntimo en lo privado.

De ahí que no será un análisis centrado en la sexualidad como algo meramente corporal, sino circunscrito al deseo también y a las estructuras mentales alrededor de este, también del impacto de estas formulaciones en las relaciones que se tienen a nivel familiar, escolar, social y con miras a la formación de pareja o la expresión de prácticas sexuales aun desprovistas de tinte afectivo pero que implican el traer consigo el discurso de lo indebido, de lo punible y desaprobado. Entendiendo la sexualidad como un dispositivo podremos hablar de los cuidados al cuerpo que tienen que ver con un cuidado de sí manejado en muchos discursos alrededor de los sujetos, de las normas alrededor que definen el ejercicio del cuerpo en diversos escenarios donde este cuidado al cuerpo se extiende en una especie de cuidado hacia los demás con la connotación moral que luego veremos al profundizar en la entendida responsabilidad del sujeto con VIH respecto a la salud sexual de sus parejas. El establecimiento de las mismas relaciones también tiene que ver con este dispositivo de control en donde se legitiman ciertas maneras de construcción de estas relaciones.

La sexualidad no es sólo vista en términos de cumplir y no cumplir reglas, se trata de diversos niveles de inclusión y exclusión como abordaría Rubin:

“Las sociedades occidentales modernas evalúan los actos sexuales según un sistema jerárquico de valor sexual. En la cima de la pirámide erótica están solamente los heterosexuales reproductores casados. Justo debajo están los heterosexuales monógamos no casados y agrupados en parejas, seguidos de la mayor parte de los demás heterosexuales. El sexo solitario flota ambiguamente. El poderoso estigma que pesaba sobre la masturbación en el siglo XIX aún permanece en formas modificadas más

débiles, tales como la idea de que la masturbación es una especie de sustituto inferior de los encuentros en pareja. Las parejas estables de lesbianas y gays están en el borde de la respetabilidad, pero los homosexuales y lesbianas promiscuos revolotean justo por encima de los grupos situados en el fondo mismo de la pirámide” Rubin p.18.

Si bien la percepción sobre la orientación sexual de estos sujetos va sobre la línea de lo no reproductivo y lo no heterosexual, hay también niveles distintos de valoración sobre sus mismas prácticas y desde los mismos sujetos en función del uso de sus cuerpos y administración de sus placeres; en materia de lo monógamo, del ejercicio de la sexualidad si es sólo en pareja o si se vive en otros tipos de experiencias como tríos y encuentros sexuales. Considerando las reflexiones de Rubin sobre la estratificación sexual no sólo es el entorno social y cultural quien valora, sino que este entorno ha tomado estos estándares y cánones desde los generadores de discurso, desde los poseedores del saber, desde los elaboradores del conocimiento, esto es, desde quienes hacen ciencia de la sexualidad, principalmente la medicina y la psiquiatría y que desde ahí no se habla de juicios morales, sino de saberes y verdades.

“La medicina y la psiquiatría multiplicaron las categorías de conductas sexuales erróneas. El capítulo sobre desórdenes psicosexuales del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM (Manual de diagnóstico y estadística de desórdenes mentales), de la American Psychiatric Association (APA), viene a ser un mapa bastante fiable de la jerarquía moral actual de las actividades sexuales. La lista del APA (Asociación psiquiátrica norteamericana) está mucho más elaborada que las condenas tradicionales a la prostitución, la sodomía y el adulterio. La última edición, DSM-III, excluía la homosexualidad de la categoría de desórdenes mentales, tras una larga lucha política. Pero el fetichismo, el sadismo, el masoquismo, la transexualidad, el travestismo o el exhibicionismo, el voyeurismo y la pedofilia están firmemente clasificados como disfunciones psicológicas 40. Aún se siguen escribiendo libros sobre

la génesis, etiología, tratamiento y cura de estas supuestas "patologías".  
(Rubin, p19)

Si bien estamos a dos ediciones posteriores, teniendo como la edición actual la del DSM- IV TR y aunque en ella no se contempla como tal la homosexualidad como un trastorno, sí es cierto que en el diagnóstico para la pedofilia en el apartado de trastornos del deseo sexual, así como en el diagnóstico de los trastornos de la identidad sexual debe especificarse si la atracción sexual es hacia varones o mujeres. Cabe preguntarse la finalidad de esto o la lógica de esta inclusión, sobre el tinte de patología que aun se tiene respecto del deseo homoerótico, la necesidad de documentación del deseo, el tinte confesional donde las expectativas morales de expiación de culpa se hacen presentes. La vigilancia de las prácticas sexuales que toma lugar todavía dentro de los consultorios.

Pensemos en que estas nociones, si bien ante el discurso médico y caracterizado por ser científicamente riguroso se encuentran desactualizadas, es común y usual encontrar seminarios, cursos y talleres que ofrecen a las personas dejar la homosexualidad, así como también los hay para facilitar a profesionales de la salud (confesores del siglo XXI) herramientas para el mejoramiento de sus habilidades en terapia de reorientación sexual, tratándose como algo a erradicar desde la lógica de este saber que si bien desactualizado, es reflejo de imperativos morales sociales contemporáneos. Dice Foucault:

“Esta nueva caza de las sexualidades periféricas produce una incorporación de las perversiones y una nueva especificación de los individuos. La sodomía – de los antiguos derechos civil y canónico – era un tipo de acto prohibido; el autor no era más que sujeto jurídico. El homosexual del siglo XIX ha llegado a ser un personaje: un pasado, una historia y una infancia, un carácter, una forma de vida; asimismo una morfología, con una anatomía indiscreta y quizás una misteriosa fisiología. Nada de lo que él es *in toto* escapa a su sexualidad. Está presente en todo su ser: subyacente en todas sus conductas puesto que constituye su principio insidioso e indefinidamente activo; inscrita sin pudor en su rostro y su cuerpo porque consiste en un secreto que siempre se traiciona. Le es

consustancial, menos como un pecado en materia de costumbres que como una naturaleza singular. No hay que olvidar que la categoría psicológica, psiquiátrica, médica, de la homosexualidad se constituyó el día en que se la caracterizó -el famoso artículo de Westphal sobre las "sensaciones sexuales contrarias" (1870) puede valer como fecha de -, no tanto por un tipo de relaciones sexuales como por cierta cualidad de la sensibilidad sexual, determinada manera de invertir en sí mismo lo masculino y lo femenino. La homosexualidad apareció como una de las figuras de la sexualidad cuando fue rebajada de la práctica de la sodomía a una suerte de androginia interior, de hermafroditismo del alma. El sodomita era un relapso, el homosexual es ahora una especie". Foucault, 2011. P.43

Es prudente considerar que, efectivamente estas cosas que sabemos sobre el cuerpo no salen de la subjetividad de las personas y que no obedecen únicamente a un sistema de creencias salido de sus propias conciencias, no es algo que los sujetos hayan inventado con el único recurso de su imaginación. Es ante el levantamiento de una disciplina del conocimiento enfocada en el cuerpo, en los placeres, en la implantación de valoraciones sobre las prácticas de los sujetos, que estos discursos adquieren un tinte de "verdaderos" de nociones reales y absolutas. Con la respectiva consideración de que lo sexual debe ser confesado, Michel Foucault hace un análisis sobre esto, a partir de la óptica sobre lo sexual no sólo como un discurso no silenciado, sino como un discurso multiplicado, repetido y con el respectivo tinte confesional que le caracteriza con la finalidad de encontrar una verdad, una esencia sobre los sujetos y con la finalidad de, posteriormente regular a través de esta información que poseén ahora quienes han prestado orejas a estas confesiones, quienes han elaborado saberes para regresarlos en forma de pecados y traumas para el control de las prácticas.

"Las instituciones escolares o psiquiátricas, son su población numerosa, su jerarquía, sus disposiciones espaciales, sus sistemas de vigilancia, constituían, junto a la familia, otra manera de distribuir el juego de los poderes y los placeres; pero dibujaban, también ellas, regiones de alta saturación sexual, con sus espacios o ritos privilegiados como la aulas, el



dormitorio, la visita o la consulta. Las formas de una sexualidad no conyugal, no heterosexual, no monógama, son así llamadas e instaladas”. (...) “Se trata más bien del tipo de poder que ha hecho funcionar sobre el cuerpo y el sexo. Tal poder precisamente, no tiene ni la forma de la ley ni los efectos de la prohibición. Al contrario, procede por desmultiplicación de las sexualidades singulares. No fija fronteras a la sexualidad; prolonga sus diversas formas, persiguiéndolas según líneas de penetración indefinida. No la excluye, la incluye en el cuerpo como modo de especificación de los individuos; no intenta esquivarla; atrae sus variedades mediante espirales donde placer y poder se refuerzan; no establece barreras; dispone lugares de máxima saturación. Produce y fija a la disparidad sexual. La sociedad moderna es perversa, no a despecho de su puritanismo o como contrapartida de su hipocresía; es perversa directa y realmente”. Foucault, 2011. P.47

No es la sexualidad periférica de estos sujetos algo que haya que callar, es de lo que hay que hablar para ser categorizada de cierta manera, para poder ser administrada en cierto cajón, para serle conferido el tinte perverso que esencializa a los sujetos y les inventa esta historia, esta delimitación de lo que se es, esta que hay que confesar y de la que hay que arrepentirse para ser perdonada bajo la lógica confesional de la exigencia de la elaboración del discurso sobre lo sexual, la que hay que narrar al profesional de la salud mental para poder corregir y erradicar, esta que sirve para mantener a los sujetos disciplinados ante preceptos y saberes a través de enunciarla en primera persona “soy”.

Es a partir de este acto de nombrarse y de esta problematización sobre los deseos y el uso del cuerpo de estos sujetos que esta sexualidad es definida como periférica y que genera una suerte de liminalidad, una sexualidad fuera pero a la vez dentro.

### **ESTE NIÑO NO ES NORMAL**

Sobre la cuestión gay, List plantea en “Hablo por mi diferencia” que el reconocimiento del sujeto frente a sí mismo como gay tiene una serie de características delimitadas por la heterosexualidad obligatoria imperante en el

discurso sobre la sexualidad. Él trabaja con “chicos que se definirán como hombres” (p.60) pero dentro de este proceso de pasar de una etapa a la otra hay una serie de nociones que pueden ser vistas desde la óptica de la liminalidad, aunque nosotros no teorizaremos la noción de juventud puesto que lo que más interesa es llegar la discusión centrada en la cuestión gay, el VIH y el drama social correspondiente, es importante tomar en cuenta lo que List expone:

“En el caso de los jóvenes a los que entrevisté, los sujetos dejan de ser chicos y se convertirán en hombres, pero el tránsito entre una condición y otra es variable. En el caso de los varones urbanos, la juventud se convierte en una suerte de etapa liminar, precisamente porque dejan de ser niños con las restricciones que ello implica, pero no obtienen las prerrogativas y obligaciones de los adultos. Es evidente que no existe un ritual establecido socialmente, pero, como ya lo he comentado, sí suelen aparecer acciones ritualizadas que pueden funcionar como filtros entre los que pueden considerarse aptos para formar parte del grupo y los que no”.  
(List 2009, p. 60)

El sujeto va a levantarse o ser reconocido como masculino a través de superar ciertas “pruebas” que tienen que ver con las características esperables socialmente por parte de los hombres, a través de prácticas estereotipadas que afianzan la masculinidad heterosexual y que por tanto, rechazan cualquier tinte o matiz que acerque a estos sujetos a un punto donde podrían ser leídos como femeninos. De ahí que la confirmación de lo masculino del hombre completo, del hombre adulto es un camino lleno de prescripciones y expectativas que se depositan en los sujetos y que se notarán en su iniciación sexual, elección de carrera, aprobación dentro de un grupo social, etc. Y en el caso de estos sujetos entrevistados se da cuenta de pruebas no superadas en cuanto al comportamiento esperado por género. En el caso de Leonardo que se ve sancionado a través de trabajar en el jardín con su padre, actividad privilegiadamente masculina en su familia, y que como en el caso de Beto, la falla es la misma que lo lleva a visitar no sólo uno, sino varios psicólogos.

List retomará la noción Turneriana de liminalidad que nos dará mucha luz para considerar a estos sujetos y ubicarlos dentro de un sistema en el cual no pertenecen propiamente, sin embargo, tampoco están excluidos del mismo, veamos.

“...dentro de lo que Turner llama el grupo liminar, encontramos ciertos rasgos comunes que es precisamente lo que permita la existencia de la noción de colectivo entre jóvenes varones, pero hay un momento de quiebre, cuando se vuelve impostergable la definición de la sexualidad, cuando la propia definición de la masculinidad impulsa a algunos varones mostrar abiertamente su homofobia, incluso de manera violenta, a fin de diferenciarse del otro, en ese contexto intersubjetivo y relacional de la construcción de la identidad, y que para el caso de los jóvenes varones, se consideran semejantes los que no cumplen con la expectativa de alguna manera: al que se le considera cobarde, el que no se le conoce novia, el debilucho, en fin, todo aquel que pueda ser considerado marica o puto” (List,2009. P 62)

En el caso de los jóvenes de este proyecto, como en el de List, hablaremos de sujetos liminales. Podríamos categorizar de liminales a los sujetos de este trabajo de investigación en donde “El grupo liminar es una comunidad o comitiva de camaradas y no una estructura de posiciones jerárquicamente dispuestas (Turner, 1984:111) Turner hablará de estos sujetos liminares como neófitos, como aquellos que necesitan aprender algo para poderse reinsertar en su sistema social, en este caso sujetos que necesitan “hacerse hombrecitos” bajo esos cánones establecidos; hombrecitos heterosexuales, o por lo menos monógamos o por lo menos de apariencia y modales masculinos para poder reducir la sanción que recae sobre ellos. Recordemos a Rubin y su modelo de estratificación sexual en el que los sujetos buscarán acercarse lo más posible a la punta de la pirámide. Como ejemplo de ello está Beto, quien menciona que no ha llevado ni llevará ningún novio a la casa de sus padres dado que la norma implica que si lleva a alguien será aquella persona con la que él decida “sentar cabeza” Se trata de cubrir con cuanto rasgo posible de seguimiento al orden heteronormativo y tradicional sea posible. Las normas que se construyen alrededor de estos

comportamientos, la regulación de prácticas sociales es un escenario más en el que la sexualidad como dispositivo se hace presente.

Ahora, preguntémosnos lo que sucede cuando el ejercicio de la sexualidad no está sólo afuera de la heterosexualidad obligatoria, sino que se encuentra fuera de orden de otro rasgo de la heteronorma consistente en la monogamia, o en la justificación de las relaciones sexuales a través del afecto o del establecimiento de relaciones formalizadas bajo el título de “novios o pareja” ¿Esta sexualidad no monógama será juzgada socialmente igual? ¿Esta capacidad de desvincular lo sexual de lo afectivo tendrá un efecto en la evaluación que hace el ojo social sobre el ejercicio de la sexualidad de estos sujetos? ¿Será que cuando estos sujetos no sólo tienen relaciones sexuales entre varones, sino que cuando estas relaciones son con más de una persona a la vez su calidad persona se ve juzgada de modos aun más severos?

Pensemos en que, para el saber científico así como para las valoraciones sociales, la vida erótica ejercida fuera de la monogamia genera no sólo juicios morales, sino diagnósticos que hablan de la inestabilidad emocional de los sujetos o de una capacidad limitada para poder vivir una sexualidad en términos de lo que se debe. En innumerables ocasiones esta llamada inestabilidad se asocia con la orientación sexual de los mismos sujetos como si de una relación causal se tratara, lo cual nos lleva a dar sentido a las valoraciones negativas (en términos de lo estandarizado y valorado socialmente) ante varios de estos sujetos no simplemente por ser gays sino por su real o supuesta ausencia de relaciones monógamas y duraderas.

Leonardo narraba que tenía prácticas sexuales con parejas múltiples pero de manera protegida, y que su percepción de riesgo ante el tema del VIH se redujo cuando inició una relación monógama:

“Dile como quieras, si quieres llámalo ignorancia...no sé, pero sí tenía esta idea de que el amor lo puede todo y te salva de todo y de que es inofensivo...y pues así fue. Nunca usábamos condones” Leonardo, 24 años.

Llamas al respecto menciona poco pero contundente en la construcción del cuerpo homosexual

“¿Dónde deja esto al amor? Es fácil hablar de sexualidad sin amor y de amor sin sexualidad. Pero está claro que el amor es cada vez más algo configurado contingentemente, como un foco para las relaciones íntimas. El amor, como la sexualidad, de ha vuelto más fluido, menos una receta de devoción eterna, más una cuestión de elección personal y de construcción del yo, un modo de comunicación más que una verdad eterna (Luhman, 1986. En Llamas, 1994. Pag 178)

No todas estas sexualidades periféricas se quedan en el afán de buscar y perseguir entrar lo más posible a la heteronorma, pero sí hay que considerar que cuando más de alejan más son tomadas como objeto de valoraciones negativas.

Brevemente sobre el amor romántico y estas nociones de protección y exclusividad que vienen con él, encontramos que es formado o construido cultural e históricamente y donde justamente no tiene mucho que ver con el ejercicio del placer, sino que más bien pareciera existir sin este para no mancharse.

“...el goce en la tensión del deseo no satisfecho (...) esta prolongación del juego amoroso, del estricto sometimiento de los amantes a las reglas acuñadas socialmente que les dicta su propia conciencia; también pertenece a ésta la estricta fidelidad recíproca” (Tenorio. 2012, p.22)

Es dentro de esta fidelidad recíproca y estas normas sociales llenas de expectativas en el otro en donde es posible mantener esta noción que sale en este y otros testimonios respecto al amor como protector, pues ante la exclusividad de tenerlo todo en la pareja al sólo tenerla a ella se imposibilita la posibilidad de que esta tenga prácticas sexuales con otras personas. Tenorio citará a Elías para ilustrar un poco más extensamente sobre el amor romántico.

“Este tipo de amor, o al menos el ideal, se trató de una vinculación sentimental recíproca de un joven soltero y una joven soltera, que sólo podía realizarse completamente en el matrimonio y que era exclusiva. Es el deseo de un hombre por una mujer y por ninguna otra, y viceversa(...) en el juego amoroso no se

mostraban las pasiones animales” (Elías, 1996. P 338. Citado por Tenorio 2012.p.22)

Si bien aquí rompemos con la norma en cuanto al objeto y el sujeto que desean porque no estamos hablando de relaciones entre hombres y mujeres como la tesis de Tenorio, recordemos que hemos planteado que los sujetos buscamos encajar en cuantas normas posibles, que si el objeto de deseo o de amor según sea el caso desafía la norma, por lo menos la forma de expresión de este debe ser lo más apegado a los socialmente deseado posible.

Tenorio también menciona poco la lejanía que hay en el amor respecto a las pasiones animales. En términos de los entrevistados podemos interpretarlo como la búsqueda del placer sexual por el placer mismo sin necesidad de avalarlo o legitimarlo con una relación amorosa, estable y monógama o en términos coloquiales o del argot, como “andar en el desmadre”. Beto hablaba de que si bien su familia aceptaría su orientación sexual era bajo la condición de no andar en el desmadre, de portarse bien. Carlos por su parte (otro informante) será citado su testimonio en su momento para afirmar en sus palabras que su infección vino de alguien a quien amó y no por andar en el desmadre.

El amor en este entendido de que será siempre del tipo romántico, cumpliría con la función también de alejar a los sujetos del desmadre porque establece que la relación de pareja es todo lo que se necesita, esto alejará a los sujetos de la posibilidad de sospechar su diagnóstico como lo veremos en el capítulo siguiente.

Tomemos el ejemplo de Rubén sobre cómo fueron sus primeras relaciones sexuales en la universidad:

“Pues no es que yo haya sido de muchos novios, pero sí me pasó que cuando llegué a Puebla me destrampé. Yo soy de Teziutlán y me vine aquí a estudiar la universidad y bueno, llego a la ciudad...universitario nuevecito, ya sabes...y le di a muchas cosas. Hubo fiestas con alcohol, hubo uso de drogas y bueno, he de ser honesto y reconocer que ni tengo ni idea de con quién pude haberme infectado. Era cosa de ir a orgías en una casa que está cerca del hospital de la beneficencia española, pero ya era

cosa de llegar medio servido o pasado de copas, pues y ahí tomar todavía más... hubo una vez que abusé del alcohol al punto que alguien me tuvo que sacar cargando y me subió a un taxi... amanecí con él en un motel. Digo, se agradece porque de no ser por él no sé donde hubiera pasado la noche, pero sí es de donde podría pensar que empezó todo esto” (Rubén 24 años).

Cuando Rubén se refiere a “donde empezó todo esto” se refiere a la seroconversión, a adquirir el virus, y si bien no vamos a abordar esto con un lenguaje totalmente médico, es importante cubrir ciertos términos que eventualmente podremos encontrarnos.

### **Tener o no tener lugar**

Pensemos por un momento en las situaciones que rodean el caso de Rubén. Pensemos en el poder adquisitivo que tiene un joven en sus tempranos veintes al entrar a la universidad para poder pagar un motel o un sitio propio en el cual tener relaciones sexuales, pensemos que quizás estos jóvenes, si no se encuentran en relaciones formales podrían ser usuarios varios de ellos (aunque no todos) de este tipo de sitios de intercambio sexual o que las tengan con personas mayores lo cual les pone en una situación de cierta desventaja.

En el caso en que las relaciones sexuales inician con personas mayores como sucede con Emmanuel, el nos narra que no fueron relaciones sexuales protegidas, quizás por la variable confianza en el profesor con el que salía o que no existía una percepción de riesgo configurada como tal, que quizás no fueron relaciones sexuales planeadas, sino que más bien ocurrieron aprovechando oportunidades que en situaciones comunes ellos no podrían generar con sus cortas edades y limitados recursos temporales, económicos y de espacios propios. El “tener lugar” expresión utilizada entre personas que tienen contactos sexuales esporádicos se refiere a si se cuenta con un espacio propio para evitar el gasto de un motel, en diversas ocasiones es más sencillo para algunos, acudir a un espacio donde se lleven a cabo fiestas sexuales que pagar por una habitación en un hotel o motel. El no tener lugar para varios, implica la búsqueda de encuentros sexuales en fiestas en departamentos, clubes de encuentro, saunas, etc.

En el caso de las casas o departamentos donde ocurren fiestas sexuales en Puebla, son un fenómeno relativamente nuevo que no tiene más de 5 años (exceptuando los baños de vapor). La situación consiste en adecuar un departamento de modo tal que permita acceder a camas y sofás dentro del inmueble, la dinámica se explica a continuación, basado en el ejemplo del sitio que Rubén menciona ubicado cerca del hospital de la beneficencia española y en visitas hechas personalmente:

### **El club**

Se toca el timbre y te recibe el dueño o administrador del espacio, anotas tu nombre en una libreta, generalmente los usuarios se ponen nombres falsos. El encargado te da una bolsa negra de buen tamaño para guardar ahí tus pertenencias; pantalones, camiseta, cartera y celular son importantes de dejar dentro de la bolsa, al registrarte hay un número en el renglón en el que te anotas en la libreta y éste se encuentra dibujado en la bolsa que se te entregó para no extraviar o confundir las pertenencias de los asistentes. Posteriormente, después de quitarse la ropa exterior y depositar en la bolsa las pertenencias, se ingresa al lugar en ropa interior o desnudez absoluta, hay una habitación con una mesa más o menos alta donde hay botellas de varios licores de marcas conocidas por ser económicas, hay barra libre todos los días con tu ingreso de cien pesos y muchos aprovechan para beber mientras no están “entretenidos” o mientras la noche no da aun para la dinámica deseada o esperada. En esa misma habitación, los sujetos que acuden a reunión, toman asiento en los sillones frente a una pantalla que exhibe una película porno cuya temática varía dependiendo de la noche que sea o de si hay evento “especial” sea noche de suspensorios, de vaqueros, o de cuero. La acción es escasa en esa habitación que es usada para fumar, beber, ver la película o quizás practicar sexo oral para quienes son vistos como más deshinibidos. La mayoría prefiere tener prácticas sexuales dentro de los demás cuartos de la casa que se encuentran más oscuros y eso ha generado reglas para los otros lugares. Si bien, dentro del espacio ubicado cerca de la beneficencia española no está prohibido practicar sexo oral en la sala de video, es una práctica poco frecuente y que llega apenas a algunos clientes de estos espacios. Llama la



atención pensar en los últimos dos espacios inaugurados en la ciudad, al darte la bienvenida te comentan textualmente que las prácticas sexuales en la sala de videos está prohibida, que para eso están los demás cuartos.

Las siguientes 4 habitaciones tienen diversos niveles de obscuridad pero ninguna tiene suficiente luz como para poder ver bien o reconocer una cara de primera instancia. Aunque con el transcurso de la noche uno puede empezar a reconocer los cuerpos. En ocasiones, dada la variable alcohol es probable que las personas tengan prácticas sexuales desprotegidas independientemente de si siempre procuran tener relaciones sexuales protegidas. El alcohol no debe ser visto como un elemento enteramente responsable de la existencia de estas fiestas o de las nuevas infecciones de VIH que puedan ocurrir en ellas, la situación es más compleja pero el dato del alcohol el algo referido por los mismos informantes como algo que permite “dejarse llevar”.

Aunque las fiestas no son tan largas, hay personas que pueden llegar ya con cierto nivel de alcohol en el organismo y terminar en estados en los que pueden no distinguir si se posicionan en una situación de vulnerabilidad, situación similar a la descrita por Rubén. También es común entre los asistentes regulares que se tengan ubicados a algunos otros clientes constantes del sitio que practican intencionalmente el sexo desprotegido. Rubén comenta que es conocido en el sitio por acudir frecuentemente, aunque yo nunca lo había visto ahí. Al ser yo amigo de los dueños tengo acceso fácil a la casa y en ocasiones he visitado departamentos similares en donde la dinámica es técnicamente la misma.

Si partimos del sistema de normativas que rodean a la sexualidad, el trato a estos cuerpos, la búsqueda de sus placeres, sus definiciones identitarias y demás están delimitadas por la palabra que los enuncia como sujetos gay, como varones homosexuales, o como diferentes simplemente. Para recurrir a estos espacios no se necesita cierto tipo de afiliación comprobable como la requeriríamos para algún otro establecimiento, sin embargo algún canal de comunicación hay, esta cara social de la sexualidad nos ha permitido conocer que en todos los sitios así las reglas son las mismas. Todos lo que hemos acudido a estos espacios más de una vez, sabemos que no sirven comida en esas fiestas pero que debe haber barra

libre de alcohol, sabemos que la cerveza sale cara para ese tipo de reuniones y que el alcohol no siempre es lo importante porque se maneja y dice popularmente “Si la gente está tomando significa que no está cogiendo, y entonces es una mala fiesta” como dice Alejandro, que es otro asistente a las reuniones, sabemos también identificar si alguien es nuevo no sólo por si su cara nos es o no familiar, sino por el manejo de su cuerpo en el lugar, la manera en la que puede quedarse con más ropa de la permitida (con más ropa de la que se exhorta a usar), la velocidad con la que bebe, la dificultad que puede tener para sentarse en la sala de video o las constantes vueltas o recorridos repetitivos en el espacio sin haber “tenido acción”, las preguntas que puede hacer con algunas personas o el no saber cómo decir que no ante una caricia no deseada. Son ciertas normas de sociabilidad y el saber respeto a ellas que nos permiten identificar a quienes no conocen el funcionamiento completamente de estos espacios y eso bien podría generar cierto sentido de pertenencia entre quienes acuden frecuentemente que además conocen de sí mismos en colectivo la afinidad por las prácticas sexuales en colectivo y sin necesidad de un componente afectivo validado a través de una relación amorosa formalizada.

### **¿QUÉ NOS HACE SER “DEL OTRO BANDO”?**

Es importante tomar en cuenta que no existe un modelo universal de ser un varón que se asume como gay, lo que se plantea aquí es que la valoración en términos generales en el discurso que se maneja socialmente sobre lo gay, apunta a, desde los estereotipos sobre lo no heterosexual, llegar a este tipo de conclusiones definitorias de los sujetos. Se recomienda no confundir el exponer aspectos sociales que confieren a estos sujetos la capacidad de verse reflejados en otros en función de ciertas prácticas que tienen que ver con la sociabilización propia de asumirse como gays con una especie de implantación de un modelo sobre lo que sería un “ser gay”.

“No existe una esencia de la homosexualidad cuyo despliegue histórico pueda ser iluminado. Sólo hay patrones cambiantes en la organización del deseo cuya configuración específica puede ser

decodificada. Esto, desde luego nos lanza a un vendaval de deconstrucción, porque si la identidad gay tiene un origen reciente, ¿Qué sucede con la identidad heterosexual? ¿Qué sucede con el carácter físico que atribuimos a nuestra manera de usar los géneros, a nuestra masculinidad y feminidad? Pienso que la “naturaleza” tiene muy poco que decir acerca de estas cosas”. (Weeks, 1993 p.24)

Lo mencionado desde los referentes sociales y culturales es lo que marcará las diferenciaciones y que en estos sujetos ha marcado cierta suerte de separación, rezago, liminalidad. Diversos elementos reguladores del cuerpo, de lo que se hace con él, de las características que los hacen tener que identificarse como hombres, la manera en la que establecerán contacto erótico y su búsqueda forman parte de la sexualidad de esos sujetos, de un dispositivo que les define como hombres gay frente a ellos y su entorno y al definirles como tales, los coloca un tanto fuera, en un cajón correspondiente a lo desacomodado, a lo no normativo pero universalizable dentro de su propia categoría al definirlos por su homogeneidad, como si un “todos son iguales” fuera más que prudente, necesario.

Esta primera liminalidad marcada por la diferencia, se centra en este ejemplo, no como el representativo pero si como el más rico en la exposición de la lógica de la búsqueda de los placeres y de normativas que no forman parte del régimen heterosexual de primera instancia, pero que son normas al fin y al cabo y que marcan una diferencia entre estos sujetos y expone una serie de vulnerabilidades también. ¿Por qué habría que hacer uso de estos sitios clandestinos? Podría bien ser porque la sexualidad entre hombres no es algo que pueda ejercerse o hablarse fuera de esta misma clandestinidad dadas las regulaciones alrededor, de ahí que tendría que rodearse de elementos que le podrían configurar una vulnerabilidad muy específica y que la manera en la que la sexualidad gay está configurada en esta ciudad tiene que ver con la formación de espacios lo suficientemente públicos para que cierto sector de la población lo conozca en ubicación y funcionamiento, pero lo suficientemente privados para que nadie toque este timbre por error y sin planteárselo termine entrando a este tipo de reuniones.

Rubén sigue narrando sobre sus experiencias en el lugar:

“Era tener cierto tipo de relaciones sexuales con grupos, o reuniones...que obviamente yo sí me protegí, pero digamos que las personas no eran las más convenientes, no las llegué a conocer. A algunos ni siquiera supe sus nombres, sus edades. Fue así como que encuentros grupales, uso de drogas, uso de sustancias, todo...fue básicamente eso, La protección siempre (según yo) siempre hubo. Y pues no sé, llegué a pensar que tal vez alguien no me dijo que se quitó el condón, o se rompió o no sentí yo y se lo sacó, no sé. Llegué a pensar cosas así, y bueno, entonces, el riesgo ahí está, y ese tipo de prácticas las tuve como unos dos años seguidos”. Rubén 23 años.

Las relaciones sexuales que sostuvo Rubén se apartan un poco más de la heteronorma y se acercan más al desmadre que las demás, considerando como referencia este esquema de estratificación sexual de Rubin que nos habla de la valoración de la sexualidad en términos de exclusión social, no con esto se pretende validar o invalidar sin embargo vale reconocer la diversidad de maneras de sociabilización sexual, que no siempre se piensa en pareja para el ejercicio de la sexualidad y que las relaciones sexuales van configuradas tocando diversas líneas y rasgos que las hacen tener un tinte particular.

El ejercicio de la sexualidad en Rubén como en muchos otros, no está para ser validado desde aquí como malo o bueno en esencia, pero tiene sentido reconocer que es juzgado negativamente dados los estándares y cánones vigentes, dados los saberes manejados en el momento y lugar en que son enunciados. Leonardo nos dice con cierto tono de sorpresa:

“Pues me portaba mal con algunos chavos, sí, pero siempre usaba preservativo en verdad. Fue cuando tuve un novio, pues ya sabes en esta cosa de que nos amamos y confiábamos (...) pero pues con él fue donde pasó que me infecté, ni siquiera cuando andaba en el desmadre o cuando me portaba mal” (Leonardo, 25 años)

Si bien, no analizaremos de una vez la percepción de riesgo y aun no entraremos de lleno al tema del momento en el que el diagnóstico de VIH es revelado, es interesante ver los comportamientos y prácticas que se reconocen como no los más deseables precisamente y que tienen esta etiqueta de “portarse mal”. Pensemos en el caso de Leonardo que habla de portarse mal al tener relaciones sexuales con varias parejas sexuales, del caso de Beto que ni siquiera presentará a sus novios en casa ante el argumento de que si va a llevar a alguien será a esta pareja para toda la vida, esta con la que se sentará cabeza en términos de monogamia, perdurabilidad de la relación y en términos también de ser “serio y para siempre” como en lenguaje común se expresa. Preguntémonos si estas valoraciones de estos mismos sujetos sobre su sexualidad tendrían que ver con la misma insistente idea de perseguir la punta de la pirámide en términos de estratificación sexual y si esta actitud podría también verse generalizada ante otras situaciones respecto a la expresión de su sexualidad, en cuestiones como por ejemplo la expresión corporal frente a las demás personas, el verse o no como afeminados. La sexualidad en su expresión y ejercicio parece en la mayoría de los casos, (sino es que siempre) apuntar a la aspiración a no ser juzgada de atípica, inmoral o indecente, pero sobre todo de patológica.

Esta parte social de enunciación y de las cosas que se dicen sobre la sexualidad da cuenta de los sujetos, de sus biografías y los representa como cierto tipo de personas con cierta infancia con cierto presente y también con cierto destino (pensando en el “todos vamos para allá”). Los sujetos que en función de nuestra disidente expresión del deseo podemos pertenecer y no, podemos hablar pero bajo ciertas circunstancias, podemos amar abiertamente pero en ciertos lugares, podemos gozar nuestra vida sexual pero con ciertas condiciones, podemos ser gays pero no andarnos exhibiendo, podemos tener relaciones sexuales pero no muchas ni con muchos.

Esta exposición de ideas pretende dar pie a elementos que podrán facilitarnos una conversación más fluida sobre el tema en el siguiente capítulo donde abordaremos la búsqueda y revelación del diagnóstico positivo para VIH; la sospecha del mismo, sospecha que pudo configurarse desde estos momentos en

los sujetos o que hace que situaciones narradas aquí cobren un sentido diferente ante una reconsideración de los elementos presentes en la sexualidad de estos sujetos.

## CAPÍTULO II

### EL DIAGNÓSTICO Y LOS PRIMEROS ELEMENTOS DEL DRAMA. (PUES...CREO QUE AQUÍ COMENZÓ TODO)

#### DE AMBOS LADOS DEL ESCRITORIO

En este capítulo que podría titularse solamente para fines prácticos “el diagnóstico”, serán expuestas una serie de reflexiones en torno a varias experiencias que van configurando momentos previos y posteriores al punto en que se oficializa el diagnóstico positivo para VIH al que se han enfrentado estos sujetos, que dan pie a nociones clave en este trabajo, y que dan cuenta de los cambios, ajustes y nuevas normatividades en los mismos sujetos. En un primer momento podríamos pensar que el diagnóstico es el inicio de algo que algunas personas podrían llamar crisis, etapa de ajuste, o incluso duelo; sin embargo esto implicaría asumir no sólo que existe un momento en el cual “el diagnóstico” sucede, sino que este evento es universal en el sentido de que iniciaría de la misma manera en todos los sujetos, bajo las mismas circunstancias y con los mismos efectos. Este asumir que existe “un momento” que es igual en todos, marcaría la necesidad de delimitar su inicio ¿Será que el diagnóstico sucede únicamente con la entrega de un papel impreso con el resultado de una prueba ELISA y una Western Blot? ¿Qué hay de las motivaciones de los sujetos a la realización de la misma prueba? ¿Son las mismas motivaciones y circunstancias que llevan a los sujetos a realizarse una prueba? ¿Todos los sujetos se hacen pruebas en etapas asintomáticas y de ahí que los resultados de estas pruebas parecen siempre tomar por sorpresa? ¿Existen elementos que podríamos leer como ingredientes de crisis desde que los sujetos toman la decisión de efectuarse la prueba? En efecto; las motivaciones, las posibilidades de sospecha, las circunstancias en las que los sujetos acceden a una prueba son tan variables que no permitirían decir que “el diagnóstico es cuando...” no porque no haya un inicio, sino porque los elementos que le rodean bien podrían ser los que le configuran de manera diferente en los sujetos. Me propongo ver el diagnóstico como rodeado de

elementos alrededor y como si dentro de estos existiera una especie de núcleo que sería la revelación misma con la hoja membretada y el diagnóstico por escrito. Puede ser que los elementos alrededor sean los que nos lleven a este centro o hacia afuera, podemos desde la periferia reconocer estos ingredientes como neutrones girando alrededor de un átomo y que pueden llevarnos a la revelación del diagnóstico con todo su peso simbólico como la centralidad del evento o podemos desde esta revelación con tintes simbólicos ubicar que habrá potencialmente estos elementos periféricos.

En los fragmentos de entrevistas que se presentarán es notorio el modo en el que estos sujetos dan cuenta de una serie de eventos que por sí solos parecen no dar sentido a la crisis que acarrea el saberse con VIH y/o la caída en cuenta de toda una serie de amenazas y dificultades que ello implicaría. Estos elementos en cuanto son considerados como parte de todo un tejido discursivo basado en la experiencia de los mismos, nos da sentido en términos de esta heterogeneidad en lo empírico, y nos da cuenta del proceso de cada sujeto con puntos de origen que son distintos y diferenciados entre unos y otros por mucho que tengan una hoja membretada con su nombre y el diagnóstico como banderazo de salida.

La presentación de esta serie de eventos que configuran este diagnóstico, se elabora como tal; como una serie de eventos y no como uno solo, en el intento de entender la complejidad de la experiencia. Sería muy sesgado y engañoso asumir que en el justo momento en el que el diagnóstico se revela y enuncia a través de una entrega de resultado en una hoja impresa, entonces la crisis que implica el mismo aparece de un golpe y emergiendo de este suceso solamente en todos los casos, quisiera proponer una especie de flujo o de dinamismo alrededor del diagnóstico para poderlo leer en una mayor abarcabilidad. En las experiencias de estos sujetos entrevistados, el diagnóstico parece presentarse como una especie de continuo, una especie de secuenciación de eventos que dotan de sentido este crucial punto de la investigación y que se ubican en diversos escenarios; desde la sospecha ante el diagnóstico a manera de “adelanto” como muchos de ellos lo manifiestan, hasta el ingreso a los servicios de salud y el enfrentamiento a la brecha y crisis que este implica en sus relaciones laborales,



familiares, con los prestadores de servicios de salud y consigo mismos. Que si bien, no negaré la importancia del momento en que la entrega del resultado impreso o enunciado por alguien del personal de un centro de salud, quiero recalcar la multiplicidad de factores involucrados, y la variedad de respuestas en los sujetos ante los mismos.

### **SOBRE LA IMPLICACIÓN COMO INVESTIGADOR**

Para este capítulo me parece importante señalar de nuevo cuestiones respecto al manejo de los datos empíricos, no porque sea la primera vez en la que se abordarán estas cuestiones o en la que se necesitará por primera vez hacer ciertas acotaciones, sino porque en este momento me parece importante volver a enfatizar que este fenómeno será descrito desde los sujetos pero también desde mí mismo. No es nueva la reflexión sobre la implicación del investigador como sujeto y las necesidades de plantear reflexión metodológica al respecto son insoslayables; en la aspiración a la objetividad en la investigación me parecen importantes las reflexiones que hace List en cuanto a este respecto:

“...es necesario añadir otra posibilidad metodológica al trabajo de investigación, que tiene sus consecuencias importantes, y es cuando el investigador se convierte en uno más de los *otros*, cuando su testimonio cuenta como parte de los resultados. En este contexto considero necesario que se revisen las concepciones sobre la participación del investigador, no sólo implicado sino siendo de algún modo el *otro* (...) aquí cabe hacer una distinción entre formar parte de una comunidad, digamos participar de ciertos elementos culturales a partir de hacer un análisis de sus lenguajes, de sus formas de socialidad, etcétera, y en otras convertirse en protagonista principal de la investigación”. (List, 2009 p.22)

No es que personalmente yo pretenda establecer una investigación “objetiva” si entendemos por ello que el objeto de estudio es simplemente algo que se analiza sin implicaciones de índole subjetivo, donde el investigador se situaría en una zona en la que no hace otra cosa más que observar y documentar, en esta investigación me encuentro rodeado de varios elementos que no puedo describir

“desde afuera”. Como manifestaba antes, el trabajo que he realizado sobre VIH en varios momentos de mi vida, desde los 17 años desde la educación no formal y posteriormente en organizaciones civiles, me ha hecho posicionarme en cierto punto que me hace imposible no sentirme implicado con una serie de eventos y circunstancias que impactan en mi persona de manera diferente a como sería impactado otro investigador si llegara al escenario en el que me encuentro. En ese entendido hay muchos datos que aquí serán expresados que tiene que ver con mi propia experiencia, los mismos que se presentarán con la respectiva acotación.

Desde el principio de la delimitación del proyecto, hubo situaciones en la investigación en las que se tendría que reflexionar metodológicamente y en las que habría de plantearme en una posición ante el tema por una serie de elementos como los siguientes: asumirme como un sujeto gay al igual que mis sujetos entrevistados, el haber conocido a algunos de ellos desde antes de su diagnóstico en diversos escenarios de sociabilización o lugares “de ambiente” como cafés, bares, sitios de encuentro, fiestas de amigos en común, etc, así como el haber atravesado al igual que todos ellos por el proceso de una prueba de VIH a veces en las mismas instituciones y siendo atendido con el mismo personal.

El cómo es que yo ingresé a trabajar en el CAPASITS a través de operar un indicador de un proyecto de prevención secundaria en el mismo centro, con la finalidad de beneficiar a hombres que tienen sexo con hombres VIH positivos facilitando consejería psicológica y entregando paquetes con condones y lubricantes, fue mi primera oportunidad laboral en el tema fuera del ámbito de las organizaciones civiles, lo cual me sitúa del otro lado del escritorio y entonces eso me facilita la entrada a conocer cómo funciona el sistema de salud en cuanto a la atención y detección de VIH desde el CAPASITS. Esta serie de situaciones entre varias otras me han facilitado posicionarme en ambos lados en diversos momentos. Tanto he recibido atención para que se me haga una prueba de VIH en los momentos en los que la he solicitado (con la respectiva sospecha sobre mi resultado) como he, por otro lado facilitado el mismo servicio para otros, lo mismo con la entrega de resultados y lo mismo con la resolución de dudas en un consultorio de psicología o a través de una línea telefónica. El acercamiento a

estos fenómenos no es únicamente desde lo observado y lo documentado en entrevistas, si no que en varios escenarios es desde lo vivido y desde el temor, la ansiedad y la respectiva confrontación que una sola prueba de VIH implica. Sobre el tema de la implicación, Mari Luz Esteban hace una reflexión interesante.

“La parte negativa de este itinerario personal ha sido el sufrimiento que experimenté durante muchos años, la sensación de haberme equivocado, no sólo como mujer sino como ser humano, en algo que además no era capaz de ver pero que intuía definitivo. De haberme abandonado, de estar en peligro, porque así se ve en nuestra cultura el descontrol. Negativas y positivas al mismo tiempo han sido también las dosis de resentimiento que fui acumulando, un resentimiento general contra todos los que diariamente me recordaban mi “error” o hablaban de los errores ajenos, y contra el sistema social en su conjunto. Pero con dianas particulares: una muy concreta, mis colegas sanitarios, que le otorgan diariamente al sobrepeso un lugar absolutamente desproporcionado en su actividad profesional. La clase médica, como apuntaba anteriormente, suele mostrarse totalmente ajena a otras cuestiones corporales, incluso estéticas, que a veces condicionan radicalmente la salud de sus pacientes; y además no tienen en cuenta elementos positivos y alternativos que subyacen a esas “otras corporalidades”. Su enculturación en un modelo médico y social “en posesión de la Verdad”, y que actúa a modo de “rodillo” en el día a día, les impide tomar la distancia adecuada, les obstaculiza radicalmente la escucha.

Este hacer consciente y explícita la interconexión entre la experiencia corporal propia y la investigación (...) lo resumo en el término “antropología encarnada”, mediante el que pretendo reivindicar un ejercicio antropológico que tenga en cuenta la doble dimensión: (a) la de lo “auto” (autoobservación, autoanálisis) (Hernández, 1999), la pertinencia de partir de una misma para entender a los/as otros/as, sobre todo cuando “se ha pasado por las mismas cosas.” (Esteban, 2004)

No es que como Esteban, yo defina como “sufrimiento” todas las estaciones por las cuales atravesé en los diversos momentos en los que me hice una prueba, o por lo menos en los términos en los que ella “sufré” su objeto de estudio, sin embargo debo que reconocer que no fueron situaciones placenteras, que había algo que sabía respecto al VIH que aunque no me posicionaba del todo en el terreno de la ignorancia al tema en un nivel que inhabilitara la posibilidad de tomar el control sobre la situación, sí me posicionaba en un punto en el que me sentía en el borde de algo, de una situación desconocida que en mis palabras y a mis 19 años cuando me realicé una primera prueba de VIH sólo pude enunciar como “algo”, como un “me daba nervios”. En mi experiencia personal como sujeto que ha recurrido a los servicios en algunos momentos a realizarse la misma prueba de VIH que ellos, en el mismo sitio en algunas ocasiones, y con las mismas prácticas de riesgo en algunos momentos, reconozco que atravesé por un periodo en el que la sospecha de que mi primera prueba de detección de anticuerpos para VIH fuera reactiva era tan fuerte que vivía con una dosis de ansiedad notable que alteraba mi vida cotidiana y mis planes a futuro a niveles en los que consideré dejar mi formación universitaria de lado si ocurriera el caso de obtener un resultado positivo. Las personas que hemos atravesado por hacernos una prueba hemos atravesado también en mayor o menor medida por sospechar que este resultado podría salir positivo a VIH y esto evidentemente genera temores respecto a cómo sería vivir con el virus a futuro, aunado al proceso reflexivo que se tiene al recapitular prácticas en las cuales haya sido posible estar en contacto con el virus, prácticas sexuales desprotegidas en mayor o menor medida y / o frecuencia, la maximización de los temores a niveles que sobrepasan la lógica, y algo que mencionaba Mari Luz Esteban en su reflexión anteriormente citada “la sensación de haberme equivocado(...) de haberme abandonado, de estar en peligro, porque así se ve en nuestra cultura el descontrol”. Para esta serie de reflexiones se presta perfecto el tiempo de espera de resultados del que hablaré más adelante, puesto que en la observación de CAPASITS como un espacio y el conteo de los tiempos, en la observación de los procesos hay muchos elementos para la reflexión de lo

que rodea y conforma el diagnóstico con sus respectivos altibajos. Sobre los mismos altibajos, Esteban continúa:

“Negativas y positivas al mismo tiempo han sido también las dosis de resentimiento que fui acumulando, un resentimiento general contra todos los que diariamente me recordaban mi “error” o hablaban de los errores ajenos, y contra el sistema social en su conjunto, etc” (Esteban, 2004).

Lo que me parece valioso aquí también es el temor que no está únicamente dentro de lo que pueda pasar con nuestro estado de salud, sino la valoración social de vivir con el virus y ante la sospecha de tenerlo, los temores que en uno se manifiestan cuando sentimos que el personal de salud está mostrando una actitud que parezca inquisitiva o acusatoria, respaldada quizás porque consideramos que lo que nos llevó a la realización de la prueba fue un error, y la idea de que un diagnóstico positivo hablaría de cierto “descontrol” o descuido con el que hemos llevado nuestra vida sexual y que es ahí donde se tendrá que dar un nuevo control a nuestras vidas, pero sobre este último punto hablaremos más adelante puesto que hay algo más que quisiera describir antes de proseguir y tiene que ver con el funcionamiento del lugar donde “el diagnóstico” sucede. Creo también que lo que menciona Esteban en esos renglones, bien podría escucharse de alguno de los sujetos entrevistados y tener sentido también, alusión a sentirse juzgado por el personal de salud, la noción internalizada del descuido y del “merecimiento” de la situación en la que se está actualmente, situación marcada por la indeseabilidad y por la noción de castigo.

## **ELEMENTOS INICIALES DEL DIAGNÓSTICO EL FUNCIONAMIENTO DEL CAPASITS**

Es aquí donde me parece importante nos detengamos a analizar también el escenario en donde convergen la mayoría de estos eventos y que es común para los sujetos; el centro de salud. En éste al que se llega a veces como última estación en el camino de la búsqueda del diagnóstico, donde la sangre para el mismo es sustraída, donde la advertencia sobre el cambio drástico en la vida es enfatizada, donde el diagnóstico es revelado como resultado de una serie de

eventos que les (o nos) llevaron hasta allí. Es necesario de abordar dado que es el sitio donde se ven homologados varios discursos imperantes en cuanto al VIH, discursos que van desde el autocuidado hasta la culpa y pasando por la noción de cambio drástico en la vida de los sujetos, el nuevo orden en el que se debe vivir la vida sexual, la importancia del monitoreo, la noción de peligrosidad que el sujeto adquiere para definirse a sí mismo, etc. No con esto se pretende decir que estos discursos se gesten aquí, pero es como si el efecto de estos se reafirmaran en este escenario como se expondrá más adelante. Lo que estos sujetos han enfrentado en cuanto al diagnóstico oficializado ha tenido un lugar en común, el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual, el CAPASITS de la ciudad de Puebla. Aquí me parece necesario exponer la ubicación del centro y después parte de sus procesos (los que tienen que ver con la realización de las pruebas y la revelación del diagnóstico principalmente).

El centro se encuentra dentro del complejo del hospital general, pero fuera del edificio principal del hospital, dicha situación coloca en un espaciamiento aislado el centro y sus actividades, sus usuarios y cotidianeidad. CAPASITS pertenece y no al Hospital General (refiriéndonos a éste con la ambigüedad característica de todos los días) Las personas que acudimos podemos fácilmente perdernos entre toda la multitud de gente que acude diariamente al Hospital General, pero fácilmente somos ubicadas en nuestro “desvio” del trayecto, cuando salimos del hospital y nos dirigimos al área exterior. Una persona que sale del Hospital General pero se mantiene dentro del complejo tiene tres destinos posibles: el departamento de adicciones, el centro de vacunación y CAPASITS. Respecto a las decisiones de tener el CAPASITS aislado, por un lado se menciona por parte del personal que era necesario mantener a las personas inmunocomprometidas alejadas de posible contacto con personas que presentan todas las enfermedades posibles en las salas de espera de hospitales grandes, por un lado suena sensato. Por el otro, es fácil interpretar también cierta segregación como si tuviera dentro de sí un afán de protección. ¿Proteger a los usuarios del CAPASITS de las infecciones que presentan las personas que

acuden al hospital general? ¿O proteger a los usuarios del Hospital General de los usuarios de CAPASITS? La moneda parece quedarse en el aire.

En cuanto a los procesos en el CAPASITS, evidentemente cuentan con la burocracia esperable de cualquier instancia gubernamental. A continuación explicaré un poco sobre los procesos que más importante son para esta exposición de ideas que rodean esta noción de “el diagnóstico”.

El modo en el que un diagnóstico es entregado, para que quienes lean este texto puedan tener mejor idea del fenómeno aunque jamás hayan atravesado por el proceso de realizarse una prueba para VIH y mucho menos el de una entrega de resultados, me parece pertinente y necesario de explicar puesto que puede facilitar a las lectoras y lectores a comprender mejor el proceso y a situarse, si así lo desean, imaginariamente en la situación descrita a manera incluso, de un ejercicio de empatía.

## **LA PRUEBA**

En México, existe la guía de atención psicológica para las personas que viven con VIH/SIDA, cuya segunda y más actualizada edición fue realizada en 1998 y es la que sigue vigente para el personal de psicología de las diversas instancias gubernamentales que trabajan VIH/SIDA, debemos aclarar que si bien esta guía no ha sido actualizada como tal, sí han sido distribuidos a los CAPASITS una serie de materiales complementarios con el fin de actualizar las habilidades que el personal debe tener para el manejo del tema.

Esta guía de atención psicológica contiene sugerencias para una entrevista inicial en la que los sujetos buscan información sobre la prueba y se la realizan si así lo eligen, la guía también expone cómo entregar un resultado de prueba de detección de anticuerpos para dicho virus, sea este negativo, indeterminado o positivo, establece en cuanto a la entrevista inicial y la entrega de resultados un proceso cara a cara, que contiene una serie de pasos que se llevan a cabo para la entrega y que tienen por objetivo facilitar el acompañamiento psicológico para los sujetos y que estos consisten en indagar los motivos para la realización de la

prueba, la reflexión sobre las prácticas de riesgo, el sondeo de información sobre el virus, etc.

En cuanto a lo que estos sujetos enfrentan a manera de experiencia, es necesario exponer el proceso de la realización de la prueba y la entrega de resultados en CAPASITS, que es en donde a estos sujetos se les ha atendido desde la entrega del diagnóstico y en donde se les contactó para la participación en este proyecto. Existen un par de casos en los que los sujetos no recibieron su diagnóstico de este modo, se hará la acotación correspondiente en los testimonios.

En el caso de CAPASITS, los resultados se entregan una semana posterior a la solicitud de la prueba, en el momento en el que una persona acude ahí para dichos análisis se le toman datos, se indaga sobre la información previa que el sujeto tenga respecto al VIH, sobre la motivación para la realización de la misma y a partir de esa información es donde el abordaje psicológico debe establecerse para un proceso que mejor sirva para las necesidades específicas del sujeto, se extiende una orden para que en el laboratorio se le realice la toma de muestra, se le dirige a las instalaciones del mismo con fecha de entrega de resultados que es una semana posterior a la prueba, en la entrega de resultados se da una plática para todos los usuarios en términos generales y posteriormente todas las personas que acudieron, esperan a que sus resultados se les entreguen personal y confidencialmente independientemente de si es reactivo o no reactivo (positivo o negativo, en términos prácticos.) Los resultados se entregan en los consultorios del CAPASITS por el personal de psicología correspondiente.

La parte de la entrega del resultado debe ser más especializada y centrada en las necesidades particulares de los sujetos puesto que no todos acuden a hacerse la prueba bajo las mismas circunstancias. Se debe en todo caso explicar los posibles resultados de la prueba y sus significados: debe conversarse en la consejería sobre lo que significaría 1) un resultado positivo, uno negativo o uno indefinido, que se detallarán más a fondo posteriormente. Se tiene que indagar en el proceso de consejería la información previa que el sujeto tiene así como hacer una evaluación de su percepción de riesgo, se plantean los tres escenarios ante



los cuales el resultado de la prueba nos puede posicionar y se procura llevar el cauce de la conversación en los sujetos de modo que ellos mismos sean quienes planteen las acciones posteriores en función de la información que se les dará, así como el proceso nunca debe ser con indiferencia o alguna emoción presentada por el profesional que pueda interferir con la aceptación de la noticia por parte del sujeto.

Personal y profesionalmente he estado en ambas situaciones, la de entregar resultados y recibirlos: en mis labores en el CAPASITS he entregado resultados tanto negativos como positivos, así como anteriormente en calidad de usuario de los servicios he acudido a que se me entregue un resultado de alguna prueba que he solicitado.

### **LA ENTREGA DE RESULTADOS**

El proceso en CAPASITS para la entrega consiste en dar la bienvenida al usuario en el consultorio posteriormente a la plática informativa que se da para todas las personas en general, se le pregunta sobre cómo se ha sentido desde la última vez que vino (una semana antes a aplicarse la prueba) se indaga sobre esta respuesta el estado emocional del sujeto dado que es posible que sólo se refiera a si ha tenido algún síntoma físico, para así poder intervenir como se crea prudente, considerando que el proceso debe implicar acompañamiento e información para que el sujeto tome sus propias decisiones al respecto del diagnóstico. Si bien existen sugerencias, hay que recordar que la manera en la que se entregará el resultado no es universal, y que obedece al estilo del profesional a cargo de dicha tarea.

Es importante en el proceso de consejería recordarle al sujeto que la prueba puede darnos estos tres tipos de resultados; indefinido, reactivo o no reactivo. Se le explica al usuario que el resultado indefinido significa que su organismo no está listo para decirnos si hay o no producción de anticuerpos en su organismo en respuesta al VIH, lo que implica que tendría que regresar a hacerse una prueba de VIH dentro de tres meses, que es el periodo recomendado de espera para que esta producción de anticuerpos suceda y el resultado sea confiable (a este periodo se le conoce como periodo de ventana y deben

considerarse siempre tres meses como mínimo posteriores a la práctica de riesgo para poder aplicarse una prueba y ésta sea confiable).

Se explica que otra posibilidad del resultado puede ser que aparezca como negativo, en cuyo caso el resultado es confiable si esta prueba se realizó posterior al periodo de ventana, se debe explicar que la prueba no funciona como una vacuna y que un resultado negativo o no reactivo significa bajo ninguna circunstancia que el sujeto sea inmune al VIH.

La tercera posibilidad de resultado, es que éste sea “reactivo o positivo”, para esto se necesita corroborar con otras pruebas. Para decir que un resultado es positivo se necesita que la prueba ELISA que se aplica salga reactiva, esto significa que debe aplicarse otra vez y si esta segunda ELISA arroja el mismo resultado debe realizarse una prueba confirmatoria llamada Western Blot, la cual nos confirma el resultado. Estas tres pruebas se corren en la misma semana si son necesarias, si la primera ELISA nos arroja un resultado no reactivo no hay necesidad de correr las demás. Este resultado reactivo nos dice que el sujeto efectivamente vive con VIH, lo cual en un sentido estricto no significa que tenga que forzosamente desarrollar SIDA ni morir próximamente, este resultado únicamente significa que debe de accederse a la atención médica y psicológica necesaria. Sin embargo, sabemos que en lo empírico, cuando el sujeto recibe la noticia, cuando confirma sus sospechas, el diagnostico adquiere otros sentidos y significados.

“...recuérdese que a partir del momento de la entrega, la vida del paciente no volverá a ser la misma. Por más autopercepción de riesgo que el paciente haya tenido desde el inicio, la certeza de la seropositividad es otra cosa...” (CONASIDA, 1998)

Ya abordaremos en párrafos posteriores que si bien existe cierta posibilidad de “adelantarse al resultado” el impacto del mismo ya de manera oficial, formalizado en un papel impreso, enunciado en voz de una persona vestida de autoridad en bata blanca y el suceder en una institución de salud da un matiz de irrevocabilidad, formalidad y le dan el sello de definitivo al diagnóstico.

Posterior a la enunciación del resultado, debe indagarse sobre las emociones del mismo, puesto que es sobre ello sobre lo que se trabajará y sobre donde la contención e información deberán facilitarse. En ocasiones debe existir cierto silencio por parte del consejero, silencio que el mecanismo usuario debe romper en función de sus particulares necesidades e inquietudes. Es de suma importancia, como el lector podría imaginar, el respeto que debe ser mostrado por la o el profesional de salud que entregue el resultado.

Toda esta serie de elementos que se espera estén presentes en la actitud del personal del servicio de salud forman una manera muy particular en la cual éste es visto. El profesional, sea parte del personal de psicología es visto como médico por parte del usuario, la bata blanca marca un peso simbólico en el cómo es percibido, no es casualidad que toda persona que acude conmigo o cualquier otro compañero del área siempre se nos llame “Doctor”, y el ser doctor implica ser el portavoz del conocimiento sobre el cuerpo, ser la autoridad de quien sabe lo que es bueno malo, lo que se debe o no hacer, de lo correcto o lo incorrecto. Este punto será importante cuando conversemos más adelante sobre el biopoder pero de entrada quiero mencionar el impacto que tuvo en mi experiencia laboral ser nombrado como “uno de ellos”, ser nombrado como el sujeto en las manos de quien estaba una noticia que bien podría cambiar o modificar cursos en la vida de las personas del modo en que yo supuse cuando hice mi primera prueba, mi vida también podría cambiar.

### **LA NOTICIA ¿EXISTE TAL?**

Si bien, el objetivo de las intervenciones de los profesionales de la salud que se encargan de entregar el diagnóstico es de favorecer que el diagnóstico se convierta en una herramienta para cuidar la salud a través del acceso a los servicios y para ello se requiere propiciar cierto nivel de calma en el suceso, hay que considerar que no siempre será posible evitar reacciones negativas o desfavorables por parte de los sujetos por mucho que se asuma que se facilita la información o por mucho que en consejería se haya trabajado de modo tal que para el sujeto tenga cierto sentido lógico un resultado positivo. Las personas esperan profesionalismo en el servicio en el entendido de que no esperan que

quien les dé la noticia se vea afectado por la misma o se perciba que este ha perdido la calma, sin embargo también se espera cierta empatía y comprensión ante las emociones y dudas que podría plantear uno como usuario.

Ahora bien, en mi experiencia y en los siguientes testimonios a presentar, no es difícil encontrar que por mucha sospecha que haya sobre el diagnóstico y por mucho sentido que tenga en el sujeto posterior a todo el proceso reflexivo que debe favorecerse en la consejería existe de cualquier manera este impacto, este “shock” en el sujeto, sea porque la percepción de riesgo no era alta anteriormente, sea por los temores que se vuelcan sobre el sujeto y que son leídos por este como un sentencia, o las consecuencias sociales de vivir con el virus, la sensación de obligación a comunicar el estado serológico, la imposibilidad de entablar nuevas relaciones afectivas duraderas, la peligrosidad que al sujeto es conferida al estar diagnosticado, etc.

¿Pero qué hay de detonante en la experiencia? ¿Es acaso la formalización? Recordemos un poco la historia estigmatizante del VIH/SIDA y las concepciones arraigadas a él como un castigo a la moral sexual relajada de occidente, a su decadencia y su asociación a las políticas liberales y tolerantes con la homosexualidad. El SIDA para Susan Sontag en *El SIDA y sus Metáforas* asocia “la vergüenza de tener el mal con la culpa de haberlo adquirido. A diferencia del cáncer, la mayoría de las personas afectadas por el SIDA saben, o creen saber cómo lo contrajeron”. Y Sontag continúa en el mismo texto “Tener SIDA equivale a confirmar la pertenencia a un grupo de riesgo, o a una “comunidad de parias”. La autora también refiere que “El Sida no sólo invade al organismo, sino que también invade a la sociedad. Lo cual es una idea particularmente aterradora porque una persona queda contaminada y cuando es así lo está de por vida, tenga o no síntomas, y existe la amenaza de que tarde o temprano, algo detone la enfermedad”. (Sontag, 1996)

Esta potencialidad ante el detone de la enfermedad parece ser el temor inmediato, la cercanía con la muerte, con un tipo de muerte específica que habla del estilo de vida que el sujeto llevaba de acuerdo al imaginario social del virus y que si no evidencia, de alguna manera abre una ventana a la sospecha del cómo

se adquirió el virus. No es inusual que las personas sigan preguntando el tiempo que les queda de vida, que sientan que ya no serán capaces de ver crecer a sus hijos cuando los tienen, tampoco es inusual que las personas teman no a morir fulminantemente, sino en una serie de condiciones que amenazan su dignidad, que les venga encima la fantasía siniestra de su propio cuerpo desgastado y en una situación de abandono y dolor. Tiene sentido aquí gran parte de la importancia de la relación con el personal del servicio de salud, ese profesional que siempre será visto como doctor, que aunque no tendrá la cura, sí sabrá lo que se debe hacer desde la autoridad que se le ha conferido por su nivel académico, desde sus conocimientos y sobre todo, desde un nombramiento del estado. El Doctor (lo sea o no, pero será reconocido como tal) es quien sabrá lo que deba hacerse y es quien tendrá la autoridad para prescribir lo que sea necesario para aplazar la muerte, para alargar la vida y la calidad de la misma. Al respecto Michel Foucault nos dice:

“La vieja potencia de la muerte sobre la cual se simbolizaba el poder soberano, se halla ahora cuidadosamente recubierta por la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida. Desarrollo rápido durante la edad clásica de diversas disciplinas - escuelas, colegios, cuarteles, talleres-; aparición también, en el campo de las prácticas políticas y las observaciones económicas, de los problemas de natalidad, longevidad, salud pública, vivienda, migración; explosión, pues, de técnicas diversas y numerosas para obtener “la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones. Se inicia así la era de un “biopoder”. (Foucault, 2011)

La propuesta de Foucault sobre el biopoder va dirigida a la sujeción de los cuerpos a través de una serie de técnicas y de instituciones que participan en él. El tono prescriptivo que rodea y rodeará muchos de los testimonios sobre las experiencias en el ámbito del centro de salud nos dará cada vez más y más elementos para discutir sobre esto. El biopoder nos hablará del interés de las instituciones, pero también de la postura que éstas tengan, de los temores de los sujetos, de la sentencia de que la vida ya no será igual, de los temores ante la muerte inmediata y de la esperanza del sujeto depositada en el profesional de

salud, de las expectativas que el personal de salud deposita en el usuario, de los compromisos que se deben de cumplir porque ahora lo que está en juego es la supervivencia, y eso genera temor.

Si bien hay sujetos que han podido en función de ciertos elementos que se les han presentado, sobrellevar estos temores que hemos mencionado respecto a lo que es vivir con VIH, no son la mayoría. Y es en sus respectivos procesos, es en descubrimientos personales y configuraciones situacionales particulares que han encontrado herramientas para ello, la búsqueda de información, servicios y recursos personales, movida por la sospecha del diagnóstico bien podría ser un elemento clave. Podríamos pensar que existen personas que en función de estas sospechas podrían ir “preparando terreno” en qué términos y bajo qué estrategias se tratará de exponer a continuación para poder comparar las diversas maneras en que el diagnóstico o sus diversos momentos podrían desencadenar una serie de situaciones particulares en los sujetos con miras al enfrentamiento.

### **UN INFORMANTE CLAVE: CAMIL**

Durante la etapa en la que recabe datos etnográficos, encontré información sobre este configurar onográficos, Veamos a continuación en el caso de Camil cómo fue que se configuró esta situación de entrega del diagnóstico para de ahí ahondar en una reflexión sobre si es posible “adelantarse”. En el caso de Camil, primero está la sospecha del mismo diagnóstico a partir de la aplicación de una prueba rápida con una organización civil y posteriormente con la prueba confirmatoria correspondiente en CAPASITS. Este primer encuentro no fue grabado por parecerme poco ético solicitarle me permitiera grabarlo entregándole su resultado, de ahí que lo manifestado en esta primera parte es recuperado de mis notas de campo elaboradas cuando él salió de mi consultorio. Posteriormente, un mes después siendo más exactos, coincidimos de nuevo en el pasillo y le pedí autorización para grabar nuestra conversación, las intervenciones que sí pudieron ser grabadas, serán textualmente citadas, tanto las de Camil como las de otros entrevistados.

Camil es un joven de 24 años al cual le entregué personalmente su diagnóstico. En esa ocasión había muchos diagnósticos positivos que entregar y me fue asignado su expediente junto con su resultado impreso desde el laboratorio estatal para poder agilizar el proceso. Lo llamé por sus apellidos y acudió conmigo, le dí la bienvenida, me presenté, tomó asiento y conversamos sobre su motivación para hacerse una prueba y cómo se sentía, estas preguntas se hacen para que tenga sentido la entrega del diagnóstico y se entienda que habiendo antecedentes de prácticas sexuales es posible que el resultado sea positivo me comentaba que se había hecho una prueba rápida que había salido reactiva y que venía ya a corroborar únicamente ese resultado, situación que me hacía pensar en que cierto proceso había atravesado para poder hacer esa afirmación ¿Qué pudo haber existido en la experiencia de Camil que él hiciera sentido a su diagnóstico desde antes de ser enunciado formalmente en la institución? ¿Cómo pudo ser llevado este trabajo tomando en cuenta que la prueba rápida aplicada previamente le había resultado particularmente sorprendente? ¿Era posible aceptar el diagnóstico en un par de semanas? ¿Aceptarlo sería la palabra correcta? ¿Qué entenderíamos por “aceptar”?

Volviendo al escenario del consultorio con Camil adentro, poco antes de incluso darle el resultado noté señales de nerviosismo, de ahí que le pregunte sobre su motivación a realizarse una prueba y conversamos sobre lo anterior. Le comenté sobre las pruebas que se habían hecho con las palabras que uso siempre, en parte por lo estandarizado que debe ser el proceso y en parte por el mismo algoritmo que existe para explicar un resultado:

“Se te hizo una prueba ELISA, que es como la prueba rápida que te hiciste pero aquí fue en laboratorio, esta prueba nos arrojó un resultado reactivo. Como todas en este caso, se repitió y volvió a darnos un resultado reactivo. En estos casos se corre otra prueba que se llama Western Blot, y como ves aquí, el resultado que nos arrojó fue como el que ya sospechabas: positivo. Esto nos confirma el diagnóstico para VIH del que ya sospechabas”

En el momento en que le entregué su resultado lo noté paralizado y sorprendido ante un suceso que si bien él ya se había podido adelantar, al ser

confirmado cayó sobre de él como si habláramos de un peso físico, como si hubiera una fuerza fuera de su control que le paralizaba; lo vi derramar una lágrima sin decir una sola palabra, guardé silencio para que él hablara en cuanto estuviera listo, cuando él decidió me preguntó sobre qué era lo que seguía, conversamos sobre las cuestiones relacionadas con atención medica, con el apoyo psicológico que se le ofrecía desde el servicio del centro y sobre la importancia de recordar que sus derechos humanos debían ser garantizados en todo momento, al final de la conversación salió un poco más tranquilo pero aun con cierta alteración en su estado emocional, en muchas ocasiones las personas necesitan tiempo a solas para pensar, le dije que el servicio estaría disponible más tarde el mismo día o en la ocasión que él lo requiriese. Un mes después pudimos conversar de nuevo y accedió a ser grabado, en esta ocasión le pedí repitiera algunas de las cosas que habíamos conversado en la ocasión anterior para tener un registro más salido de su voz en lugar de recuperado de mis notas:

“Pues mi novio está en una fundación de VIH, entonces a veces hacen pruebas rápidas y me dijo que me hiciera la prueba, me preguntó que si con mi ex pareja me había protegido y le dije que no, que en ocasiones no me protegí, entonces me la hice y salió inválida, mi pareja me dijo que en esos casos tenía que venir aquí para que me hicieran la prueba y...salir de dudas. Cuando me dijo eso yo me puse muy mal, me puse a llorar, me sentía muy mal...me quería morir porque desconocía yo lo que es la enfermedad. Yo tenía, digamos que una idea diferente a la que tengo hoy. ... que me iba a morir pronto y...sí, cosas muy feas(...)entonces él me dijo que era una enfermedad degenerativa, y me apoyó mucho, me dijo que me amaba y me quería y que me iba a apoyar siempre y que no me preocupara yo, que podría vivir 20, 30, 40 años siempre y cuando yo me cuidara ...y yo creí que iba a vivir 10 años o 5 años. Yo (la muerte) lo veía como algo próximo.(...)Esa semana la viví con mucho miedo, el me mencionó que el margen de error era muy poco, igual y llegué a pensar que sí podría tenerlo porque mi ex pareja... bueno, pues yo descubrí que me engañaba, yo pensaba absolutamente que me era fiel y dije; sí, igual y en una de esas se



contagió y me contagió a mí. Trataba de asimilarlo me decía a mi mismo: si estoy enfermo, tengo que echarle ganas y si no lo estoy, también es una oportunidad de vida para que yo me cuide y sea responsable de mi. Sí era angustiante para mi, tenía miedo, le pedí a Dios que no lo tuviera, pero también llegué al punto en el que dije: si estoy enfermo tengo que cuidarme, tengo que echarle ganas y tengo que vivir mucho tiempo”. Camil, 24 años.

Camil comenta que llora, y en efecto lo hizo, pude constatarlo dado que estuve ahí. Posteriormente proseguimos con la contención emocional pertinente en el momento y. Lo interesante es el punto en el que dice que desconocía lo que la enfermedad era. ¿En qué sentido podría decir Camil que desconocía? Tenía información a partir de la organización en la cual su novio colaboraba, se había hecho una prueba anterior que había salido indefinida y eso permitía aunado a las prácticas sexuales desprotegidas con su ex novio, empezar a sospechar del diagnóstico. Si bien, pareciera que esta era para confirmar o descartar definitivamente, podemos asumir que había estado en contacto con nociones sobre prevención de VIH en algún momento. ¿Entonces se desconoce? ¿Qué se necesita para que conociendo un fenómeno (aunque sea “de oídas”) genere temor y miedo? ¿Será acaso que se necesita saber que este fenómeno es amenazante? ¿Qué elementos debe tener este conocimiento sobre este objeto o situación? Quizás no es el desconocer sobre el virus sino que lo preocupante es conocer el discurso que es moneda corriente sobre el tener VIH, el discurso imperante sobre el algoritmo VIH –SIDA – muerte el que lleva a Camil a pensar que moriría, a pensar que le quedarían quizás 2 o 5 años más de vida y a paralizarlo sin saber qué hacer, porque ya no es una situación abstracta en el exterior cargada de ciertos significados sobre otros sujetos que se encuentran en diversas partes del mundo, ahora es algo que sucede en este cuerpo, en esta realidad, que está sentado sobre esta silla en un consultorio psicológico, es algo que se acaba de enunciar y confirmar verbalmente y por escrito, como una sentencia emitida y formalizada.

A diferencia de Camil, no todos los muchachos entrevistados se hacen la prueba por las mismas razones y en las mismas circunstancias, podríamos pensar que la prueba rápida en el caso de Camil fue algo que surgió casualmente, una oportunidad aprovechada envuelta en ciertas circunstancias. No podría afirmar con los datos obtenidos que Camil tenía una percepción de riesgo marcada y configurada que le motivara a hacerse la prueba, él más bien aprovecha la oportunidad que su pareja le ofrece. ¿Qué se necesita para configurar una percepción de riesgo tal que lleve a los sujetos a realizarse la prueba?

Camil aprovecha una situación dada como el ofrecimiento de la prueba por parte de su novio y quizás pensando en las prácticas desprotegidas con su ex pareja logra darle sentido a la invitación de realizársela. Veremos otras experiencias en sujetos entrevistados en donde la sospecha ante tener un resultado positivo es más marcada y evidentemente está más explícita.

### **QUE EL AMOR LO PUEDE TODO Y TE SALVA DE TODO.**

Pasemos ahora al caso de Leonardo, quien por su parte se hacía pruebas periódicamente. A Leonardo lo conocí en mi consultorio, canalizado por tener dudas e inquietudes sobre el medicamento, ya unos meses posteriores a ser diagnosticado. En el momento en que firmé una receta para que él pudiera recoger condones comentó que había recordado de dónde me conocía: twitter. Acto seguido, soltó una risa espontánea y natural, su lenguaje corporal se relajó, la postura que asumió en el asiento fue más cómoda y estaba ahora acompañada por una sonrisa. A partir de ahí la interacción con él fue más fluida, aunque no necesitaba de mis servicios en ocasiones subsecuentes en las que acudía al centro de salud, aparecía por mi oficina simplemente a saludar y siempre llegaba con alguna duda respecto a la relación de noviazgo que lleva aun actualmente. Esta facilitación al diálogo y esta actitud favorable para compartir eventos y sucesos de su vida, particularmente sobre su vida sexual y afectiva en lo referente al VIH me hizo proponerle ser entrevistado sobre el momento en el que se le reveló el diagnóstico. Leonardo comenta:

“El primer mes me costó muchísimo, porque había dudas de porqué yo tenía VIH si mi vida sexual no fue muy activa y si tenía sexo, lo tenía con protección. Tuve relaciones sexuales con una sola persona los últimos 4 años, pero... con esa persona nunca utilizamos...nunca hubo protección. Pero durante los 4 años también me hacían exámenes, pruebas caseras con una pariente y entonces, salía negativo. Después de los 4 años que tuve sexo con él...la última vez fue en Noviembre, en Mayo me hice la prueba casera y salió positiva, me la hice tres veces y las tres salió positiva... Nos enteramos de CAPASITS y vine, la prueba casera me la hice el 10 de Mayo y yo vine el 12. Entonces tuve tres días como para estar analizando la posibilidad de tener VIH, sobre todo porque él me había dicho la última vez que nos vimos...me dijo muy claramente: Puede que tengas VIH, tienes que hacerte la prueba. Sentí que eso era una broma, porque la última vez que había tenido sexo con él fue en Noviembre, pero yo me había hecho la prueba creo que en Octubre y había salido negativa. Dejé de buscarlo... bueno, dejamos de buscarnos por lo mismo. Vine a CAPASITS, fue una semana para que me entregaran los resultados, estuve asimilando muchas cosas y dije: Si tienes VIH el único responsable eres tú por no exigir protección” Leonardo, 24 años.

Si bien, Leonardo no encuentra fácilmente una conexión entre su diagnóstico y su vida sexual tiene que ver con una percepción de riesgo poco clara y con esta situación que habíamos conversado de la percibida garantía de la seguridad que en el amor romántico reside, por esta misma noción de que no existía como tal el riesgo puesto que era su pareja con quien contrajo el virus, como si viviendo en pareja no hubiera la posibilidad, dado que vivir en una relación de pareja no está tan fuera de la norma, no está tan en la línea de la moral sexual relajada como lo sería tener múltiples parejas sexuales o tener relaciones sexuales únicamente movido por el placer o “ dentro del desmadre” como recurrentemente hablan coloquialmente varios informantes al referirse a tener relaciones sexuales sin una pareja estable o fuera de la misma; aquí hay una justificación para las prácticas sexuales que es en primer lugar, el efectuarlas en

pareja dentro del territorio de la monogamia y posteriormente en el amor, porque el amor protege y lo puede todo desde este esquema de normatividades y de expectativas:

“Dile como quieras, si quieres llámalo ignorancia...no sé, pero sí tenía esta idea de que el amor lo puede todo y te salva de todo y de que es inofensivo...y pues así fue. Nunca usábamos condones” Leonardo, 24 años.

Leonardo no configura una percepción de riesgo y tiene que mentalizarse a que puede vivir con VIH aunque de primer momento no le parezca lógico puesto que estaba en un noviazgo, lo mismo sucede con Camil que asumía que podría tener prácticas sexuales desprotegidas con su pareja puesto que podría confiar en él; había todo en las relaciones afectivas de estos sujetos para que dentro de la construcción de un amor romántico el riesgo de una infección de transmisión sexual no existiera como parte de la realidad de ese mundo construido. La configuración de esta percepción de riesgo bien podría tener que ver con qué tan distante o cercano se puede posicionar el sujeto en cuanto a una sexualidad valorada como negativa, en cuanto a cómo valora su propia vida sexual dentro de este esquema de estratificación. Esta percepción de riesgo puede tener impacto en la búsqueda de una prueba, mas no en el “shock” que podría representar el recibir el diagnóstico. Pero habría que detenernos un poco en la noción de riesgo y porqué en algunos sujetos existe tal y en otros no.

Para David Le Bretón, el riesgo no es algo universal o que funcione de la misma manera para todos los sujetos y en todos los momentos históricos y las mismas latitudes del globo.

“Los temores no son los mismos, de una cultura, de una clase social o de una época a otra. Aquí impera el miedo porque la inundación puede hundir la cosecha, allí porque la sequía la torna imposible; en otro lugar, tememos por la superproducción que haría bajar los precios en el mercado reduciendo a la nada los esfuerzos realizados. Ahí, los niños se alimentan de los depósitos de basura, aquí los vacunamos contra la mayor parte de las enfermedades, y todo alimento es cuidadosamente controlado antes de

ponerse a la venta. En otro lugar, el miedo se aplica a la <mala suerte>, a la esterilidad, a los ataques de brujería, a un contacto desafortunado con un intocable, etc. Cada situación social o cultural, cada región, cada comunidad humana asume sus propias fragilidades y alimenta una cartografía particular de lo que teme. Es riesgo es una noción socialmente construida, eminentemente variable de un lugar y de un tiempo a otro.” (Le Bretón. P. 18)

No podríamos afirmar que estos sujetos deberían asumir riesgo de la misma manera, ni siquiera que deban asumir en absoluto que se colocaron en riesgo. Ninguno de ellos configuró su situación bajo la misma lógica del otro, se han encontrado en variados ejes de referencia y sus experiencias han sido distintas. Si bien el diagnóstico les genera una serie de sensaciones, emociones e incluso fantasías que se viven con temor, las herramientas con las que cada uno de ellos cuenta para movilizarse o estancarse serán diferentes y la manera en la que estos recuerdos sean aplicados para confrontar las antiguas representaciones del virus también ofrecerá resultados diversos que hablen diferente de ellos.

¿Qué hay de los sujetos que tienen una sospecha más marcada, más evidente? ¿La motivación para hacerse una prueba tendrá incidencia en la aceptación del diagnóstico? ¿En función de la valoración que se le den a las propias prácticas sexuales y al riesgo que se les pueda conferir sería posible adelantarse al diagnóstico y enfrentarlo de diferentes maneras? Entendiendo que la percepción de riesgo no es universalizable pero que en el caso del VIH tiene que ver con toda una moral sexual que aplica para varias prácticas vistas socialmente como peligrosas o dañinas para la salud ¿Esta tendrá ingredientes diferentes dependiendo de las prácticas? ¿Planteará una manera diferente de afrontar el diagnóstico?

Pensemos en el caso de Martín, él es otro chico entrevistado que acude a realizarse la prueba. Martín llega con temores muy particulares y marcados, envuelto en una serie de circunstancias que ya no le hacen posible mirar hacia otro lado y enfocarse en otras cosas, Martín ha percibido una posibilidad muy concreta en función de lo que él comenta en entrevista:

“Comencé a tener problemas en el área genital; úlceras, llagas...quería estar seguro, descartar lo que podría ser como sífilis, VIH...eso fue lo que me motivó a hacerme la prueba. Un tío estuvo hospitalizado aquí en el hospital general y “dando un tour” es como dí con la clínica. Esa semana (la que esperó para que se le entregara el resultado) me fue muy mal, digámoslo que tenía yo que comenzar a mentalizarme porque realmente todas mis prácticas sexuales habían sido desprotegidas, entonces fue así de pararme a media noche y decirme a mí mismo; no, prepárate porque puede ser desde lo más simple hasta lo más cañón que es el VIH, así fue el transcurso de la semana en el que esperaba el resultado. (...)Al no estar informado bien sobre lo que es el VIH y estar todavía con la mentalidad que tenían en los años ochentas, pues sí decía yo: VIH...me voy a morir, que si esto que si lo otro, mi familia...todo eso quieras o no, te hace pensar muchas cosas a futuro, que ahora ya ves de otra manera. Pero antes, en el momento...pues no te cae el veinte absolutamente de nada...Sí fue una semana muy desestabilizadora. Ese día llegué solito, que fue lo peor. Hubo una plática de VIH, a mi me dejaron al último...creo que fui el único ese día. Yo veía que la mayoría de la gente salía y decía; ojalá yo salga así. En el momento en el que pasé al consultorio la psicóloga me preguntó que para qué iba yo preparado, le dije que para lo que fuera, que yo quería saber. Nada más me quedé así (levanta un poco ambas manos y se detiene, como si estuviera congelado)... o sea, tranquilo pero... bueno, no tengo muy claro lo que siguió después, tal vez me bloqueé, no recuerdo... sentí como...como una descarga de adrenalina, algo en el pecho, algo que me subió y me bajó y nada más me mareé, y nada más me temblaban mucho las manos. No recuerdo muy bien las cosas...sólo recuerdo que llegué a mi casa, no recuerdo cómo llegué, sólo sé que llegué a donde tenía que llegar y punto”  
Martin, 20 años.

Si bien, Martín tiene una configuración de riesgo más clara que Camil, el shock inicial del diagnóstico está presente, de él tiene recuerdos vagos como si no

hubiera tenido tiempo de analizar o codificar detalles sobre el día de la entrega, experimenta una sensación que en momentos anteriores define como “de adrenalina”, aunque bien podría estarse refiriendo a un nerviosismo muy específico detonado por la noticia del diagnóstico y las ideas de los años ochenta respecto al VIH que el mismo refiere tenía en la cabeza ese día: el cuerpo desgastado, la muerte próxima, una vez más el rechazo familiar y el estigma se configuran sobre el sujeto. En el caso de Martín, el comenta saber poco pero además dice que él nunca había tenido relaciones sexuales protegidas. Pensemos entonces si el sujeto aunque puede adelantarse al diagnóstico porque en el caso de Martín jamás hubo la presencia de condones en su vida sexual, eso no lo exenta del shock. La sentencia está dictada, ya no es una sospecha. Igual que con Camil, es una realidad, es la respuesta a la sintomatología que presentaba en sus genitales sumada a relaciones sexuales desprotegidas, sumada a una idea articular de lo que el VIH sería que este tono emocional se presenta en Martín cuando la noción del VIH que él tiene, que viene de la década de los ochenta se vuelca sobre sí mismo

“El Sida aparece y se habla de la enfermedad poco a poco...se vuelve sólo noticia en cuanto se relaciona con “el morbo de la homosexualidad. Entre el año 1987 y 88 proliferó la información de Sida usada como nueva apocalipsis, vista como peste traída por el pequeño boom mexicano de la liberación sexual de los 60s, lo cual también genera, nuevas creencias sobre la sexualidad y las formas de relación. Lo que se llama promiscuo es rechazado” “La visión sobre la “nueva enfermedad” se reinterpreta y un nuevo modelo corporal se avecina, se pone atención en la virilidad de los hombres, en su delgadez y en su cuerpo. Fantasmas del “Cáncer Rosa” atormentan el pensamiento del individuo después del 85, y se ponen atención en una mancha, su saliva, el tacto, la sangre, de un “afeminado”, de un “homosexual” se vuelven armas letales contra los sujetos...” (Teutle, 2010 pag 97)

En el caso de estos entrevistados, tenemos a través de sus testimonios, cierta idea de cómo se asumen o perciben como sujetos cercanos a la experiencia

de la muerte, y cercanos de manera sorpresiva aun dándole sentido lógico a su diagnóstico a través de una reflexión o valoración de sus prácticas. Al respecto Méndez dice que:

“El diagnóstico de VIH transforma el cuerpo en destino, le dicta su sentencia y le nombra su finitud; pero no sólo se le establece una temporalidad manifiesta que momentos antes de la positividad al virus aparecía sólo latente, sino que en un momento específico emergen las construcciones sociales que se erigen en torno a una enfermedad particular”. (Méndez, 2011).

Y son en efecto, las concepciones y definiciones sociales las de mayor peso, no estamos hablando sólo del temor consensuado ante la muerte, sino a cierto tipo de muerte, provocada por cierto tipo de mal y un mal materializado en el sujeto a través de cierto estilo de vida. Y de estos imaginarios nos vuelve a mencionar LeBreton:

“Toda percepción del riesgo implica una fuerte connotación afectiva y la retransmisión de un discurso social y cultural. El miedo está menos ligado a la objetividad del riesgo que a los imaginarios inducidos” sobre el riesgo nos dirá también que “es un dato negativo, un imprevisto peligroso del cual una racionalidad bien aplicada debe desactivar meticulosamente los peligros. Es una imagen anticipada del imaginario de la enfermedad, de la muerte, del accidente, del desastre ecológico o de la catástrofe natural. Su identificación pone en marcha un pesimismo metódico con el fin de prever lo peor y detener por anticipado su irrupción eventual. (LeBreton. P 23)

Los temores de la muerte inmediata y caracterizada por todas estas complicaciones en la salud del sujeto son evidentes en los testimonios de los informantes. No es igual de sencillo asumir para las personas vivir con VIH como lo sería asumir tener diabetes, Camil habla de su temor a vivir menos de lo previsto, pero en un segundo momento se preocupa de la calidad de vida que tendrá, se pregunta sobre cómo serán en el futuro sus relaciones actuales y se pregunta también sobre sus prácticas sexuales desprotegidas con su pareja anteriormente. Martín, por otro lado, encuentra en el diagnóstico la certeza a los



temores que le acechaban de noche que le llevaban a plantearse que “podría tener cualquier cosa, o que habría que estar preparado para lo peor, que era el VIH”.

El diagnóstico puede configurar una serie de temores desde que aparece como sospecha, no sólo sobre el mismo sujeto, sino en su entorno social, familiar, etc.

### **RUBÉN Y LA PEOR SEMANA DE SU VIDA.**

En el caso de Rubén, la mayor parte de las dificultades y momentos de desesperación fueron en momentos previos a la entrega del papel membretado con el diagnóstico impreso. Él, a diferencia de otros, se hace una prueba rápida en un evento masivo en la universidad en la que estudia, desde que surge la posibilidad de realizarla decide hacerlo lejos de sus amigos ante la sospecha de un resultado positivo, aun narrando esta situación dice que el resultado fue para su sorpresa, favorable:

“Todo el mundo se la estaba haciendo, en plan de juego...hubo una campaña en la escuela, yo me la quise hacer en plan más discreto porque sí pensé que podría salir algo mas real... entonces me la hice yo solo y para mi sorpresa salí reactivo. ¿Qué me motivó? Fue como una inercia, pero no lo quise hacer con ellos porque si tuve algunas prácticas riesgosas y si hubiera salido reactivo enfrente de todos... hubiera sido muy vergonzoso...cuando me entregaron mi resultado me dijeron sobre los tratamientos, que se puede vivir muchos años...pero esas cosas en ese momento no las captas. Me tomaron mis datos y dijeron que me llamarían. El evento fue un viernes, me iban a llamar el lunes, cosa que nunca...nunca me llamaron y entonces yo así de: ¿Qué hago? ¿a dónde voy? Nunca me llamaron, los desgraciados...entonces ya te imaginarás ese fin de semana fue el peor fin de semana de mi vida, fue de pensar cosas tan horribles, llegué a desear morir si realmente era positivo y comencé a investigar en internet dónde pudiera irme a checar aquí en Puebla, incluso al DF. Resultó que el CAPASITS eran pruebas gratuitas, seguro popular y cosas así, al otro día fui al CAPASITS por mi cuenta, yo solo, llegué tarde y me dijeron

que tenía que esperar al otro día... entonces fue otro día más de angustia por que estos jamás me hablaron.

En ese momento yo vivía como todo mundo afuera, vivía en un mar de ignorancia, yo realmente no sabía que hay tratamiento para VIH, que es buen tratamiento, que se viven muchos años... todo eso no lo sabía yo... entonces todo eso que tienes en la cabeza mas todo lo que la sociedad te pone de que el VIH es malo, que es una sentencia de muerte, todo es mar de ignorancia, entonces me llegué a sentir muy mal. No quise enfrentar esa realidad así de imple. ¿Para qué vivir así y todos los días de mi vida estarme recordando ese diagnóstico? Entonces llegué a pensar para qué, no quiero vivir así, entonces creo que sí era mejor descansar, en ese sentido de...de morir. Yo soy incapaz de quitarme la vida, pero sí lo deseaba muchísimo. Yo me decía que porqué me pasaba esto, que mejor me hubiera atropellado un carro, o algo así y ya, hasta ahí. O sea, por qué estar con esto...una especie de agonía, una especie de...un castigo, yo lo veía así, como un castigo diario estar...así. No, fue muy feo. Yo había escuchado de varios amigos que se murieron de VIH, de SIDA, que para mi estos dos eran lo mismo. Llegué a escuchar que ya se murió tal persona por SIDA, que tal persona ya estaba infectada. Yo lo veía así; era una sentencia de muerte, totalmente y ya era nada más ver a qué hora te ponías mal y a ver a qué hora te llega y que Dios te bendiga y adiós. Era una sentencia, era un castigo, era algo tan negativo, tan malo en ese tiempo.

Me dijeron que me iban a tardar una semana en entregarme los resultados y dije: otra semana más de angustia... y sí. Me acuerdo que esa semana venía el cumpleaños de mi pareja, yo realmente no sabía qué hacer... yo no sabía si decirle porque yo no estaba seguro si era positivo o no, no quería decirle, fue la semana más difícil de mi vida...el ver a mis papás...pues digamos que poco o mucho esfuerzo que han hecho para que yo esté aquí estudiando en Puebla, y yo veo todo lo que están haciendo por mí, y que me pasen estas cosas.. sí fue muy difícil.

Aparte yo no sabía cómo me infecté, dónde me infecté, quien me infectó, si mi pareja a mi o yo a él, no sabía nada. Estaba totalmente solo, no tenía a nadie con quién platicar de eso... me acuerdo que esa semana llegué a ver a una amiga y le dije: mira pasa esto, tal vez sea positivo, tal vez tenga VIH, me hice unas pruebas salieron reactivas, es posible que sea positivo y me dijo que me no me preocupara, que todo iba a estar bien, que me apoyaba. A partir de ahí me calmé bastante porque sabía que ayuda la iba a tener, mucha o poca pero la iba a tener con personas que realmente valen la pena y que sí me quedaba mucho o poco tiempo de vida, creo que fue una experiencia como para darme cuenta realmente de a dónde voy o que estoy haciendo, qué quiero realmente para mi, y pues...así fue esa semana... muy fea, horrible, horrible, yo no sabía qué hacer, no sabía nada, no, no. (Rubén, 23 años)

Lo que Rubén plantea en este fragmento de entrevista es muy ilustrativo en cuanto a las emociones e ideas que le rodeaban en el momento del diagnóstico. En primer lugar, ésta fue una experiencia prolongada la cual pasó desde sospechar el mismo resultado desde antes de la primera prueba lo que le llevó a aplicársela lejos de sus amigos, posteriormente hay una especie de primera angustia con el resultado reactivo el cual la organización que le aplica prueba acuerda establecer contacto con él y esto no sucede “nunca me llamaron, los desgraciados”, posteriormente esa angustia parece estar a punto de terminar cuando al llegar a CAPASITS llega tarde a la prueba, se tiene que esperar para la aplicación y una semana más para los resultados, el no tiene certezas más que lo que ha escuchado, más que el estigma, la sentencia de muerte. Él vive, en sus propias palabras, la semana más difícil de su vida e incluso experimenta deseos de morir, ve la posibilidad del diagnóstico como un castigo, recordemos las experiencias sexuales de las que nos hablaba en el capítulo anterior en donde hablábamos de sexo grupal, de abuso de alcohol y otras sustancias, eso mismo configura el adelanto en el diagnóstico pero de cualquier manera favorece esta brecha, esta separación en cuanto a su relación de pareja manifestada como distanciamiento, el remordimiento frente a sus padres, el aviso de la muerte

próxima. Todos estos elementos no fueron inventados por Rubén, se han configurado desde afuera, son más viejos que él y siguen vigentes, la muerte próxima se le había manifestado a amigos suyos previamente y sin posibilidad de escapar, y esto ocurre en la misma semana en la que él aun no obtiene un resultado confirmado ni definitivo.

“Éramos como 30 personas (el día de la entrega de resultados), estaban llamando a uno por uno...a mi me dejaron al último. Dije bueno, creo que por ahí va la cosa, creo que se esperaron a poder platicar conmigo a solas, una psicóloga me dijo ven, vamos a hablar. Me preguntó cómo me sentía, le dije que estaba frustrado, confundido, me quiero hacer el fuerte totalmente ante todo mi mundo que me rodea y pues...ella me da el papel y dice “positivo” y yo me quedé así de ¡oh! (es un jadeo que sugiere sorpresa) Sinceramente descansé, porque eran días de todo el día estar pensando si será positivo o negativo... me dice positivo y yo digo: ok, lo que venga, descansé totalmente. Ya no tenía esa preocupación de pensar en si sí o si no. Era...era una especie de descanso, no sé. Dije ok, lo que venga. En ese momento empezaron los papeleos, los trámites, todo eso...” Rubén.

En el caso de Rubén, el detonador de todo este drama iniciaría con la angustia y la tardanza en la confirmación del resultado que no le permite movilizar recursos para poder enfrentar propiamente la situación. Rubén no sabe que hay que hacer, debe moverse con los pocos recursos que tiene desde su desinformación, desde su mar de ignorancia como él lo llama y desde todas las carencias que tiene sobre información respecto a VIH. El proceso se vuelve insostenible hasta el punto que desea morir. A diferencia de los demás, la sospecha, es en su caso lo que configura la mayor parte de su sufrimiento y angustia, la sola posibilidad del diagnóstico y la poca contundencia con la que las cosas fueron sucediendo, la crisis en su relación de pareja por otras causas, los remordimientos de conciencia al pensar en sus padres y los esfuerzos que hicieron por pagarle estudios en Puebla, la soledad que percibe le hace sentir más próxima la muerte en los términos ineludibles en los que la tenía presente dados los ejemplos de las otras personas que menciona. A diferencia de Camil,

Leonardo y Martín, Rubén encuentra estabilidad en el diagnóstico ante la confirmación, ante la certeza, y bien podría tener que ver simplemente con eso, con saber. Por el momento, para él ha sido suficiente posterior a esa semana complicada llena de incertidumbres, lo cual no implica que del todo Rubén se encuentre ya “del otro lado” o que haya eliminado posibilidades de regresar a estos estados emocionales de ansiedad.

Lo descrito en estos sujetos si bien no obedece a la misma historia en términos estrictos dado que las circunstancias en cada uno se dieron de maneras distintas, y las motivaciones de igual manera son diversas en cada uno desde si se perciben en riesgo o no, podemos establecer que hay elementos de angustia, de tensión, de temor y episodios de incertidumbre sobre el futuro, entendemos que la proximidad con la que se percibe a la muerte ( que sorpresivamente empieza a parecer en los testimonios) está marcada por la cercanía casi inmediata y que desde un ejercicio reflexivo posterior a una prueba rápida o una serie de síntomas en el organismo, las conclusiones se elaboran apresuradamente y generando estos estados emocionales, que una separación se marca entre ellos y los sujetos “sanos”, entre ellos a quienes les pasa y las demás personas a quienes no.

Convendrá para estos fines y con estos sujetos en particular, no ver “el diagnóstico” estrictamente como el momento en el que se revela una hoja membretada desde el laboratorio que diga que se elaboró cierta prueba de laboratorio, los valores de referencia y si el resultado es reactivo o no reactivo, aunque sea este el momento de mayor impacto y de mayor peso. Convendrá ahora que estamos más involucrados con este proceso, en pensar el diagnóstico como una serie de eventos cuyo núcleo es la entrega del mismo, sí, pero que genera tensión, tristeza y ansiedad desde su búsqueda y que dentro de ese proceso parecen ser invocadas estas antiguas representaciones y disparados los temores, que el diagnóstico implica sospechas en su mayoría y que estas sospechas disparan estos escenarios de incertidumbre como esta mencionada por Le Bretón. El diagnóstico que se busca cumple características similares en nuestros diversos sujetos a medida que implica un tiempo de espera, un momento para la reflexión de los sujetos que en este entorno social y cultural, re elaboran

juicios sobre su vida sexual, recapitulan situaciones de riesgo, valoran lo amenazante del mismo en sus vidas cotidianas, en sus relaciones, y mezclado con el discurso viejo, con la representación hegemónica del VIH/SIDA se ve la muerte peligrosamente cerca, una muerte que se delimita por el abandono, por el sufrimiento y por la noción de castigo por un uso inadecuado de los placeres sexuales. Hay que recordar que la experiencia del diagnóstico que estos sujetos viven, no es para nada similar a la que viven personas hospitalizadas, cuyo control de la situación es aún más limitado y obedece a las urgencias del momento, tema que no será abordado aquí.

### **PUNTOS CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO**

Con lo reflexionado aquí, también parece que el diagnóstico como conjunto de experiencias centrales y periféricas representara 1) un parte aguas en la manera en la que el sujeto es visto en diversos escenarios ante sí mismo o ante los demás, principalmente en lo vinculado con el uso de su sexualidad 2) este parte aguas marcará una situación en el sujeto donde es visto como una versión más indefensa y vulnerable de sí mismo, pero a la vez más peligrosa para los demás y en este renglón las ambigüedades que irán rodeando al sujeto parecieran venir de un momento anterior en sus biografías que complejiza la fórmula.

Sobre el primer punto, tenemos a Camil como claro ejemplo del temor que ubica en cuanto a ser juzgado, valorado y tratado como una persona diferente, doblemente discriminada, una persona que debe cargar una etiqueta extra a la de ser gay, una potencialidad de experimentar doble rechazo, liminalidad sobre liminalidad, la posibilidad de experimentar segregación en espacios que antes podrían haberlo acogido en calidad de ser un hombre gay pero que en calidad de ser alguien que vive con VIH podrían ya no acogerlo. Leonardo me comenta fuera de consultorio sobre sus dificultades para encontrar trabajo y lo maravilloso que ha sido encontrar un novio que lo acepte con su diagnóstico, hay una noción de internalización de frases como “No tengo pareja porque no quiero afectar a nadie con esto”. En otros momentos nos detendremos a analizar la noción de peligrosidad en estos sujetos, ya que esta se expondrá poco después de la inestabilidad por el diagnóstico que más bien está caracterizada por falta de

certezas y temores disparados desordenadamente, sin embargo es importante revisar que una representación del VIH asociada a peligrosidad, a peste, a un pasado y un futuro determinados, está vigente aún a tres décadas de su aparición, aún después de todos los esfuerzos de organizaciones y personas en reducir el estigma. Lo que el VIH significó en los años de Sontag sigue vigente para Camil, Leonardo, Rubén y muchos más, a niveles diversos de complejidad, pero en términos generales la representación parece no haber cambiado en fondo.

Turner explica brevemente en una introducción para antropología política las etapas del drama social, en términos de lo que expone, estamos hablando de la primera fase del drama; la brecha, posterior a esta sigue la crisis, que se caracteriza más bien por la separación del sujeto de su entorno social marcado por una sanción. La brecha es sólo el inicio, la brecha bien podría ser este punto de revelación, esta tensión acumulada que amenaza con romper el vínculo entre el sujeto y su entorno social, el inicio de este drama que sucede como una especie de desacomodo y marca un ciclo en los sujetos en el cual ya no están clasificados pero que aún no están clasificados y donde los símbolos que lo representan, están dibujados desde la biología de la muerte, descomposición y otros procesos físicos con cierto tinte negativo (Como la incertidumbre de varios de estos sujetos al no saber si estaban o no diagnosticados definitivamente). Esta brecha marca una diferenciación entre él y el entorno al introducirlo potencialmente al grupo de los indeseables, de los que Sontag llama parias, de los que el discurso discriminatorio llama enfermos, de los que el discurso plagado de asistencialismo llama “necesitados” de eso que también son llamados amenaza para la población en general, esos que son castigados por vivir y usar su sexualidad de una manera incorrecta. Cabe aclarar que no es posible delimitar a la perfección un fenómeno, desde un planteamiento teórico elaborado desde otro, la línea entre a brecha en términos de drama social es muy delgada en cuanto a la proximidad con la siguiente etapa que es a de la crisis. Con fines de practicidad y de lógica discursiva se plantea la brecha quizás con elementos que bajo ciertas lecturas más bien correspondan al periodo de la crisis, siempre con la posibilidad de que en los procesos de cada sujeto el camino vaya y vuelva, y que posterior a

aparentemente solucionar una parte del proceso se pueda volver a recaer, veremos en el caso de Rubén que si bien parece descansar en el punto en el que le es revelado el diagnóstico, ello no implica que se encuentre fuera del terreno de las dificultades. Las experiencias de los sujetos pueden llevarlos a volver a un momento aparentemente resuelto si el agregamos el compartir el diagnóstico con algún ser querido, como se hablará más adelante. El proceso se expone en el orden de la propuesta, mas no se universaliza para que se acomode dentro de ella forzosamente.

Quizás las preocupaciones por las idea de tener una pareja y el rechazar la idea tengan que ver más bien con la crisis, por motivos que se expondrán en el siguiente capítulo. Quizás los sujetos que se han sorprendido más con el diagnóstico como en el caso de Leonardo y Camil, que no tenían sospechas más concretas o que dejaban mayor espacio a dudas podrían ubicarse más fácilmente en la etapa de la brecha, mientras que en el caso de Rubén y Martín, al unir las piezas que dan sentido a su diagnóstico, lo que necesitaban configurar era una certeza definida para poder llegar directamente a asumir esta separación del entorno, pero solucionarla y aceptarla con mayor prontitud dadas sus propias necesidades de estabilidad y de obtención de recursos simbólicos y emocionales.

El diagnóstico implica, como decíamos, una manera diferente en cómo el sujeto se relaciona con las demás personas, o por lo menos en cómo piensa que se deberá relacionar. Llega el momento de hablar de las demás personas, las que no tienen VIH. Recordemos que esto sujetos no se encuentran aislados de toda una serie de elementos sociales, culturales que son difíciles de erradicar o manipular. Gran parte de los temores que implica el diagnóstico (la sospecha, la enunciación oficializada, el ingreso al servicio médico o incluso la posibilidad de empezar a ser definido como un sujeto con VIH) y la peligrosidad que se les confiere en función de ello, no fueron inventados por el sujeto, sino que son reflejo de nociones que son moneda corriente en las conversaciones en general.

“En las sociedades occidentales, la organización social y cultural aspira a la erradicación de todo peligro susceptible de perjudicar a sus miembros. En la vida cotidiana, los códigos de conducta se esfuerzan por



disuadir el ejercicio de la violencia, las reglas del tránsito velan por armonizar las relaciones entre automovilistas, motoristas, ciclistas y peatones, permitiendo particularmente prevenir los comportamientos de los unos y los otros. Los programas de prevención (vacunaciones, exámenes obligatorios, campañas de información...) están desarrollados a favor de la salud pública e individual; los médicos o los hospitales reciben a los enfermos o heridos; los psicólogos o los psiquiatras ofrecen sus servicios si el individuo se vuelve peligroso para si mismo o para los otros; la policía, los bomberos..., protegen a los ciudadanos en los diferentes registros de la vida colectiva” (Le Bretón, 2011.Pag 17)

Existe también la percepción de la posibilidad de que este virus sea transmitido a la población en general dejando de afectar únicamente a las personas que se supone la puedan tener, sino que pueda llegarse a convertir en un mal para todas y afecte a inocentes. Esta significación dada al VIH/SIDA en la que “se sale de control y las personas inocentes lo pueden presentar ”contribuye al temor vertido sobre las “poblaciones clave” en cuanto al VIH se refiere y podría ser un elemento fuerte en cuanto a las descripciones de la población no heterosexual masculina, a la patologización del deseo y las prácticas sexuales entre hombres, de adjunta una nueva noción de peligrosidad. Prosigamos con Camil y su experiencia con el diagnóstico, con las preocupaciones subsecuentes.

“Pues al principio lo tomé con calma, pues es el resultado y tengo que echarle ganas. Pues me mostré tranquilo, en su momento dije: pues a lo que sigue, tengo que poner de mi mismo para que salga yo adelante. Pero cuando me despedí de aquí (el consultorio) y me fui a sentar para pasar a la siguiente etapa (trabajo social para la apertura del expediente) en ese lapsus fue cuando todo se me cayó, así de ¿y mi familia? ¿y el trabajo? ¿Y ya no voy a tener pareja? O sea llegué a pensar que esto es como una imposibilidad, que yo ya no podía tener pareja por la enfermedad, porque es riesgoso, por si alguien sabe, me van a rechazar, y ya muchas ideas en mi mente. Si por el hecho de ser gay hay personas que me rechazan... pues

con esto va a ser peor, o sea va a ser mayor el rechazo... a veces la gente es cruel. (Camil, 24 años)

El diagnóstico para VIH habla de un futuro, sí, pero también de un pasado lleno de una serie de condiciones para que sucediera este diagnóstico. Más allá de los elementos que podríamos encontrar si se pretende hacer un ejercicio de empatía al preguntarnos sobre cómo es que el diagnóstico impacta de esa manera en el sujeto, hay que continuar desmenuzando la experiencia para poder analizarla de una manera más enriquecedora, hay que ver los temores sobre el cuerpo, pero también la posibilidad del rechazo social, el temor a la soledad dado que ésta se asocia al diagnóstico, la culpa, etc.

El hablar de VIH y SIDA no es una empresa fácil en comparación de otros padecimientos crónicos, Camil siente encima de él la posibilidad del rechazo que no sucedería con otras enfermedades, los temores tienen matices sociales, están fuera del cuerpo en su mayoría, significan exclusión, la exposición de nuevo y con otra dinámica a la crueldad de la gente que ya lo discriminaba por ser gay. Le suma elementos de exclusión su persona y le reafirma que está fuera del entorno, cosa que aunque no es nueva porque ya ha dicho ser rechazado por su orientación sexual, no deja de ser preocupante o dolorosa para él.

En el capítulo anterior se abordaba la enunciación hacia los sujetos entrevistados marcada desde la diferencia, desde la noción de que la orientación sexual (real o supuesta al ser interpretada así desde la expresión del género) al ser nombrada es un disparador de diferenciación y que opera como categoría para la segregación, para la no inclusión. La situación cobra nuevos tonos y se posiciona en nuevos escenarios de dificultad cuando ponemos el tema del VIH en la conversación.

No es solamente ser diagnosticado con un virus que residirá desde ahora para siempre en el sujeto, es la enunciación de un cuadro que potencialmente desencadenaría situaciones en las que la salud y la misma vida de sujeto se verán en peligro, además sumando a esta experiencia encontramos que el VIH es valorado como una consecuencia derivada de ciertos comportamientos sexuales.

Susan Sontag, nos dice:

“En el caso del SIDA, la vergüenza va acompañada de una imputación de culpa, y el escándalo no es para nada recóndito. Pocos se preguntan ¿Por qué a mí? La mayor parte de los aquejados de SIDA, fuera del África subsahariana, saben (o creen saber) cómo lo contrajeron. No se trata de un mal misterioso que ataca al azar. No, en la mayor parte de los casos hasta la fecha, tener SIDA es precisamente ponerse en evidencia como miembro de algún «grupo de riesgo», de una comunidad de parias. La enfermedad hace brotar una identidad que podría haber permanecido oculta para los vecinos, los compañeros de trabajo, la familia, los amigos. También confirma una identidad determinada y, dentro del grupo de riesgo norteamericano más seriamente tocado al principio, el de los varones homosexuales, ha servido para crear un espíritu comunitario y ha sido una vivencia que aisló a los enfermos y los expuso al vejamen y la persecución”.

(Sontag, 1996 p. 55)

La imputación de culpa es importante en el marcaje de esta brecha, culpa y remordimiento marcados en los sujetos que hablan de su vida sexual buscando elementos para decir que esto no les debió pasar porque no tenían una vida sexual muy activa o “promiscua”, o dentro “del desmadre”, o que ya lo esperaban, precisamente por una vida sexual muy activa, por la salida de la norma, por verse en dinámicas donde el placer estaba fuera de las normas establecidas como vimos en el primer capítulo.

¿Pero cómo se atienden este tipo de preocupaciones? ¿Cuál es el espacio donde se puede hablar de estas situaciones cuando aun no hay en el sujeto la posibilidad de compartir su diagnóstico con nadie más? ¿En dónde se legitiman las preocupaciones que tienen que ver con el VIH si no hay espacios en los que se pueda hablar de ello sin problemas? Desde lo institucional se procura también atenuar los efectos sociales del diagnóstico como la discriminación o reducir el impacto psicológico respecto a lo que implica vivir con VIH pero valdrá la pena preguntarse si en verdad el trabajo que se hace es eficiente y si en verdad está facilitando a dicho fin. No digo esto con la finalidad de invalidar ninguna acción de organizaciones civiles o del sector salud, tampoco lo digo con la finalidad de

validar absolutamente todo lo que sucede en mi consultorio argumentando que ahí sí se hacen las cosas correctamente. Este hilo discursivo quiero llevarlo al terreno de la reflexión sobre el abordaje dentro del centro de salud posteriormente a la entrega de los resultados, posterior a “el día”. Quiero profundizar en algunas situaciones en las que he reflexionado respecto a en qué condiciones el servicio se ofrece a estos sujetos una vez que ya expuse en términos generales los estados emocionales en los que podemos decir se ubican. La intención desde el principio de este trabajo era encontrar áreas de oportunidad en función de la elaboración de un ejercicio reflexivo desde o empírico, lo teórico y la reflexión propia de la implicación subjetiva que tengo con el tema y mis entrevistados.

### **LAS CITAS SUBSECUENTES**

El CAPASITS es un centro ambulatorio porque las personas entran y salen de él día con día, esto es, que no se cuenta con un servicio de hospitalización y eso es importante mencionar puesto que posteriormente con los testimonios y la información dada por los mismos sujetos, habla de carencias de infraestructura para poder brindar la atención exitosa. Dicho centro se encuentra en el Hospital General del Sur, en la Colonia Agua Santa en la Ciudad de Puebla y depende más que de servicios de salud del estado, del gobierno federal. El modelo del CAPASITS surge de la figura de la clínica de especialidades Condesa en la Ciudad de México, la cual está especializada en VIH también y está caracterizada y reconocida por brindar servicios amigables, libres de discriminación y homofobia. Los esfuerzos para tener espacios que atendieran el VIH/SIDA desde esa lógica se materializaron a nivel local con los setenta CAPASITS con los que se cuenta en la república. El CAPASITS de Puebla fue fundado en el año 2008 (25 años posteriores el primer caso de SIDA diagnosticado en México).

La atención a personas con VIH en la Ciudad de Puebla fue a través de varias instituciones que no serán descritas a detalle pero que mencionarlas a grandes rasgos podrá ayudar a la discusión y exposición de los datos, así como dar sentido a la situación del VIH a nivel local en términos de atención.

Primero existió en las instalaciones de oficinas centrales de servicios de salud del estado el CISIDA que se dedicaba a investigación sobre el tema y a brindar atención médica y psicológica a personas viviendo con VIH hasta antes de que se consiguiera gestionar un espacio más céntrico. Este espacio céntrico se consiguió en la Clínica Familiar Número 1, junto al Centro Escolar Niños héroes de Chapultepec, la Doctora Edna Ramos comenta al respecto:

“...fue cuando estábamos por entrar ahí, junto al CENHCH, cuando tuvimos una serie de inconvenientes, primero porque no nos quería la gente del centro de salud; decía que cómo era posible que nos lleváramos a los pacientes con SIDA ahí, después hubo incluso quejas de parte del comité de padres de familia de la escuela, porque no querían que sus hijos estuvieran expuestos por estar tan cerca y que cómo era posible que se nos ocurriera poner el centro de atención a “enfermos con SIDA” tan cerca de los niños, que ellos porqué tenían que estar expuestos, el caso es que para poder tan solo entrar ahí fue un relajo pero al final ahí estuvimos casi 10 años dando atención, consulta y con el servicio de detecciones”.

Lo que la Dra. Ramos narra me parece fiel representante de la visión entintada de temor generalizado en cuanto a la aparición del virus, las nociones de peligrosidad asociadas a los sujetos y el temor a “EL SIDA como una latente amenaza de infectar a la población en general, a los inocentes” como lo plantea Susan Sontag en “El SIDA y sus metáforas” en el caso de la mención que hace la doctora a las quejas de los padres de familia que denotan dos cosas. Primero desinformación respecto al fenómeno y los mecanismos de transmisión del virus y en un segundo momento el temor de que sus hijos sean expuestos al padecimiento y dado que no merecen estar expuestos. ¿Será acaso que bajo la lógica de los padres de familia y los trabajadores de salud de la clínica las personas que vivían con VIH en efecto merecían tenerlo? ¿Qué habían hecho estas personas para merecer la condición que tenían y para ser merecedoras también del trato que recibían consistente en exclusión, en negación de acceso a servicios y cobertura de necesidades tan básicas como la atención a la salud? Continúa la doctora Ramos

“(En cuanto a la atención)...primero fue, me parece que el CISIDA, pero después se formó el FONSIDA, que era el Fondo Nacional para la atención del SIDA, de momento no recuerdo exactamente las siglas. (El FONSIDA) se encargaba de tratamiento, pero bajo un modelo que se llamaba “Titanic” y sólo cubría a mujeres embarazadas y niños, otros pacientes no tenían acceso al tratamiento...en ese momento creo que sólo existía la Azitromicina (AZT) y las únicas personas que podrían acceder a ese esquema eran las mujeres embarazadas que el fondo cubría. Las personas que accedían al tratamiento era porque o las cubría el fondo o porque ellos pagaban sus estudios de carga viral, había ocasiones en que las personas tenían que esperar meses para iniciar tratamiento, pero era lo único que había.”

(yo) – y si ese era el modelo, nada más con consultas y sin laboratorios y sin cobertura como lo es hoy con el seguro popular...¿Pues qué se atendía en el FONSIDA”?

Dra. Ramos – se atendían sólo las infecciones oportunistas, lamentablemente. Entonces ya eran estos casos drásticos y que verdaderamente son muy tristes de ver; las personas con sarcoma de Kaposi, con lesiones infectadas y desgaste físico notorio (...) incluso el personal que llegaba a veces al FONSIDA no quería atender a los pacientes, varias veces me tocó escuchar a una enfermera o a un médico tratante decir que estaba ahí con nosotros por haber cometido una falta o por haber recibido una sanción y que a la primera oportunidad que tuvieran de ser “rescatados” la iban a usar, eso pues generaba muchas complicaciones en el trato a los pacientes y si de por sí ya tenían complicaciones con su salud, imagínate si a eso le sumamos que algunos del personal estaban ahí en esas condiciones, ¿pues cómo?”

Este fragmento de conversación habla de la reducida intención del estado de proporcionar financiamientos para este problema de salud pública, que para 1995 tenía ya 13 años de haber aparecido en el país. Así como de las resistencias incluso del personal, quien debería ser el grupo de personas más adecuadas para la atención del VIH. El SIDA marcó diferencias entre las personas sanas y las

enfermas, pero también entre las personas decentes y las indecentes, las que lo merecían y las que no.

Por otro lado es necesario reflexionar sobre el papel del estado como administrador de la salud y la necesidad de marcaje de diferenciaciones. Los hechos pueden leerse de diversas maneras, aquí lo que me parece importante es generar una discusión que no necesariamente debe llevarnos a conclusiones drásticas, sino a la elaboración de ideas que puedan criticar con más elementos el fenómeno. Sabemos que el CAPASITS forma parte del complejo médico sur pero que está afuera del edificio principal, así como oncología y adicciones. Las lecturas tienen que ver con la indeseabilidad de los usuarios por parte de la población general, con el interés en que los usuarios del CAPASITS no tengan que cruzar el hospital general y exponerse a infecciones que puedan entrar más fácilmente en ellos aprovechándose de sus niveles bajos de defensas en el organismo, hay otras lecturas sobre la confidencialidad que es necesaria de garantizárseles a los usuarios y que es esa la razón de la ubicación del centro.

Aquí lo importante es también reconocer el estado y sus representantes a través de tomadores de decisiones, normas, decisiones estructurales y demás circunstancias como delimitadoras de la vida de los sujetos sin que con esto queramos decir que los sujetos carecen de recursos propios.

Pensando en lo que Foucault tiene que decirnos respecto al biopoder, éste es se aprecia como una especie de extensión del derecho sobre la vida y que pretende convertir ésta en algo administrable por parte de las instituciones de poder. En este sentido, la vida regulada debe ser protegida, diversificada y expandida. Su reverso, y en cierto sentido su efecto, es que para tales efectos es necesario justamente contar con la muerte, como una posibilidad que se ejerce sobre la vida por parte de las instituciones de poder que se fundamenta en su cuidado. En este sentido llama la atención la relación que hay con la metaforización del VIH con una sentencia de muerte y los testimonios y narrativas de los sujetos con respecto a la atención médica y el tratamiento antirretroviral como una especie de aplazamiento de la muerte, como si el vivir o sobrevivir fuera administrado a través de dosis diarias de atripla o cualquier otro tratamiento

para regular la carga del virus en el organismo, como si el estado nunca hubiera dejado de ser el padre.

“Pero ese formidable poder de muerte – y esto quizá sea lo que le da una parte de su fuerza y del cinismo con que ha llevado tan lejos sus propios límites – parece ahora como el complemento de un poder que se ejerce positivamente sobre la vida, que procura administrarla, aumentarla, multiplicarla, ejercer sobre ella controles precisos y regulaciones generales”.  
(Foucault, 2011p. 127)

Me parece que tomando en cuenta los elementos con los que estos sujetos se han visto rodeados en lo referente a su diagnóstico hay varias razones y elementos para poder hablar de esta administración de la vida por parte del estado a través de una serie de elementos, como a través de las restricciones que los sujetos pueden asumir como verdades universales si vienen de la boca de un médico, recuerdo el comentario en una consulta sobre un par de amigos que se encontraban en una fiesta y uno le dijo al otro que soltara de inmediato ese refresco de toronja dado que ellos la tenían prohibida por su diagnóstico de VIH, el otro le aclaró después de mostrar su sorpresa que la toronja está contraindicada únicamente a personas bajo determinado esquema de TARV. Recuerdo que en otro momento, alguno de los usuarios del centro me preguntó con mucha preocupación sobre el medicamento que debía empezar a tomar ese mismo día, las restricciones sobre el consumo de alcohol y su fiesta de cumpleaños que ocurriría ese mismo fin de semana (dos días después), no encontraba en otros escenarios el “permiso” para disfrutar dicho evento porque debía empezar desde ese día el medicamento, sobre lo que conversamos la solución estaba en empezar con el esquema dos días antes, sin embargo la preocupación con la que él entró en mi consultorio.

Con esto no quiero decir que cierto especialista o cierto centro de salud sea el culpable de algo en concreto, pecaría de reduccionista. Realmente el discurso de control sobre la vida y la administración de la misma por parte del estado es mucho más viejo que la formación de cualquier médico tratante de VIH, de modo que la Dra. X o el enfermero Y, no son quienes lo inventaron pero sí quienes



quizás sin reflexionar mucho en la raíz de estas nociones, las replican en pos del convencimiento de que “es por el bien de las personas”.

“Concretamente ese poder sobre la vida se desarrolló desde el siglo XVIII en dos formas principales; no son antitéticas, más bien constituyen dos polos de desarrollo enlazados por todo un haz intermedio de relaciones. Uno de los polos, al parecer el primero en formarse, fue centrado en el cuerpo como máquina, su adiestramiento, el aumento de aptitudes, la extorsión de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad, su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos, todo ello quedó asegurado por procedimientos de poder característicos de las disciplinas: *anatopolítica del cuerpo humano*. El Segundo polo, formado algo más tarde, hacia mediados del siglo XVIII, se centró en el cuerpo – especie, en el cuerpo transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar. Todos esos problemas son tomados a su cargo por un serie de intervenciones y de controles reguladores: una biopolítica de la población”. (Foucault p. 129)

Este poder sobre la vida se encuentra trazado en estas dos dimensiones, no basta con tener dominio del cuerpo sino de lo que se hace con él. Aquí es interesante cómo los temores asociados a VIH no sólo tienen que ver con cuestiones de salud entendida en términos biomédicos, sino en los alcances sociales de estos significados o implicaciones reales o imaginadas. Implicaciones reales como la discriminación, e imaginadas como la muerte casi instantánea.

Esposito habla sobre el biopoder como un perfecto caldo de cultivo para prácticas de segregación, primero a través de poder separar cual es la vida biológicamente mejor. El autor retomará reflexiones de Nietzsche sobre Fragmentos póstumos en donde el filósofo se pregunta “por qué no debemos hacer con el hombre lo que los chinos han conseguido hacer con el árbol- que por una parte produzca rosas y por la otra peras” y Esposito prosigue:

“De este modo, al menos potencialmente, la vida humana se convierte en materia de decisiones que guardan no solamente sus umbrales externos – por ejemplo lo que la distingue de la vida animal o vegetal, sino también sus umbrales internos. Esto significa que en la política, se admitirá, o incluso se reclamará, decidir cuál es la vida biológicamente mejor y cómo potenciarla a través del uso, la explotación o, cuando sea necesario, la muerte de los peores” (Esposito 2009. Pag 131).

Según los planteamientos de Esposito, el biopoder no es consecuencia de situaciones como el nazismo, sino viceversa, es el biopoder este elemento que puede generar clasificaciones de vida de primera y segunda, de vida que debe conservarse y vida de la que se puede prescindir.

Los sujetos entrevistados, no sólo temen por su salud física, sino que temen por su vida, es su vida la que están salvando o tratando de salvar al introducirse a la lógica del servicio médico, al seguimiento de prescripciones y a la necesidad de seguir al pie de la letra el tratamiento en la mayoría de las ocasiones.

“Otra consecuencia del desarrollo del biopoder es la creciente importancia adquirida por el juego de la norma a expensas del sistema jurídico de la ley. La ley no puede no estar armada, y su arma, por excelencia es la muerte; a quienes la transgreden responde, al menos a título de último recurso, con esta amenaza absoluta. La ley se refiere siempre a tomar la espada. Pero un poder que tiene como tarea tomar la vida a su cargo necesita mecanismos continuos, reguladores y correctivos. (...) No quiero decir que la ley se desdibuje ni que las instituciones de justicia tiendan a desaparecer, sino que la ley funciona siempre más como una norma, y que la institución judicial se integra cada vez más en un *continuum* de aparatos (médicos, administrativos, etc.) cuyas funciones son sobre todo reguladoras”. (Foucault p.134)

Como hace un momento afirmaba, la validación a este control sobre la vida no es sólo desde el discurso que escuchamos del médico (que más que hablar por sí mismo habla por todo un sistema previamente legitimado, él enfundado en una bata blanca ejerce cierta autoridad que le permite administrar y prolongar la vida) sino que esta administración es legitimada también por el usuario del servicio de

salud al confiarse en el experto, en aquel que sabe, en este que es capaz de tomar decisiones, este que es poseedor de saber y de ciencia y en donde la representación nos puede llevar al territorio de la culpa, al asumir o percibir que sea quebrantado una norma, al mirar en retrospectiva todo lo que sucedió para recibir un resultado, los cuestionamientos, los recuerdos, el constante y recurrente pensamiento que alude al “hubiera”, etc. Yo mismo sentí, en varias ocasiones ser tomado en cuenta como pocas veces en mi vida profesional, debo reconocer que en gran medida el usar una bata blanca y el ser llamado doctor generaba cierta autoridad extra y menores cuestionamientos por parte de los mismos usuarios del centro en comparación con momentos previos a tener que usarla en el CAPASITS. Encontrarme como una persona a la cual varios de los informantes acudían en primera instancia ante cualquier nueva duda sobre el medicamento y la dieta combinada con el mismo, ante preguntas sobre si podrían hacer o no sexo oral sin condón, o sobre si podrían recibirlo, si podían o no todavía eyacular en la boca de sus parejas, etc, era como si me pidieran permiso para llevar a cabo dichas prácticas y era en gran parte quizás por esta misma implicación en el proceso de la entrega de resultado, de las recomendaciones posteriores al diagnóstico. Si bien esta tesis no tenía pensado abordar centralmente esta reflexión en términos metodológicos ni priorizar el rol del investigador dentro del escenario del centro de salud, me parece importante reconocer que estos elementos pueden afectar a niveles que ni yo mismo soy capaz de poder explicar en estos límites temporales de la investigación y que seguramente sería interesante y enriquecedor leer investigaciones centradas en este punto donde mi alcance queda hasta aquí.

## **DECISIONES**

Cuando conocí a Leonardo, acudió conmigo por dudas que tenía sobre el medicamento, él tenía mucho temor ante la posibilidad de tener que iniciar con un antirretroviral. El nivel de sus defensas le permitía elegir si quería o no iniciar, lo cual le daba posibilidad de elección y le generaba confusión. Para que una persona inicie con TARV, en México, de acuerdo a la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH publicada por el CENSIDA (Centro

Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA) en su última actualización en el año 2012, se marca que el inicio del tratamiento antirretroviral puede ser a partir de que el conteo de CD4 sea menor a 350 o antes si es que hay coinfección con Hepatitis B o C. Hay ocasiones en las que los sujetos pueden elegir si iniciarán con esquema en función de si se acercan a un conteo de CD4 que pueda llegar a menos de 350 por microlitro de sangre.

Esta sesión no fue grabada como tal, pero fueron tomadas notas de campo. Leonardo llegó conmigo bajo la invitación de una compañera médica en CAPASITS, ella me comentaba sobre lo tenso que él estaba y que deseaba fuera posible pudiéramos platicar él y yo para poderle tranquilizar. El temor principalmente tenía que ver con el inicio de un esquema y los respectivos efectos secundarios

Leonardo venía de consulta médica subsecuente a sus estudios de carga viral y CD4, tenía mucho temor, su voz era temblorosa y mencionaba lo nervioso que se sentía porque existía la posibilidad de iniciar tratamiento. Leonardo mencionaba que el medicamento le significaba dos cosas: la primera, que ya no podría guardar el anonimato de su estado serológico en todos los escenarios, tendría que estar llevando sus pastillas a todos lados y siempre preocupándose de que no le preguntaran de qué o para qué eran. En un segundo momento, sus temores más grandes tenían que ver con que el medicamento le ponía en una situación paradójica, de acuerdo con las notas de campo que escribí cuando él abandonó mi consultorio, dijo “O sea, entré sin sentirme ni enfermo ni mal, normal. Y ahora me van a dar algo que me va a hacer sentir enfermo pero que es por mi bien ¿o sea cómo?” el temor a asumirse y sentirse enfermo era lo que él mencionaba menos necesitar en este momento. Después de seguir con una serie de indicaciones, después de hacer cambios en su dieta, de haber hecho bien en detectarse a tiempo de modo que no necesitó TARV de entrada, todo eso pareció verse afectado y de algún modo tirado por la borda. El medicamento también levantó temores relacionados con la vigencia de un esquema, la posibilidad de que este no funcione y se tenga que cambiar por uno más complejo, más difícil de tomar y de mayor toxicidad, También expresaba sentir temor de que en corto

tiempo pudiera “quemarse” varios esquemas (cuando se desarrolla tolerancia y el medicamento deja de funcionar, se dice coloquialmente que se quema) y dentro de unos años ya no hubiera un medicamento que tomar y le sirviera.

Como si no existiera una línea entre temer por la salud y temer por la propia vida, aquí no estamos hablando únicamente de que un factor estresante en los sujetos sea el acceder o no a información y tratamiento, aquí no estamos hablando de personas que tomen un esquema de antibiótico para una gripe recetado para cinco días y que no tendrían consecuencias mayores. Aquí hablamos de un esquema antirretroviral que debe ser cubierto en un 95% de adherencia como mínimo para garantizar su efectividad, con efectos adversos tales que desmotivan a los sujetos a continuar. Estos mismos esquemas pueden llegar a no ser funcionales si la adherencia se pierde, como si el virus se acostumbra al medicamento y deja de servir cuando se quiere volver a administrar regularmente. Esto genera que los siguientes esquemas sean más elaborados. Si bien, hay esquemas que ya son más sencillos y consisten en sólo una pastilla cada 24 horas como es el caso de Atripla, los sigue habiendo combinados en cuatro o cinco y algunos necesitan refrigeración lo que hace complicado el apego a los mismos.

Actualmente es más fácil disimular el medicamento para poderlo tomar, sin embargo sigue siendo un elemento generador de temor y ansiedad entre los sujetos, tanto por la dificultad que las personas en general tenemos para apegarnos a un esquema, ante la idea de que una vez que el medicamento se inicia no hay marcha atrás y hay que empezar a tomarlo para toda la vida, ante el temor por la toxicidad y sus consecuencias en el organismo, etc.

También hay que hacer una reflexión sobre lo prescriptivo que puede sentirse el trato por parte del personal médico, si las recomendaciones sobre sexo seguro son recomendaciones o si más bien tienen que ver con el administrar las prácticas sexuales, y que aunque la intención en esto sea frenar la transmisión, la lectura también podría ser de alimentar la noción de castigo como la viven un par de los sujetos entrevistados. La noción de Biopolítica salta a la cabeza.

“Hay que entender por “biopolítica” la manera en que, a partir del siglo XVIII, se buscó racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de vivientes en cuanto población: salud, higiene, natalidad, longevidad, raza. (...) Si comparamos una y otra forma de poder, las podemos diferenciar como sigue: 1) En cuanto al objeto: la disciplina tiene como objeto el cuerpo individual; la biopolítica, el cuerpo múltiple, la población, el hombre como ser viviente, como perteneciente a una especie biológica. 2) En cuanto a los fenómenos considerados: mientras las disciplinas consideran los fenómenos individuales, la biopolítica estudia fenómenos de masa, en serie, de larga duración. 3) En cuanto a sus mecanismos: los mecanismos de las disciplinas son del orden del adiestramiento del cuerpo (vigilancia jerárquica, exámenes individuales, ejercicios repetitivos); los de la biopolítica son mecanismos de previsión, de estimación estadística, medidas globales. 4) En cuanto a la finalidad: la disciplina se propone obtener cuerpos útiles económicamente y dóciles políticamente; la biopolítica persigue el equilibrio de la población, su homeostasis, su regulación. El poder es cada vez menos el derecho de hacer morir y cada vez más el derecho de intervenir para hacer vivir, y de intervenir sobre la manera de vivir, y sobre el ‘cómo’ de la vida; a partir de este momento, entonces, en que el poder interviene, sobre todo en este nivel, para ampliar la vida, para controlar los accidentes, lo aleatorio, las deficiencias, de golpe la muerte, como término de la vida, es evidentemente el término, el límite, el extremo del poder” (Castro, 2004)

Tomando en cuenta estos componentes y trasladándolos a la experiencia empírica, no parece descabellado entonces que a más de veinte años de la epidemia, estas nociones de “ser peligroso” que vienen manejadas desde estos discursos e interpretaciones sobre el padecimiento recaigan en los sujetos, quizás de distintas formas pero seguramente con un algoritmo similar en sus bases. Si bien, la metáfora que Sontag utiliza para hablar del SIDA desde el cuerpo desgastado ya se ve lejana dados los avances médicos en tratamientos, hay que

recordar que el SIDA ha traspasado las fronteras de los consultorios y que el saber médico no ha sido suficiente en la respuesta al síndrome. De las más grandes dificultades para abordar el tema en campañas de prevención tiene que ver con lo complicado que es hablar de VIH/SIDA dada su implicación con sexualidad y muerte.

Vuelve a saltar con lo anterior el pensar en la sexualidad como dispositivo de control, una sexualidad regulada y administrada en términos de lo deseable, bajo el nuevo discurso de “ejercer una sexualidad responsable” pero en el supuesto de que la sexualidad responsable es una, y es la más cercana a la heteronorma esquina con la abstinencia en el caso de estos sujetos.

“La vida, pues, mucho más que el derecho, se volvió entonces la apuesta de la luchas políticas, incluso si éstas se formularon a través de afirmaciones de derecho. El “derecho” a la vida, al cuerpo, a la salud, a la felicidad, a la satisfacción de las necesidades; el “derecho”, más allá de todas la opresiones o “alienaciones”, a encontrar lo que uno es y todo lo que uno puede ser; este “derecho”, tan incomprensible para el sistema jurídico clásico, fue la réplica política a todos los nuevos procedimientos de poder que, por su parte, tampoco dependen del derecho tradicional de la soberanía.

Sobre ese fondo, puede comprenderse la importancia adquirida por el sexo como “reto” del juego político. Se sitúa en el cruce de dos ejes, a lo largo de los cuales se desarrolló toda la tecnología política de la vida. Por un lado, depende de las disciplinas del cuerpo: adiestramiento, intensificación y distribución de las fuerzas, ajuste y economía de las energías. Por el otro, participa de la regulación de las poblaciones, en razón de todos los efectos globales que induce. Se inserta simultáneamente en ambos registros; da lugar a vigilancia infinitesimales, a controles de todos los instantes, a reorganizaciones espaciales de una meticulosidad extrema, a exámenes médicos o psicológicos indefinidos a todo un micropoder sobre el cuerpo; pero también da lugar a medidas masivas, a estimaciones estadísticas, a intervenciones que apuntan al cuerpo social por entero, o a

grupos tomados en su conjunto. El sexo es, a un tiempo, acceso a la vida del cuerpo, y a la vida de la especie. Es estilizado como matriz de las disciplinas y principios de las regulaciones. Por ello, en el siglo XIX, la sexualidad es perseguida hasta en el más ínfimo detalle de las existencias; es acorralada en las conductas, perseguida en los sueños; se la sospecha en las menores locuras, se la persigue hasta los primeros años de la infancia; pasa a ser la clave de la individualidad, y a la vez lo que permite analizarla y torna posible amaestrarla. Pero también se convierte en tema de operaciones políticas, de intervenciones económicas (mediante incitaciones o frenos a la procreación), de campañas ideológicas de moralización o de responsabilización: Se la concierte en índice de fuerza de una sociedad, revelando así tanto su energía política como su vigor biológico. De uno a otro polo de esta tecnología del sexo se escalona toda una serie de tácticas diversas que en proporciones variadas combinan el objetivo de las disciplinas del cuerpo y el de la regulación de las poblaciones (Foucault, 1996 p. 36)

Ya Foucault también decía sobre esto que el sexo es el elemento que mayor instrumentalidad posee para la sujeción, muchos de los elementos que se describen arriba pueden ser leído desde lo que se ha venido exponiendo: Con el acceso a la salud como derecho, el estado se encarga una vez más de diversos territorios de la sexualidad las prácticas de los sujetos, dietas, recomendaciones sobre lo que se hace o no con el cuerpo, recomendaciones entendidas como restricciones o viceversa. A partir de la vigilancia epidemiológica, se entra a la vigilancia a la salud sexual, a la reflexión sobre qué tanta licencia siente el sujeto tener de nuevo sobre su cuerpo, sus prácticas sexuales, las regulaciones sobre la frecuencia y forma de sus relaciones sexuales, la posibilidad de seguir o no frecuentando ciertos espacios que pueden ya ser peligrosos con mayor razón que antes porque puede que “ahí haya empezado todo”. Se puede saber a partir de los registros de carga viral si una persona toma o no el medicamento, si una persona sigue o no teniendo prácticas de riesgo, se nota en otro tipo de análisis si la dieta en efecto se sigue, etc. Es fácil con el sistema de citas, indagar si alguien ha



dejado de acudir al servicio, o si alguien ha dejado de cumplir con sus análisis. Es fácil indagar con los resultados de CD4 si alguien necesita iniciar con un esquema de TARV, aquí la situación es compleja respecto a la agencia que los sujetos puedan tener al respecto, dado que aunque lo que las discusiones en otros países como los Estados Unidos de Norteamérica se ponen de acuerdo en que todas las personas diagnosticadas deben iniciar con el tratamiento, aquí se inicia a partir de que el conteo de CD4 es menor a 350, cuando en países europeos se inicia desde debajo de 500. Por un lado esto podría hacernos pensar que las personas tienen mayor cobertura, y contundentemente decir que es una “buena decisión” pero cuando hablamos con los usuarios, como lo hice con Leonardo, resulta que él como muchos esperaba poder aplazar lo más posible el inicio de la toma del mismo. Las recomendaciones siempre vienen acompañadas casi de la frase “es por tu bien”, habría que realizar mayores reflexiones en cuanto a la intencionalidad de ello y respecto a las implicaciones de índole moral por parte del personal de salud en cuanto a no sólo medicamento que tiene una alta implicación con la responsabilidad del sujeto, sino en cuanto a lo referente a las prácticas sexuales que tocan muchos otros escenarios que son expuestos cada que se habla de las dificultades para abordar el VIH diagnóstico, atención y tratamiento.

No con esto quiero decir que el personal médico o de psicología sea el inventor de estas nociones, el psicólogo “X” o la doctora “Y” también tienen estos elementos internalizados en sus repertorios de conductas y deseos, en sus posibilidades eróticas y en las configuraciones que tengan de lo que sexualmente es correcto. Interesante es ver cómo este discurso impacta y se reproduce y cómo además, cuando uno se encuentra del lado del escritorio correspondiente “al paciente” uno sabe que debe escuchar porque la verdad del oro es absoluta.

Nociones como “no quiero lastimar a nadie” o “no quiero llevarme a nadie entre la piernas” son claras representantes de este discurso, articulado con culpa, con temor, con una necesidad e “empezar a portarse bien”. Estos discursos flotan y aterrizan sutilmente, son manejados como si en el deseo de cumplir con ellos como preceptos en función de ser vistos como la esencia de lo que debe ser. Una serie de acciones que parecieran tener la intención de que el sujeto vuelva a ser

valorado positivamente, una serie de prácticas por parte del sistema de salud, familiar y social que podrían dar la impresión de estar trabajando para soldar esta fractura y terminar con esta separación.

## CAPÍTULO III

### ¿DESPUÉS DE LA TORMENTA?

En el capítulo anterior hicimos una serie de reflexiones, primero sobre los elementos que conforman el diagnóstico y se sitúan alrededor de él para poderlo ver como un conjunto de situaciones y experiencias centrales como periféricas, sobre cómo éstos elementos o factores inciden en la cotidianidad de los sujetos y marcan el inicio de nuevas normas y modalidades para vivir la vida cotidiana, incluso estos elementos alrededor del diagnóstico pueden ser usados para definirles en algún momento como si se tuviera la intención de esencializar, reafirmando la noción del diagnóstico de VIH como castigo, dando pautas a un nuevo orden sexual, y haciendo presentes situaciones que aparecen continuamente y que merecen, a mi parecer, ser leídas desde el biopoder.

De igual modo, hicimos una recapitulación sobre el diagnóstico en términos de lo que pudiera representar una crisis o desacomodo y de los elementos en el proceso que pueden facilitarla; la noticia del diagnóstico por sí sola, el impacto del diagnóstico en la esfera familiar y la de pareja, la culpa generada así como sus bases y reafirmaciones, el ingreso a los servicios médicos de atención, así como la sospecha y motivaciones mismas para la realización de la prueba.

Pero ¿qué ocurre posteriormente? ¿Podemos decir que se supera la crisis? ¿Cuáles serían los elementos alrededor de esta para poder decir que han sido “superados” en cierto modo, quizás a falta de una mejor palabra? ¿Cómo decimos que estamos en un punto en el cual la crisis está en vías de solución? Y como punto más importante o por lo menos previo: ¿Desde dónde tendríamos que acomodarnos para hablar de una mejoría o de un avance? ¿Qué debería ser tomado en cuenta para dar cuenta de una movilidad o progreso pensando en el afrontamiento de un diagnóstico?

Por un lado, hay bases en cuanto a los modelos de atención desde las instituciones (CAPASITS en este caso) respecto a estrategias o “indicadores” a través de los que se mediría el avance, algunas de ellas, tales como a asistencia a

las citas, el apego al medicamento, la reducción en la concentración del virus (carga viral), son elementos nos darían pistas desde la lógica de la institución sobre el nivel de avance o de progreso en el proceso del afrontamiento del diagnóstico. Sin embargo habría que analizar desde dónde habría que situarse para afirmar que desde estos determinados puntos se da cuenta de dicho progreso o avance y en función de qué este mismo avance va sobre una ruta ideal si es que existiera tal y refiriéndonos a avance como una serie de efectos positivos o favorables en los sujetos, no en avance de características que depriman emocionalmente al sujeto o tengan repercusiones negativas en sus diversos escenarios de sociabilización ¿Existe una especie de ruta deseada? ¿Desde dónde se elabora y en función de qué?

En este capítulo haremos una revisión a las vivencias de los sujetos con la intención de describir y analizar lo que sucede posterior a esta suerte de núcleo crítico del recién diagnóstico, analizando los elementos que prevalecen aún después del diagnóstico o shock inicial. El seguimiento, la atención médica y psicológica, el compartir el diagnóstico y los elementos a considerar para cuando esta posibilidad es considerada son partes en las que nos detendremos para poder desarrollar esta exposición de ideas.

Del mismo modo, revisaremos otros escenarios en los que el diagnóstico tiene incidencia, uno de ellos es definitivamente la vida sexual de los sujetos, así como las representaciones del VIH y las nuevas nociones de cuidado insertas en el sujeto con la intencionalidad social que repercute en estos discursos, favorece un nuevo orden sexual no precisamente desde los puntos de mayor control de la vida del sujeto sobre sí mismo. Haremos un análisis de cómo estos sujetos son configurados desde las instituciones, sus relaciones y de cómo ésta configuración de ello, les hacer ser vistos, percibidos, atendidos y “cuidados” como cierto tipo de sujetos con características particulares.

¿Por qué es importante hacer hincapié en estos escenarios? Esto nos dará de nueva cuenta elementos para la reflexión desde puntos que apoyen a complejizar la trama de eventos aquí mencionados.

Finalmente, veremos que los elementos aquí presentados pueden favorecer una serie de planteamientos que podrían ser engañosos si los asumimos como si “A” fuera causa de “B”, esta lectura es la que propongo evitar por dos razones: la primera tiene que ver con que universalizaría el proceso; si bien, veremos que hay situaciones en común con estos sujetos y hay una suerte de camino recorrido donde tocan o se estacionan en diversos puntos, ello no quiere decir que todos cuenten con los mismos recursos (de naturaleza emocional, simbólica, económica, social, etc) para atravesar por los mismos lugares. Por otro lado, a manera de segunda razón; el proceso se vería individualizado (en el entendido de que lo llamaremos proceso) y perdería las posibilidades de incluir factores sociales y culturales que definitivamente entran a escena. Si hablamos de los sujetos, se hablará ( como se ha venido haciendo) desde diversos puntos en común que son definidos y facilitados desde una serie de normas, de vulnerabilidades, de experiencias que no son únicamente representadas o definitorias de Emmanuel o de Beto o Rubén, sino que las historias de Emmanuel, Beto, Rubén y todos los demás entrevistados son y serán leídas desde los puntos en común que puedan tener con los demás, puntos que dan cuenta de que si bien, no hay generalidades o leyes universales ante el fenómeno, sí hay una serie de elementos compartidos con raíz en elementos más estructurales.

La necesidad de complejizar el tema viene por las posibles interpretaciones que pueden distraernos de las normas sociales, de los saberes compartidos, de los mismos prejuicios y representaciones pertenecientes a este dominio más público y situarnos en una postura más sencilla y posiblemente engañosa que nos facilite ver a los sujetos más simples, más centrados y configurados dentro de procesos meramente individuales y un poco fuera de esta discusión que toma como puntos importantes las normativas alrededor de la sexualidad, las dinámicas sociales modificadas, la valoración social de los sujetos, etc.

Estamos, claro, ante sujetos que han sido categorizados (incluso desde mí mismo bajo una misma manera de ser nombrados: hombres en sus veintes, asumidos como gays, con un diagnóstico de VIH confirmado desde 2010 a la fecha, sin embargo es importante reconocer que varias cosas suceden en estos

sujetos y que hacen necesario considerar tanto lo colectivo como lo individual, que aquí debe considerarse tanto uno como lo otro, y la propuesta consiste en la consideración de lo personal como impacto de situaciones sociales y culturales.

Entre los elementos que participan del proceso, se encuentran de entrada, elementos de la propia biografía; pensemos en salida del clóset, en el inicio de la vida sexual, en noviazgos que llevaron a cierta percepción de riesgo, etc. Posteriormente, pensemos en las propias maneras en las que los sujetos decidieron acudir a hacerse una prueba (cosa que ya hemos conversado en los dos capítulos anteriores) Mi punto en este apartado es reconocer que existe la individualidad en los sujetos, sí. Sin embargo esta individualidad pasa a segundo término en cuestiones de cómo estos mismos sujetos son valorados, de la representación del sujeto con VIH o SIDA, de la atención facilitada en y desde el centro de salud, desde CAPASITS como la institución ( no porque sea la única, sino que es en la que decidimos trabajar) al final, no importa tanto para fines de la elaboración de estas estrategias el proceso individual que cada sujeto haya tenido, no importa tanto para la construcción las historias individuales y tampoco son lo más importante las características personales de esto sujetos cuando hablamos de las representaciones del VIH o el SIDA o desde dónde se han ido avalando las mismas. Las guías de atención federales que emite el gobierno de la república a través de la institución responsable (el CENSIDA) establecen normas en las cuales la atención debe ser dada y esto es desde la configuración de un proceso homologado y uniforme.

## **EL PROCESO**

El proceso (que le llamaremos así dentro de este capítulo al continuo de eventos que ocurren con el sujeto con la finalidad de inserción al programa y dentro del mismo para preservar su salud) por el cual los sujetos atraviesan es el mismo independientemente de cómo fueron sus experiencias previas, tales como sucesos que les hayan llevado a la realización de la prueba o los motivos o servicios a través de los cuales llegaron.

Teutle nos plantea sobre esta línea, y nos dice:

“...el discurso médico desde el principio consideró a los homosexuales como el grupo principal de la epidemia, socialmente esto se había constituido a pesar de que no había el desarrollo de investigaciones por los primeros casos que ya estaban localizados desde 1982 en el Instituto Nacional de Nutrición. El hecho es que, la construcción de los homosexuales con SIDA, de manera social precede, indiscutiblemente a la entrada de los discursos médicos que investigaron a la epidemia”. (Teutle 2010. pag. 97)

Hemos revisado en testimonios anteriores el peso que tiene el VIH no únicamente como enfermedad crónica, sino como un disparador de representaciones en cuanto al sujeto. Nos decía Camil en su testimonio “si de por sí ya te discriminan por ser gay, con VIH es peor” el VIH también puede ser una herramienta al servicio de los prejuicios para la invención de pasados, de infancias y de vicios en los sujetos, basados en estas representaciones y para reflexionar sobre ello, me parece conveniente detenernos a pensar en estas representaciones y en el discurso desde la salud.

Foucault hace un análisis respecto a la medicina y nos arroja una serie de reflexiones sobre el papel de ésta en la salud, en las intenciones de la misma disciplina y en el peso de la relación médico-paciente

“La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y solo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente” (Foucault. p 3, 1977).

Foucault empieza su conferencia titulada “Historia de la medicalización con una reflexión sobre la biohistoria (el efecto a nivel biológico de la intervención médica) para continuar con otros dos puntos importantes como la medicalización y la economía de la salud. Foucault plantea los orígenes de la medicina moderna y las intenciones y acciones concretas que la llevan a convertirse en la ciencia que es hoy en occidente. Esto es trascendente puesto que vale el esfuerzo de analizar el peso de esta historia heredada, de las separaciones entre sanos y enfermos que la medicina plantea y del trato a los segundos bajo esta misma separación

donde se les define como si no sanos y desde ahí como no capaces. Lo que me parece importante recalcar es que la clasificación es más vieja que cualquier persona que labore en el CAPASITS, incluso que nuestro conocimiento de ese primer caso oficial en la década de los 80. Con esto quiero aclarar que no me parece del todo “consciente” esta separación que podría hacerse presente en ocasiones dentro de los discursos del personal médico, como he dicho anteriormente y quiero recalcar, no es que la Dra. X o el Dr. Y hayan inventado el marcaje en la separación de los sujetos con VIH en función de los que no tienen el virus sino que me parece que en estos momentos en los que dicha separación se hace presente, es dando cuenta de una especie de tradición de pensamiento que tiene que ver con las mismas delimitaciones que hay desde su disciplina.

Con la reflexión sobre la misma línea Foucault continúa:

“...la cuestión estriba en saber si la medicina moderna, científica, que nació a fines del siglo XVIII entre Morgagni y Bichat, con la introducción de la anatomía patológica, es o no individual. ¿Se podría afirmar, como lo hacen algunos-en una perspectiva que consideran política pero que no lo es por no ser histórica-que la medicina moderna es individual porque penetró en el interior de las relaciones de mercado; que la medicina moderna, en la medida en que está vinculada a una economía capitalista, es una medicina individual o individualista que conoce únicamente la relación del mercado médico con el enfermo e ignora la dimensión global colectiva de la sociedad?

Procuraré demostrar que este no es el caso. La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y solo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente”. (Foucault, p 5. 1977)

Foucault reflexiona y analiza sobre si la medicina es realmente social o si tiene que ver meramente con la relación entre el médico y el paciente a través de la enfermedad de este. Foucault plantea que esta enfermedad no es una situación simplemente corporal o individual, sino que está delimitada y configurada desde



una problematización social. El surgimiento de la medicina del estado en Alemania, que tiene que ver directamente con la regulación sobre quiénes podrían ejercer la profesión de la medicina por parte del estado. Nos dice Foucault de nuevo.

“Surge así la idea de una normalización de la enseñanza médica y especialmente de un control estatal de los programas de enseñanza y de la concesión de títulos. La medicina y el médico, son, por lo tanto, el primer objeto de la normalización. El concepto de normalización empieza por aplicarse al médico antes que al enfermo. El médico fue el primer individuo normalizado en Alemania. Ese movimiento hacia la normalización en Europa requiere ser estudiado por los que se interesan en la historia de las ciencias. En Alemania se produjo la normalización de los médicos”.  
(Foucault 1977. p.7)

La normalización del personal médico lleva a la normalización seguramente de sus prácticas y de los ojos con lo que verán los problemas que atienden, del proceso de subjetivación y objetivación, el personal de salud en general puede tener muchas afirmaciones en su repertorio que dan cuenta de la necesaria separación entre no sólo enfermos y sanos, sino entre las personas que tienen VIH y las que no. Recuerdo en una capacitación a personal promotor de salud de otras jurisdicciones sanitarias, se le hizo una evaluación pre-post para medir sus respuestas al inicio y al final de la capacitación. Una pregunta de todas las redactadas por el personal del CAPASITS y del programa estatal de VIH consistía en preguntar las condiciones en las que una persona con VIH debía ser hospitalizada; al final de la capacitación se revisaron todas las repuestas y para sorpresa de muchos, las personas evaluadas sostenían que condiciones de aislamiento eran necesarias en casos de personas que viven con VIH, siendo que en escenarios reales, las condiciones deben ser las mismas que para cualquier otro paciente en hospitalización. Del mismo modo es sumamente común que el personal de enfermería acuda a buscar una prueba rápida de VIH a partir de un accidente con una herramienta punzocortante, puesto que tal noción de riesgo existe que el personal debe notificar a su superior de inmediato. No han sido

pocas las experiencias en las que durante el proceso de consejería se indaga sobre otros factores de posibilidad de transmisión del virus y el personal de enfermería que he entrevistado da cuenta de prácticas de riesgo para VIH en sus vidas cotidianas, sin embargo e riesgo no lo perciben ahí, lo perciben del paciente del que está enfermo y necesita atención. Aunque el personal no conozca el estado serológico del paciente, pues al final de cuentas “uno nunca sabe” como me llegan a decir. ¿Cómo es que con sus parejas con las que tienen o han tenido relaciones sexuales desprotegidas no hay percepción de riesgo, pero sí lo hay a través de una punción con una lanceta aunque no exista sangre en el incidente? ¿Cómo es posible que el personal asuma que el usuario del servicio es peligroso hasta que se demuestre con una prueba que no tiene VIH, pero en cambio con sus parejas jamás han solicitado una prueba de VIH basándose en la monogamia? ¿Por qué son más peligrosos los pacientes masculinos cuya orientación sexual real o supuesta es no heterosexual?

Y Teutle cita a Foucault en otro momento posterior:

“Tenemos que anotar aquí que el discurso médico traía una concepción de medicalización de los homosexuales ya que esta especificidad de los sujetos fue considerada un patología desde el S. XIX y que se ha señalado por Foucault en historia de la sexualidad:

No hay que olvidar lo que la categoría psicológica, psiquiátrica y médica, de a homosexualidad se constituyó el día en que se la caracterizó – el famoso artículo de Wepthal sobre las “Sensaciones sexuales contrarias” (1870) puede valer como fecha de nacimiento- no por tanto un tipo de relaciones sexuales como cierta cualidad de la sensibilidad sexual, determinada manera de invertir en sí mismo, lo masculino y lo femenino. (Foucault, 2002: 56 y 57)”.

Los sujetos entran bajo una misma lupa y son vistos como si fuesen el mismo, evidentemente no con esto trato de decir que sólo los factores que llamaríamos personales e individuales sirven, al contrario. Dado que estos discursos se tejen desde cierta homologación de sujetos, es esta la lógica que hay que hablar para entender, es el lenguaje en el que sugiero pensar para poder

entender mejor de dónde pueden venir los orígenes o las más duras fibras internas de procesos más propios de los sujetos. Con esto no busco posicionar un tipo de aspectos sobre otros, sino poder colaborar a entender las interacciones y aportar elementos a las atribuciones a los sujetos de este estudio.

El tema se torna complejo y de ahí que analizaremos un poco la complejidad necesaria para poder abordar este tema. No sólo como el impacto de lo social en el sujeto, sino este sujeto ( o sujetos) estando provisto de significados alrededor de su padecimiento, impacta a la vez a otros entornos también.

“La persona con VIH o SIDA debe vivir con la resultante incertidumbre todo el tiempo: la incertidumbre del diagnóstico, de la prognosis, de las reacciones de los amigos, familias, seres queridos, de otros anónimos y temerosos o llenos de odio. Todos los demás han de vivir también con la incertidumbre generada por el riesgo, por la posible infección, por no saber, por la pérdida.

La incertidumbre genera angustia y miedo: del pasado y del presente y del futuro”. (Weeks, Pag 4. 1995.)

Sobre incertidumbres y duda está delimitado el diagnóstico, eso lo hemos conversado anteriormente, pero ¿qué hay después? Conversando con los sujetos en diversos momentos; de nuevo en los pasillos, en entrevistas, y en conversaciones en otros espacios y escenarios más bien públicos recolectamos datos que nos ayudan a entender es fenómeno desde una postura en la que estas incertidumbres se van arreglando poco a poco, algunas permanecen y se recrudecen, pero algunas parecen ser solucionadas totalmente al grado de que son imperceptibles y parecieran no existir.

Desde el ejercicio profesional puedo comentar que conforme avanza el tiempo a partir del momento del diagnóstico y a los usuarios de les pregunta cómo están, los mismos refieren más comúnmente a respuestas como: “ya mejor”, “recuperado”, “ya como si no tuviera nada”, “ya ajustándome”.

¿En qué términos y a través de qué elementos podemos hablar de ajuste? ¿Cuál es la serie de situaciones ante las cuales los sujetos deberían

de ajustarse? ¿Podemos dividir la experiencia en momentos para que podamos comparar ese “ya mejor” en términos más amplios? ¿Qué sucesos o a partir de qué eventos podemos inferir que los sujetos entrevistados hablan de recuperación? ¿Cómo juegan las nociones de salud vs enfermedad en los sujetos? ¿Desde dónde hay que articularnos para asumir que efectivamente hay progreso? ¿En dónde debemos situarnos?

### **NUEVOS DEBERES**

Una vez que estos sujetos tienen el diagnóstico, la sentencia, la etiqueta de ser positivos con el respectivo estigma que ello conlleva, vienen una serie de elementos y experiencias que afianzan estas nociones en ellos, lo veíamos en el capítulo anterior en cuanto a las certezas que el diagnóstico quita sobre la propia vida del sujeto. Este primer momento, que si bien se puede adelantar y está rodeado muchas veces de sospechas que pueden llevar al sujeto más fácilmente a deducir sobre su estado serológico, sigue generando dudas e incertidumbres, representa una serie de situaciones nuevas en la cabeza del sujeto que no necesariamente pasan en forma de lista, sino a través de un gran abstracto consistente en que “las cosas tienen que cambiar”

“Cuando yo vine a recoger mi diagnóstico y me acompañó mi mamá, me dijo una frase que la he aplicado desde ese día hasta el día de hoy y que me encantó, me dijo: aquí no hay culpables, aquí hay responsables. Carlos, hazte responsable de tu enfermedad. ” Carlos, 29 años.

Cuando Carlos es entrevistado, él dice encontrarse en un punto en el cual ha aprendido a vivir con el diagnóstico, posterior a tres años transcurridos. Vimos en el capítulo anterior que el diagnóstico implica un desajuste, un choque, y que es un factor desestabilizador en la vida de los sujetos si queremos llamarle así, que impacta en las vidas de los sujetos de modos muy específicos. Pero sería prudente preguntarnos (así como comparamos las historias de nuestros sujetos en

ese momento) los elementos que los sujetos experimentan y las experiencias ante las cuales se enfrentan posterior a este momento que les llamamos de recién diagnóstico. Carlos se entera de su diagnóstico cuando su pareja enferma y llega al hospital. Lo posterior es, en sus palabras, el ingreso al programa el cual dice haber asumido sin mayor sorpresa puesto que lo que interesaba en ese momento era su pareja que estaba en hospitalización.

“A mí me infectó mi pareja, con el cual ya llevaba yo tres años en ese entonces. Nos empezamos a cuidar, como a los 8 meses después de la relación nos dejamos de cuidar pues porque yo no pensé, yo no le veía ningún signo o síntoma de que tuviera VIH (...) Un día él va a dar al hospital y ya sabes, - paciente seropositivo- y bueno, si él tiene pues yo también tengo. El amor, la estupidez, lo que quieras... bueno, estuvo dos meses hospitalizado, en ese periodo la gente del hospital me dice: hazte la prueba porque lo más probable es que tú también tengas. Ya después vine a mi prueba, pero no fue catastrófico ni nada de eso por el entorno de que mi pareja estaba en el hospital; por el amor, porque me había infectado la persona que me amaba y que yo amaba...el afecto que yo le tenía y que yo decía, bueno, me infectó la persona que yo quiero, blah, blah, no fue por descuido, no fue por andar de promiscuo, o sea, fue por mi pareja”. Carlos  
29 años

Si bien, Carlos comenta tener elementos para no atender su propio diagnóstico entre; número uno, tener que atender la hospitalización de su pareja y número dos, el decir que su diagnóstico no fue por “andar de promiscuo”. Este “no andar de promiscuo” se sustenta en el amor y de ahí la poca percepción del riesgo y la reducción por lo menos verbalizada del impacto del diagnóstico. No es que el diagnóstico no haya impactado, sino que a través de cierta lógica sobre el uso del cuerpo, sobre los afectos y el uso de la sexualidad es posible que Carlos llegue a darle un sentido diferente, al afirmar que su caso es distinto y que no se dio en las condiciones de los demás; de promiscuidad, de infidelidad o incluso hasta de la respectiva inestabilidad emocional atribuida a las personas que no ejercen o practican la monogamia, hablábamos anteriormente de la noción de “ andar en el

desmadre” y evidentemente Carlos se ubica a sí mismo totalmente fuera de ello. Al respecto Llamas reflexiona una gran serie de elementos en las que nos plantea lo siguiente:

“La revista científica Discover (diciembre de 1985) establece la distinción entre el «recto vulnerable», y la «robusta vagina». El mismo argumento aparece en el material didáctico oficial (Ministerios de Sanidad y Educación, 1988: 20); coito anal: «alto riesgo de contagio» vs. coito vaginal: «sólo se transmite el virus si se producen heridas ». La conclusión del artículo: «AIDS is likely to remain largely a gay disease» (Posiblemente el Sida seguirá siendo en gran medida una enfermedad gai). Esta hipótesis se demostraría radicalmente falsa (...)pero no carente de posibilidades de cara al establecimiento de fábulas. El hombre «verdadero» (...) puede ser transmisor; la mujer «buena» puede resistir. Esa es, ni más ni menos, la tesis en que se basa la película de Cyril Collard Las noches salvajes, y que dio lugar a una verdadera conmoción en Francia. En ella, la chica enamorada de un play-boy al que sabe bisexual y (¿ergo?) seropositivo, tiene dos veces relaciones sexuales con él sin utilizar condones. El amor, dice ella, la protege; el guión acredita este mito. Sólo la «mala mujer» (la prostituta) puede convertirse en laboratorio de desarrollo de infecciones y actuar como «vector de transmisión».(...) Pero si el origen es dudoso, la extensión da lugar a un mito que pronto es acogido en el imaginario colectivo como plausible. Un asistente de vuelo gai residente en Montreal y con una hiperactiva vida laboral y sexual diseminó por toda Norteamérica y Europa el virus fatal. Es el «paciente cero». El es el culpable. De la responsabilidad de un individuo de vida disoluta se pasa a la responsabilización de toda la categoría. (citado por Mangeot, 1991: 55).

«Los bisexuales» serían considerados el eslabón perdido que introdujo el virus en el mundo heterosexual: «si ha habido penetración anal en sus relaciones homosexuales podrían haber contraído la infección y luego transmitirla en su relación heterosexual (si se producen heridas)» (Ministerios de Sanidad y Educación, 1988: 20). Las prostitutas contribuirían

a dicha extensión y las mujeres (prostitutas, drogadictas o traicionadas por un marido bisexual) llevarían la muerte a sus hijos. El Sida no reflejaba desigualdades sociales o regímenes de opresión, sino esencias. «El homosexual», esclavo del pecado, perdido por el vicio, tarado en su código de barras genético, hormonalmente desequilibrado, expresa su condición contrayendo un virus que lo tortura hasta la muerte. Y a nadie se le ocurre otra explicación. Sólo la degradación física y la muerte del cuerpo merecen cierta atención en tanto que confirman el destino fatal establecido. Si la mujer se realiza en la maternidad (alteridad seducida y fecundada), el marica se realiza en la enfermedad y la muerte (alteridad imposible, cortocircuito de la vida). (Llamas 1994, p.155)

La reflexión que Llamas hace me parece profunda en el sentido de expresar y marcar rasgos atribuidos a la población homosexual en función del VIH/SIDA y del mismo modo, esta noción de inocencia vs culpabilidad internalizada por Carlos. Como si el diagnóstico al ser esta especie de destino o realización en el sujeto varón que tiene sexo con otros, como si este uso (para la norma inadecuado) de los placeres, el cuerpo y de los afectos fuera un parámetro o serie de parámetros para ver otras relaciones, no la suya, otras historias fuera de él.

“Ya después en el hospital me empecé a empapar del tema, vi que la vida no se acababa y demás... después vi a mi pareja muy descuidada, porque bueno, no se tomaba los medicamentos, no se cuidaba. Después del diagnóstico la relación siguió normal, yo lo acompañaba a sus consultas, yo ya estaba en el programa. Yo lo acompañé tres años más hasta que la relación terminó. Una conversación como tal no hubo (sobre el diagnóstico) pero sí recuerdo que en alguna ocasión él se puso a llorar y me dijo “es que te arruiné la vida, discúlpame” pero yo así de que: “no, ya lo tengo. Ya está”. Después de que él sale del hospital pasó como medio año para que empezáramos a tener de nuevo relaciones sexuales pero ya era así como empapados del tema, ya sabes que tienes el virus, que te puedes re infectar, que las cepas son diferentes, etc. Entonces es de “lo tenemos, es mi pareja, pero vamos a cuidarnos. El problema vino cuando nos

separamos. Lo descubrí en una infidelidad y le dije “Cómo es posible, yo que te entregué mi salud, y mi vida...” nos separamos y ahí es donde realmente entra el conflicto de: soy portador, estoy medicado, estoy indetectable pero puedo infectar a alguien, entonces el hecho de conocer a una nueva persona se complicó, a lo mejor encuentros ocasionales te cuidas, pero ya cuando vas en planes de una relación formal ya es el hecho de decir... empiezas a tocar el tema”. (Carlos 29 años)

Carlos menciona aquí algo contradictorio con su anterior parte de testimonio, por una parte comentaba no haber tenido problema con el diagnóstico puesto que su argumento o idea era el saberse “infectado por la persona que amaba” en sus términos, sin embargo llega el momento en el que, primero, no habla abiertamente del diagnóstico con su pareja sino hasta que él llega ofreciendo disculpas y Carlos contesta “ya lo tengo, ya no importa”, posteriormente y de manera más interesante es cuando su pareja comete una infidelidad y entonces él dentro de lo que le menciona es: “te di mi salud” ¿ por qué habría de dejar de responsabilizarse Carlos y poner todo el peso del diagnóstico en su pareja? En un inicio decía no usar condones porque no veía ningún indicio de VIH en su pareja, esto es, tomando responsabilidad y acciones concretas, en ningún momento hablo de sentirse obligado o chantajeado necesariamente por su pareja para no utilizar condones, después comenta no importarle el diagnóstico y bajo cierta idea de sacrificio, sacrificio que después echa en cara al exclamar “Te di mi salud” dejando de tajo cualquier indicio de posibilidad de responsabilizarse respecto a su VIH y dejando recaer toda la responsabilidad en la pareja.

Posteriormente y respecto a las nuevas relaciones establecidas, Carlos menciona.

“Hubo un chavo que me dijo: si a mí me contagian de VIH me mato, porque ahí la vida acaba” y nos habíamos cuidado y todo, y fue el decir: Ah, ok. Cabe la posibilidad de que yo te llegue a infectar, porque al final de cuentas el condón no es una garantía al 100%” y me alejé de él inexplicablemente. Fue así de: ¿sabes qué? Ya no te quiero ver, bye.”

Después llegó otra persona y fue totalmente diferente con él, me dijo: “no,



conmigo no hay problema, mira nada más hay que cuidarnos, no te preocupes, yo sé del tema....” Pero cada vez que teníamos relaciones sexuales, las primeras veces era el estar pensando “Lo voy a infectar” O sea, ni siquiera se disfrutaba, o yo disfrutaba la relación por el hecho de estar pensando en que lo iba a infectar”.

Una vez más, aunque esta vez en la experiencia de Carlos, encontramos elementos que nos sirven para conectar con capítulos anteriores, pero también para plantearnos preguntas nuevas; la creencia en el amor como algo que protege, la culpa y la peligrosidad encarnadas en el sujeto con VIH, pero también habla de una serie de elementos en el proceso como lo es el acompañamiento a su pareja, la búsqueda de recursos como la inscripción al programa de CAPASITS y el responsabilizarse de su situación como su madre le sugiere. Si bien el discurso de la culpa puede no parecernos el que más deba estar vigente, es importante encontrar en él que la necesidad de enmendar los actos, (cometidos por amor/estupidez como Carlos manifiesta) a través de responsabilizarse por ello, bien podría tener un uso similar. Este testimonio lo volveremos a bordar en otros momentos de este capítulo, me parece importante iniciar con él puesto que nos lanza en pocos minutos de conversación una serie de elementos para la reflexión sobre el tránsito en cuanto al diagnóstico y el cómo se siente respecto a empezar a llevar “una vida normal”.

Pensemos en Emmanuel cuando lo citamos en un café para conversar y le preguntamos simplemente cómo está:

“Yo estoy bien de salud, estoy perfectamente bien. Sigo indetectable, ya tengo dos años. Con la infección 5 y con el diagnóstico 3. De CD4 ando sobre los mil desde hace dos años (...) para ser indetectable se necesita constancia y adherencia, punto. La disciplina de tomarte tu pastillita cada día. Al principio pensaba que era algo de: vamos a cuidar nuestra alimentación, vamos a hacer mucho ejercicio y vamos a dejar de fumar...sí influye, o sea dejé de fumar (...) a mí me dan mi atripla y va pa’ a dentro, o sea, es lo único que hago (...) para la adherencia se necesita tener en claro que...es como una rifa; te adhieres y te va a ir padre, pero no te adhieres y

quién sabe cómo te vaya; es de saber si te la juegas o no te la juegas . Yo como no me la quiero jugar, pues me la tomo y no me quita nada, eso es lo que se necesita para la adherencia, saber que no quieres vivir con angustia o con incertidumbre, la preocupación de no me la tomé un día o dos o tres. Si me la tomo tengo que estar bien, punto. Es como la fórmula matemática, si ahí empieza a fallar la ecuación empiezas con la incertidumbre sobre si el esquema va a dejar de servir, si hay que cambiarlo, etc. Todas estas preguntas que te empiezan a abordar y dices: no, prefiero un chochito". Emmanuel, 29 años.

Emmanuel nos habla de lo que se necesita para poder estar saludable, para poder tener esta vida normal; primero nos menciona estar bien independientemente de la enfermedad, comenta que los hábitos no han sido modificados enteramente, pero sí hace ver que la adherencia al medicamento es parte fundamental. Aquí Emmanuel hace hincapié en que de todas las recomendaciones que podrían existir, hay un lugar y una valoración privilegiada para el medicamento antirretroviral, el saber médico y sus prescripciones tienen un peso muy importante en la experiencia de percibirse como alguien que se encuentra mejor, como alguien que se cuida y como alguien que es buen paciente y si lo es, es porque el médico ha dado su aprobación o su visto bueno, es porque el peso simbólico de la bata blanca, respaldada por el discurso científico y esta saber duro característico de la medicina le hace reiterar que es en esos términos en los que se mide el estar mejor. No hay una crítica o una sensación de estar mejor a través de decir cosas como "ahora puedo hablar más abiertamente de mi diagnóstico" o " me siento más seguro estableciendo las relaciones sociales / erótica/ afectivas que deseo" aquí lo importante para él es la pastilla, es aquello valorable por el saber médico como positivo o como algo de "buen paciente", es como dar el paso ritual acompañado de aquel que sabe y es ser obediente con aquel que le guiará a través de las medidas correctivas que se deben enunciar en su lenguaje de conocedor y medir en sus términos más que en los de Emmanuel mismo como sujeto con un diagnóstico

Hay un manejo de su voz y de su lenguaje corporal con familiaridad, entre risas, en un café de la ciudad donde acordamos vernos para la entrevista sin pena que haya personas alrededor mientras él habla sobre el diagnóstico. Sin embargo, no hubo siempre esta actitud ante el tema, y tampoco fue tan fácil para él hablar del diagnóstico en espacios tan abiertos. El diagnóstico nos da entrada a una serie de eventos que comentamos anteriormente y una serie de ajustes que como Emmanuel menciona, pueden llegar a ser menos de los pensados inicialmente, sin embargo los hay.

Las normas que hay que llevar a cumplimiento para poder llegar a esta promesa de una vida normal son diversas, la severidad con la que se dictan es variable y la manera en la que son asimiladas por los sujetos no son uniformes. Algunas como la alimentación y la adherencia dependerán en mayor medida del sujeto mismo y no tendrían grandes complicaciones en comparación con otras que tocan interacción social y el ámbito de las relaciones familiares, afectivas, la potencialidad de la sociabilización con nuevas personas, la búsqueda de una nueva relación de pareja o la revelación del diagnóstico hacia la pareja actual.

De momento pareciera no haber la menor incomodidad cuando conversamos con Emmanuel o con Carlos por lo menos en cuanto a la asimilación del diagnóstico o el establecimiento de nuevos hábitos. Conforme avanzamos a otros territorios podemos dar cuenta de lo dicho anteriormente; la situación cambia dependiendo del involucramiento de otros. Las conversaciones que podemos tener con ellos dos, están también situadas entre un año y dos años y medio posteriores al diagnóstico, a diferencia de otros entrevistados cuyo diagnóstico había sido entregado oficialmente dos o 5 meses anteriores a la entrevista o charla, situación que me parece importante mencionar.

Carlos y Emmanuel hablan de sus percepciones sobre estas nuevas reglas como necesarias para un mejor cuidado de la salud, incluso cuando Carlos tiene complicaciones con el medicamento no deja de confiar, y se mantiene ante estas indicaciones aun cuando es recibido con una serie de restricciones que parecieran no tener razón de ser.

“Sugerencias, pues te dan muchas. En mi caso, el doctor que a mí me atendió la primera vez que empecé a tomar antirretrovirales me dijo: quedan prohibidos el jugo de naranja, el jugo de uva, y el té. Y yo así de ¿por qué? Queda prohibido y punto. Y yo: ... ok. Entonces al principio no conoces el tema, y dices: yo creo que la naranja hace reacción con el medicamento... y no. Queda prohibido en determinado lapso después de que te tomas el medicamento. Entonces regresé y le dije: Doc, usted me había dicho que quedaba prohibido el jugo de naranja y el té, pero no me había dicho que sólo el té negro. Él contestó: bueno, si te dijera todo lo que ya no puedes hacer, en este momento te me deprimes. Entonces mejor en lo general. O sea, me gustaría que hubiera cosas un poco más particulares como: si te tomas el medicamento a las 10 de la mañana y se te antoja un jugo de naranja a las 2 de la tarde, pues te lo puedes tomar porque el hígado ya absorbió el medicamento y ya no hay ningún problema. Hay cosas que, como que sí te imponen es: dejar de hacer esto y punto. Afortunadamente yo siempre fui muy adherente al medicamento, porque sufrí de tres intoxicaciones y hasta la cuarta me quedó, entonces no tengo opción. Si este medicamento, si se acostumbra el VIH a él...bueno, ya no hay más. Me acuerdo que en las pláticas psicológicas se maneja que máximo una vez al año te lo puedes dejar de tomar y que esas ocasiones que sean especiales como navidad o año nuevo para que disfrutes esa fiesta. Ahí es dónde empiezas a entrar en conflicto y dices: ¿y si yo me quiero tomar una cerveza este sábado? Ya no puedo, o sea no nada más está afectando mi vida sexual, ya está afectando también mi entorno social. Platicando con gente que conoce y me dicen que no hay que ser tan cuadrados, que puedo incluso una vez al mes no tomarlo y no pasa nada. Sí te limita porque me imagino que debe ser desgastante por eso a veces dicen cosas como: a partir de este momento y desde tu primera pastilla jamás en la vida te la vas a poder dejar de tomar. Y ahí es donde siento que la adherencia es donde muchos pacientes dicen: pues estaba mejor como estaba, entonces la gente se espanta y dice cosas como: yo me sentía bien

antes del medicamento y ahora me siento mal. Hay cosas que sí te imponen y que tú entiendes: debo de hacer esto, y hay otras que te sugieren. Un amigo, que antes de que le prescribieran TARV se le había dicho que no podía tomar jugo de toronja, estábamos en una reunión en la que sirvieron tequila y yo empecé a tomar refresco de toronja, recuerdo que él me regañó y me empezó a decir: es que nosotros no podemos tomar toronja; entonces le dije que me esperara que eso era sólo si tomaban medicamento: ¿estás tomando medicamento? Tú no estás tomando medicamento, claro que puedes tomar, es más, puedes emborracharte si quieres, todavía puedes. Entonces sí son muy cuadrados en esa situación y entonces sí creo que sería más viable que te sugirieran algo a que te digan: prohibido a partir de hoy...esto.”

¿Qué pasa con estas permisibilidades o sugerencias? Por un momento escuchamos esta intencionalidad por parte de Carlos de poder hacer crítica a lo que el personal médico y de psicología le sugiere o define como norma nueva sin espacio a cuestionamientos, sin embargo es interesante el modo en el que este discurso y estas permisibilidades también forman parte de su vida y del discurso que puede replicar.

Por ejemplo, según lo comentado por Carlos ya no es posible, o por lo menos ya no es recomendado posterior a la primera pastilla de tratamiento antirretroviral, el emborracharse, o el tomar jugo de naranja, o el tomar té negro. Aunque es una actitud y un discurso que él mismo critica y con justa razón, dado que no todas las personas necesitarán las mismas indicaciones, es interesante que cuando nos habla del ejemplo de su amigo habla de nuevo de permisibilidad, pero es ahora él quien da el permiso en función de lo que sabe. El argumento de Carlos ante su amigo consiste en que si aún no está tomando medicamento puede tomar jugo de toronja, puede tomar tequila, y no sólo eso, dado que aun no inicia esquema “hasta puede emborracharse”. Parece interesante cómo el discurso de Carlos en cuanto a la permisibilidad lleva a la conformación de nuevas normas, nuevas excepciones y cómo de momento la experiencia ante el tema puede posicionar a los sujetos en un papel de confiabilidad, si no una mayor a la que se

le puede tener al médico, por lo menos más legítima e los términos que él mismo puede explicar o exponer, sin embargo es importante reconocer, y tomando en cuenta lo que se mencionaba sobre la medicalización que el punto de partida es “lo que el médico diga”.

Un gran consenso hay en cuanto al manejo del VIH en cuanto a cómo lo perciben los usuarios, y tiene que ver con el discurso médico, su impacto y presencia a través de la figura médica a nombre del estado, lo que hemos estado revisando como biopoder. ¿Desde dónde se configura un sujeto obediente y que acata las indicaciones sobre adherencia? ¿Desde dónde un sujeto puede validar que hay cierto grupo de alimentos de los que se debe reducir su consumo? ¿Cuáles son las grandes verdades sobre el nuevo uso que debe dársele a esta sexualidad mal utilizada y mal vivida? Estas son preocupaciones que son generalizadas en no sólo todo el centro de salud, sino en todos los demás seguramente donde se trabaja VIH. Porque aunque no se haya inventado aquí un discurso que divide a las personas como sanas y enfermas, aquí es donde estamos quienes lo heredamos (incluyéndome como un propio trabajador eventualmente del mismo sistema)

### **SOBRE EL SEXO SEGURO**

Las recomendaciones sobre el sexo seguro, principalmente son las que se hacen presentes en diversos momentos. No es raro encontrar casos de usuarios que además de VIH llegan a, en un segundo momento presentar alguna otra Infección de transmisión sexual, este fenómeno llama mucho la atención entre el personal médico pues evidencia la poca constancia con el uso del condón y brinda herramientas para seguir pensando en el ejercicio de una sexualidad descontrolada y desmedida por parte del paciente que es de suponerse ser vista así bajo esta visión cargada de juicios de valor. En algunas ocasiones me han sido enviados pacientes referidos por estas causas, y lo interesante tiene que ver con que una vez asumidos como VIH positivos y con cierto control sobre su medicamento que les permite reducir la concentración de su virus y a la vez, reducir la posibilidad de transmitirlo, encuentran mayor libertad o confianza para

tener relaciones sexuales desprotegidas, sobre todo en relaciones en las cuales se encuentran o asumen dentro de una relación estable, cosa que es vista como una anomalía por parte de cierto personal médico o administrativo. Este hecho pone como antagónicos a las decisiones legítimas o propias sobre el cuerpo de los sujetos versus las recomendaciones médicas a las cuales algo de moral se les puede traslapar, pero habría que tomar con pinzas el tema de si las decisiones del usuario son “legítimas”.

No necesariamente el uso del condón es para todos un ejercicio de imposición, lo importante me parece, es la reflexión en el tema de los flujos corporales, el uso de la sexualidad y el significado del cuerpo del homosexual como “mucho cuerpo” en palabras de Llamas. No quiero decir con ello que los sujetos de estudio se posicionen siempre en contra de las recomendaciones médicas, o que el hecho de no posicionarse así tenga que ver con una postura de completa sumisión por parte de los mismos. Tampoco hay que afirmar que todo el personal médico carece de procesos que les lleven a configurar situaciones como estas fuera de los estándares que desde el mismo biopoder hemos leído, hay situaciones en las que los médicos parecen tener una visión más permisiva y menos estricta que los mismos usuarios; en varias ocasiones algunos sujetos llaman por teléfono con un notorio nivel de angustia o preocupación preguntando sobre la hora de tomar su medicamento ante el cambio para el horario de verano o el deseo de querer ser atendidos en el CAPASITS aun a causa de una gripa dado el temor que pueda existir ante una posible interacción de los medicamentos. Ante estas prácticas bien podría ser más bien que estemos ante un biopoder tan bien instaurado en los sujetos que es más poderoso en ellos que en sus mismos representantes, el personal médico. Pero eso lo reflexionaremos posteriormente.

Es interesante aquí pensar a partir de qué elementos los sujetos confieren la categoría o valoración de verdadero a las recomendaciones hechas y si el VIH es (y en qué casos) un disparador para el conservadurismo propio, como en el ejemplo de Carlos donde “No fue por andar de promiscuo o en el desmadre”. Sobre esta línea, Emmanuel comenta

“Creo que los médicos o los investigadores que han tratado el tema pero no lo han vivido, son gente que ha vivido en la teoría y no en la práctica. O sea, para ellos puede ser práctico desde ahí decirte: pues te plastificas y no le llores a nadie encima (porque hasta tus lágrimas son peligrosas) Bueno, me sorprendió ver hasta hace poco a un doctor que iba por su medicamento. Para empezar me pregunté qué tipo de doctor sería. Y luego me dije: qué difícil debe ser para él como doctor que la gente llegue con él con la idea de “Vengo para que me cures ( de x enfermedad) pero tú tienes VIH”. O sea, dije, ojalá esté en una especialidad de estas donde debe estar sensibilizado al tema. Qué difícil debe ser para él como doctor, pensaba en si tenía que ver con un accidente laboral, ya sabes, algo de su trabajo, ya sabes, no usar guantes, por ejemplo...porque siendo un doctor, de los que ponen las reglas de este tipo, se me hace como raro que las haya roto. Es como si ves a un juez pasándose un alto, y eso es lo que ví, o sea más bien lo vi pagando la multa. Es complejo ver a alguien que tiene conocimiento, que es la autoridad, que tiene conocimiento, que sabe, etc, entonces lo primero que yo pensé que la justificación de que fue un accidente clínico. Es curioso encontrarse a alguien de este lado, no sé, igual y este doctor podría reformar algunas reglas. Pero no puedes poner exclusiones e inclusiones de todas las reglas porque se prestaría a no cumplirlas o a llegar a: que si la regla A ice que tal vez tengo inciso A, B y C, pues el C me conviene más, entonces por eso se vuelven estrictas, creo que es un tema más de que, casi casi las reglas se deberían de hacer conforme cada persona, pero bueno, tiene que haber una regla general. Cuando te dan esta plática introductoria de “Bienvenido ahora que tienes VIH”, te dicen: te vas a morir. Bueno no, más bien te dicen: no te vas a morir, pero vas a matar a alguien. O sea te castran psicológicamente y es muy fuerte, me costó muchos años tener relaciones sexuales...deberían de tener a alguien en esas pláticas que ya llevara tiempo viviendo con VIH, alguien que sí fuera una muestra de que se puede vivir bien, porque sólo son las psicólogas y las trabajadoras sociales.” Emmanuel, 28 años.



Emmanuel sigue hablando de las normas y de la validación o legitimidad que en la bata blanca recae ¿de qué otra manera hubiera él ubicado a un médico si no fuese por la vestimenta? Las reflexiones que al respecto hace nos hablan de una imagen de un profesional de la salud que no se debería equivocar Y nos hace entender y reafianzar que las situaciones que llevan a una persona a adquirir VIH tienen que ver con equivocaciones o errores. Estas atribuciones ante lo que lleva a alguien a adquirir el virus vuelven a contribuir a las ideas de que “le pasa a cierto tipo de personas, a quienes usan su cuerpo de ciertas maneras”

Si bien la realidad humana es (de manera general e indiscutiblemente) corpórea, podría decirse que «algunas personas son más cuerpo que otras». El postulado de «más cuerpo» no es, necesariamente, una cuestión de «volumen» sino de «esencia». Ese plus no constituye, pese a lo que pueda en principio parecer, una ventaja, sino más bien un inconveniente. La hipercorporalización no es fruto del azar, sino que responde a determinados principios de sujeción. Las categorías humanas en exceso encarnadas coinciden a menudo con sectores sociales discriminados, explotados y oprimidos. (Llamas, 1994. P 154)

¿Qué pasa con el cuerpo de las personas y con el cómo se usa? ¿Cómo estos principios de sujeción esencializan a los sujetos? Y de qué modo podemos darnos cuenta de que aparecen en nuestros discursos aunque de modos sutiles?

Comentaba Emmanuel que llevaba 5 años con el virus, pero 3 con el diagnóstico. Él sabía a partir de la hospitalización de su pareja el diagnóstico, de su pareja primero y después del suyo propio (del mismo modo que Carlos). Emmanuel comenta que siempre utilizó condones, y que cada seis meses se hacía una prueba de VIH desde una relación anterior en la que no utilizaba condones. “ De haber tenido VIH desde antes me hubiera salido en una prueba anterior. Pero el tiempo que este novio y yo teníamos, pues hacía imposible que yo tuviera VIH desde antes. Ahora, mi infección fue (risas) mi infección fue una mentada de madre porque con este novio anterior nunca pasó nada, y teníamos relaciones o sea, así sin condón, pues y nunca pasó nada. Cuando me infecté con

este novio que se hospitalizó y que falleció, fue por un condón que exactamente me acuerdo el mes en el que se rompió”. Emmanuel.

### **¿SUJETOS PELIGROSOS?**

Emmanuel al igual que Carlos, adquieren la infección de su pareja y parecen tener un enfrentamiento similar al diagnóstico, parece costar igual de trabajo iniciar la labor de establecer relaciones posteriores, en el caso de Emmanuel por el duelo del ex novio fallecido y en el caso de Carlos por la relación que termina a través de una infidelidad. Ya nos contaba también Camil sobre la idea de que el amor lo puede y te protege de todo, así como Carlos decía que no adquirió el virus por “estar de promiscuo” sino que fue por estar con la persona que amaba. Una vez más la noción de “andar en el desmadre” vinculada con la noción de merecer el diagnóstico y ubicarlo de nuevo como una sanción.

“El fantasma de la promiscuidad como rasgo definitorio de la «esencia homosexual» tiene más relevancia en el seno de la epistemología de la homosexualidad que en el contexto de la realidad cotidiana de los gays. Si existe una realidad sexuada, ésta es, en rigor, y con todos los pronunciamientos a favor, la realidad heterosexual. Este estereotipo pone de manifiesto la negación del cuerpo y el miedo a reconocer el placer establecidos a partir del supuesto de superación de la dimensión física como condición de acceso a un estatuto de sujeto”. (Llamas, 1994. P155)

Recordemos también los planteamientos de Sontag en el sentido de lo atribuido las personas con VIH a sus propias esencias en función únicamente del diagnóstico.

“La transmisión sexual de esta enfermedad, considerada por lo general como una calamidad que uno mismo se ha buscado, merece un juicio mucho más severo que otras vías de transmisión, en particular porque se entiende que el sida es una enfermedad debida no sólo al exceso sexual sino a la perversión sexual. (Me refiero, naturalmente, a Estados Unidos, donde se está diciendo a la gente que la transmisión heterosexual es extremadamente rara y poco probable —como si no existiera el continente

africano—. Una enfermedad infecciosa cuya vía de transmisión más importante es de tipo sexual pone en jaque, forzosamente, a quienes tienen vidas sexuales más activas, y es fácil entonces pensar en ella como un castigo. Esto, que ya era cierto de la sífilis, lo es aún más del sida, puesto que lo que se señala como mayor peligro no es la «promiscuidad» sino una determinada «costumbre», considerada contra natura”. (Sontag.1996)

De aquí que pueden salir dos cosas; en primer lugar una especie de definición de lo que es sujeto con VIH (en este caso el varón leído o asumido como gay) es porque el ser así, siendo mucho cuerpo o dándole cierto uso catalogado como promiscuo desde las “buenas conciencias” es inherente a él y lo esencializa. En un segundo momento, la noción de peligrosidad adherida al sujeto y lo que nos hace otorgar mayor sentido a que las relaciones sexuales siguientes en estos sujetos, sean consideradas como peligrosas (vas a matar alguien, parece que le decían a Emmanuel) y potenciales situaciones en las que alguien saldría afectado negativamente, incluso recurriendo al uso del condón.

### **OTRA VEZ, MI PRIMERA VEZ.**

“Me costó mucho volver a tener relaciones sexuales...y relaciones sexuales placenteras aparte. Sí había tenido esto del faje y demás, pero como tal completar una relación sexual, donde hubiera penetración, tardé año y medio. Y de hecho te puedo decir que la primera vez no fue ni siquiera algo que haya disfrutado, o sea, lo viví con nervios, con estrés, o sea no era algo que disfrutara era un estrés de: ojo, no estás plastificado, o sea, lo vas a contagiar. Aunque yo decía: pero sí me estoy cuidando, pues pero y si... o sea, cualquier estupidez pasa. Estás ahí con veinte mil cosas en la mente que ni lo disfrutas, que estás pensando en que no se rompa el condón, casi casi que no le caiga tu saliva, o sea, “mis fluidos venenosos, es como una ansiedad horrible”. Emmanuel, 28 años.

Carlos, por su parte también tiene experiencias similares al iniciar una relación posterior a finalizar su noviazgo durante el cual se enteró del hecho de vivir con VIH, ésta relación la inicia con un muchacho al cual le comparte su diagnóstico y él parece no tener complicaciones o por lo menos le manifiesta no

tenerlas, sin embargo posteriormente da cuenta de otras actitudes y de temores muy particulares.

“Yo le digo a él que soy portador, y ya que estaba empezando a verlo normal (el diagnóstico) él empezó con: tengo una llaga en la boca ¿ya estaré infectado? y yo; no. Es que me corté y...te toqué la cara ¿ya me habrás infectado? O sea, ahí me di cuenta de que realmente la gente tiene mucha desinformación, y que realmente un día lo senté y le dije mira: es esto, y esto, y esto, todo lo que yo daba en preconsejería para pruebas rápidas( que a partir del diagnóstico me metí en eso) todo lo que yo sabía y había investigado se lo hice saber, y ahí es donde me di cuenta que si una persona sabe que tú eres portador, y él no es portador, él es el que ahora va a tener la duda, va a andarse preguntando : ¿me estás infectando? ¿ no me estás infectando? Él es el que no va a disfrutar la relación. Hasta el día de hoy no somos pareja, no somos nada...bueno, sí somos algo pero no somos pareja. Yo lo súper cuido, me súper cuido, pero después de medio año ya está como que medio entendiendo el hecho de que no lo voy a contagiar tan fácilmente”. Carlos.

Parece que el temor a la transmisión se incrementa si se sabe del diagnóstico positivo. En alguna ocasión Carlos nos decía que no usaba condones con su pareja porque no le veía síntomas de nada, Camil tenía relaciones desprotegidas por la confianza en su pareja, Emmanuel también sostenía relaciones sexuales desprotegidas y es interesante ver que la percepción de riesgo para la transmisión adquiere mayor fuerza, como si el hecho de saber que el diagnóstico positivo redujera el grosor del condón, o le diera nuevas propiedades al virus para poderse transmitir en situaciones que sabemos cotidianamente no lo hace.

Hasta el momento parece que la conclusión podría ser: podemos tener relaciones sin condón porque confiamos en nuestra pareja, pero si sabemos que la persona con la que estamos teniendo relaciones sexuales tiene VIH entonces el riesgo es mayor, aún con sexo oral, (aún con el sudor, como decía Emmanuel

tratando de hacer un chiste) aún usando condones, aún teniendo cuidados. La posibilidad se reduce, pero ahí está.

Me parece importante no quedar en ese nivel puesto que le quitamos complejidad al asunto, estamos dejando de lado los casos en los que las personas no sabe con quién adquirieron el virus, y no porque interese saber o no saber, sino que las dinámicas pueden llevarnos a diversas maneras de vivir esta experiencia.

En casos en los que nuestros sujetos se entraron de su condición serológica a partir de su pareja, no hubo una necesidad de en ese momento, aclarar y conversar sobre el diagnóstico, no en términos de iniciativa propia. En el caso de otros sujetos entrevistados como Rubén o Luciano, las relaciones que se crean posteriores al diagnóstico, o el acceder a él antes que la pareja, ponen un peso extra sobre la situación.

Rubén nos comenta que había problemas en su relación de pareja para el momento en el que él se hizo la prueba, lo cual dificultó un poco más el poder comunicar su diagnóstico.

“Le dije: te voy a decir algo que tal vez nos cambie la vida a los dos. Recuerdo que estábamos en mi carro y le dije: me hice la prueba de VIH y salió positiva y creo que tienes que hacerte tú también la prueba. Su reacción fue...horrible... nunca lo vi enojado como en esa vez. Me preguntó ¿hiciste algo, fuiste infiel? Y yo le dije: para qué te digo que no, si tú también y lo sabes. Tanto como te lo pude pasar a ti como tú a mí. Se bajó del carro, me azotó la puerta. Yo sé que es difícil, pero tenemos que estar juntos en esto, tenemos que apoyarnos, checarnos, tenemos que tratarnos (para ese entonces ya estaba yo más informado) podemos vivir, todo va a estar bien si le echamos ganas los dos. Me dijo: no, yo no quiero saber nada de ti, me das asco. Al otro día me marcó, me dijo que se quería hacer la prueba, que no quería estar solo en esto. Se hizo la prueba el 7 de Mayo, tengo las fechas en la cabeza horribles, se hizo la prueba, nos salió cara. El mismo día supimos y salió negativo, entonces yo así de ¿qué onda? Eso alimentaba más mi negación, esa parte de mí que no quería aceptarlo. Mi psicóloga me recomendó hablarle a mis parejas sexuales, no tanto para

decirles de mí, sino para que se chequen ellos y sí, se los dije a dos chavos de los cuales supe o bueno, tengo su contacto y se hicieron su prueba poco tiempo después igualmente negativo, esperamos tres meses, mi novio se hizo otra vez la prueba, otra vez negativo. Después me hicieron carga viral y estaba en 40mil unidades ahí es donde en verdad empecé a creerlo”.  
(Rubén 24 años)

El compartir el diagnóstico en el caso de Rubén suscita dudas sobre su pareja respecto a sus prácticas sexuales, no las propias, sino las de Rubén únicamente, al parecer. Si bien es una recomendación por el seguimiento de las personas involucradas parece también darnos elementos para ser inquisitivos y buscar al responsable, a ese que ha traído el virus a la relación, a la familia, a la realidad. Aquel que sacó el virus de la ficción que se vive afuera y lo introdujo a la lista de preocupaciones reales y cotidianas.

### **HÁGASE LA LUZ**

En el caso de Emmanuel, el hecho de compartir el diagnóstico con su actual pareja implicó despertar en él estas dudas de las que Carlos hablaba y volver a escenarios en donde había de nuevo dudas e incertidumbre, ante escenarios de nueva oscuridad.

“Al principio llegas a un tema que no conoces, llegas a un cuarto que está a oscuras, que no sabes lo que hay más adelante, entonces vas tentando, vas con miedo y conforme van pasando los días, los meses, vas conociendo gente, te encuentras una velita y la prendes, entonces ya empiezas a medio alumbrar. Digamos que llegas al CAPASITS y te dan tu velita, que te alumbraba pero pues no alcanzas a ver todo el cuarto, ya conforme vas conociendo gente, conforme te vas desarrollando con algunas personas, vas prendiendo luces y te vas dando cuenta que ya no vas caminando con miedo porque ya ves que hay, ya no vas tentando paredes, ya sabes que no te vas a estrellar. Vas conociendo como estas partes: mitos y leyendas, porque claro que existen los mitos, hasta sobre las lágrimas, los besos, el rastrillo...La primera velita fue el CAPASITS,

después...bueno, tengo un amigo que es abiertamente VIH positivo, lo primero que hice fue escribirle un correo y más tardé en escribirlo que en lo que me estaba llamando por teléfono, él me explicó con manzanitas, él fue un gran apagador que encontré en la pared, tuve el apoyo de otro que es la peor opción porque estas reglas las vive muy a su estilo, así de: me bajo mi antirretroviral con chela, ¿sabes? Son dos casos muy presentes para mi vida. Ahora estoy en un punto bien diferente, pero quien está entrándole al cuarto oscuro, pues es él. Él es quien se anda topando con pared y quien está caminando despacito en una habitación que yo ya más o menos como que domino”. Emmanuel

Emmanuel regresa al punto oscuro aunque quizás acompañado, o más bien, quizás para acompañar a otro. Si bien se sitúa o ve a sí mismo en un momento o punto alejado o aparte de la crisis que generada por el diagnóstico en los primeros momentos hay ocasiones en las que volver será necesario.

El proceso, si lo queremos llamar así, pierde su linealidad supuesta y deja de verse como una cadena de hechos conectados en orden y secuencia definidos. Existe la posibilidad de, como con Emmanuel, volver para acompañar a otro; de que como sucedió con Rubén que aunque parecía tener cierta estabilidad en lo respectivo al diagnóstico volvió a experimentar sensaciones negativas cuando tuvo que compartir el diagnóstico a su pareja. En los casos de varios otros sujetos vemos una separación que podría describirse como dramática al contundentemente afirmar su peligrosidad ante los demás en el plano sexual y cerrar esas posibilidades en un futuro por lo menos inmediato.

El ejercicio de la sexualidad es tema central en los elementos que se fueron reconfigurado conforme la investigación avanzaba, desde las reflexiones sobre la misma pensada desde lo genital hasta pensarla sólo como una serie de prácticas para entenderla al final más bien como un dispositivo y como un aterrizaje en el cuerpo, pero no en un cuerpo entendido tradicionalmente.

“...lejos de que el cuerpo haya sido borrado, se trata de hacerlo aparecer en un análisis donde lo biológico y lo histórico no se sucederían (como en el evolucionismo de los antiguos sociólogos) sino que se ligarían

con arreglo a una complejidad creciente conformada al desarrollo de las tecnologías modernas de poder que toman como blanco suyo la vida.” (Foucault, 2011. p 142)

No es sólo el cuerpo como algo natural y que como resultado nos da el sexo y de ahí surge la sexualidad, pues es social desde el momento en que es nombrado desde la tecnología del lenguaje, son prácticas en escenarios, es poder, es todo y nada, es un concepto que se evapora fácilmente y se escapa de las manos como diría Weeks.

Para Rubin, una teoría sobre el sexo fuera de estos convencionalismos esencialistas “...debe identificar, describir, explicar y denunciar la injusticia erótica y la opresión sexual. Necesita, por tanto, instrumentos conceptuales que puedan mostrarnos el objeto a estudiar. Debe construir descripciones ricas sobre la sexualidad, tal y como ésta existe en la sociedad y en la historia, y requiere un lenguaje crítico convincente que transmita la crueldad de la persecución sexual. Ciertos rasgos persistentes del pensamiento sexual inhiben el desarrollo de una teoría de este tipo. Tales supuestos están tan profundamente enraizados en la cultura occidental que raramente son cuestionados. Por tanto, tienden a reaparecer en diferentes contextos políticos, adoptando nuevas expresiones retóricas, pero reproduciendo los mismos axiomas fundamentales. Uno de tales axiomas es el esencialismo sexual: la idea de que el sexo es una fuerza, natural que existe con anterioridad a la vida social y que da forma a instituciones.” (Rubin, 1989. Pag 13.)

Es claro que el VIH desde sus orígenes nos llevaba a la revisión de la anatomía y fisiología deteriorada de los sujetos, a sus enfermedades y padecimientos. Retomando a Rubin y el abordaje que propone en sexualidad, no es que las capacidades biológicas no sean prerequisites de la sexualidad humana, “...significa simplemente que ésta no puede comprenderse en términos puramente biológicos. Los cuerpos y los cerebros son necesarios para las culturas humanas, pero ningún examen de estos puede explicar la naturaleza y variedad de los sistemas sociales. El hambre del estómago no proporciona indicios que expliquen las complejidades de la cocina. El cuerpo, el cerebro, los genitales y el



lenguaje son todos necesarios para la sexualidad humana, pero no determinan ni sus contenidos, ni las formas concretas de experimentarlo, ni sus formas institucionales. Más aún, nunca encontramos al cuerpo separado de las mediaciones que le imponen los significados culturales”. (Rubin, idem .Pag 15)

La sexualidad entendida como un aspecto de implicaciones colectivas entre los sujetos me funcionó mucho mejor que verla como un aspecto intrínseco y esencial a los mismos. Reflexionar sobre la sexualidad no desde una perspectiva como la que se acostumbra, primero evitando pensar en términos de represión. Primero, me topé con esta depuración rigurosa del vocabulario, como la que reflexiona Foucault en lo que nos planteará con su hipótesis represiva, y aun considerando la apertura de mis sujetos conmigo en cuanto a poder hablar del tema de su vida erótica es notorio un volumen específico, un aire de subversión notado en el aire que hace dar cuenta de cómo aquello que se está enunciando es fuera de lo común y es común el encontrar un aire confesional en los testimonios, porque como plantea en las tecnologías del yo:

“Existe una diferencia significativa entre las prohibiciones sobre la sexualidad y las demás prohibiciones. A diferencia de lo que ocurre con otras prohibiciones, las prohibiciones sexuales están continuamente relacionadas con la obligación de decir la verdad sobre sí mismo”. (Foucault, 1990. P.46)

Foucault plantea su objeto de estudio y dice lo siguiente:

“Mi objetivo, desde hace más de veinticinco años, ha sido el de trazar una historia de las diferentes maneras en que, en nuestra cultura, los hombres han desarrollado un saber acerca de sí mismos: economía, biología, psiquiatría, medicina y penología. El punto principal no consiste en aceptar este saber como un valor dado, sino en analizar estas llamadas ciencias como «juegos de verdad» específicos, relacionados con técnicas específicas que los hombres utilizan para entenderse a sí mismos”. (idem, p.46)

A Foucault no le interesan como tal sólo a nivel teórico el funcionamiento de estas tecnologías que regulan el comportamiento de los sujetos...

“...sino en relación con un grupo de prácticas del final de la Antigüedad. Estas prácticas estaban constituidas en griego como epimelēsthai sautou, «el cuidado de sí», «la preocupación por sí», «el sentirse preocupado, inquieto por sí». El precepto «ocuparse de uno mismo» era, para los griegos, uno de los principales principios de las ciudades, una de las reglas más importantes para la conducta social y personal y para el arte de la vida. A nosotros, esta noción se nos ha vuelto ahora más bien oscura y desdibujada. Cuando se pregunta cuál es el principio moral más importante en la filosofía antigua, la respuesta inmediata no es «Cuidarse de sí mismo», sino el principio délfico gnothi sauton («Conócete a ti mismo»).

En lo que respecta a cómo pasamos en occidente de una visión de autocuidado en la cual la administración y el autogobierno de los sujetos eran la parte importante y primordial puesto que se asumía que los sujetos tenían perfectamente la capacidad para aprender el dominio de ello, de allí se llegó a un punto en el que el sujeto da cuenta de sus prácticas pero no con la finalidad del aprendizaje para la autogestión del sujeto y el conocimiento de sus justas medidas, sino con la finalidad de hablar de ellas en términos de lo que se debe o no, en términos de lo que debe hablarse porque no es lo deseable y tan necesario es de hablarse porque con su enunciación viene el perdón. Aquí la variable es la búsqueda del perdón, la culpa; no estamos hablando de represión, sino una selectividad en donde estas enunciaciones pueden tener cabida y esta selectividad nos lleva hacia la incitación a los discursos.

“Según la nueva pastoral, el sexo ya no debe ser nombrado sin prudencia; pero sus aspectos, correlaciones y efectos tienen que ser seguidos hasta en sus más finas ramificaciones: una sombra en una ensoñación, una imagen expulsada demasiado lentamente, una mal conjurada complicidad entre la mecánica del cuerpo y la complacencia del espíritu: todo debe ser dicho. Una evolución doble tiende a convertir la carne en la raíz de todos los pecados y trasladar el omento más importante

desde el acto mismo hacia la turbación, tan difícil de percibir y formular, del deseo; pues es un mal que afecta al hombre entero, y en las formas más secretas” ( Foucault 1996.p.19).

Los interrogatorios sobre la vida sexual, el tinte confesional que adquiere el hablar de prácticas sexuales no reproductivas, y hablar de ellas desde un “conócete a ti mismo” más que desde un “cuidado de sí”. Testimonios del tipo “ni modo que a la psicóloga le diga que hago sexo oral a mi novio sin condón” dan cuenta de la selectividad de eso que se enuncia, del momento en el que es prudente decirse y de la finalidad con la que se enuncia, como buscando un área en la que no llegue esta necesidad de confesar, pero a sabiendas de que existe, se le busca tanteando terreno para evitar pisar el campo minado, y dado que sexualidad tiene dominios confusos, terrenos indefinidos y fronteras ilusorias, el tema es de cuidado selectivo y de contemplaciones varias.

“Entonces, ¿de qué es historia la historia de la sexualidad? Mi respuesta un poco decepcionante sería que es una historia sin un tema determinado (...) Suele ser una historia acerca de nuestras preocupaciones siempre cambiantes acerca de cómo deberíamos vivir, cómo deberíamos disfrutar o negar nuestro cuerpo, tanto como acerca del pasado. La manera en que escribimos sobre nuestra sexualidad nos dice tanto del presente y sus preocupaciones como de ese pasado”. (Weeks.1998, p.58)

De ahí que la vida sexual de los sujetos sea impactada en espacios como la familia (aunque no se profundizó mucho en ella), el amor (que surgió emergentemente y del cual sería fabuloso se centraran investigaciones futuras en torno al VIH y el amor, dado que esta investigación evidentemente no lo pudo cubrir porque desde el principio no se lo planteó como prioridad) y temas referentes a la salud, a la separación de los sujetos sanos de los enfermos; la sexualidad tiene impacto en las maneras de sociabilización, las expectativas en las relaciones, se mezcla con otras representaciones de un deber ser como lo es el amor romántico, la construcción de una relación de pareja estable y monógama, porque al final de cuentas si se sale de algunos rubros, se debe entrar lo más posible a la norma. Como diría Rubin al hablarnos de su modelo de estratificación

sexual en donde los sujetos son valorados en función de qué tanto pueden entrar lo más posible al esquema de lo heterosexual, monógamo y reproductivo:

El resultado más importante de este enfoque histórico de la sexualidad es que abre todo el campo al análisis y a la evaluación críticos. Ahora es posible relacionar la sexualidad con otros fenómenos sociales. (...)“La expresión generalmente utilizada de "construcción social de la sexualidad" suena dura y mecanicista, pero en realidad es un asunto bastante directo y comprende "las maneras múltiples e intrincadas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configurados por la sociedad en que vivimos" (Weeks 1998, p.61).

La sexualidad resulta un mejor elemento de análisis si se le ve desde lo colectivo y no desde lo natural, personal o esencial, y desde la crítica a la misma como un elemento de mayor instrumentalidad para el control. Como un dispositivo y no como algo de lo que se habla y nos da libertad como pudiera pensarse; los planteamientos de Foucault en sus reflexiones sobre la hipótesis represiva son representados aquí en los relatos de los informantes. La sexualidad está llena de una incitación al discurso, facilita que el sujeto se vea identificado, le habla de sí, y le habla desde lo que sabe de sí, desde lo que se tiene como referencia ahora, desde la periferia en la que le coloca el propio uso de la misma. La sexualidad pareciera ser líquida puesto que se diluye en las manos, cambia de temperatura y de intensidad dependiendo del momento en que se hable de ella, del permiso que se otorguen los sujetos en estas relaciones de poder y resistencias. La sexualidad aquí aparece como este elemento instrumental, dotado de potencialidad para batallas ideológicas, para mostrar diferencias y usada también para la invención de infancias para los sujetos y como elemento también para estigmatizar un futuro inventado ( en este caso y en estos sujetos) en función de una orientación sexual real o supuesta, que a la gente le habla de ausencias, de vacíos, de estilos de vida poco decentes, de ejercicios que deben ser sancionados, de futuras sanciones que deberían venir para enseñar algo al sujeto, para que se conozca mejor a sí mismo.

## DRAMA SOCIAL

Sobre el drama social pensaba en un inicio que era un elemento teórico dotado de una serie de eventos que encajaban casi a la perfección con el proyecto de investigación: seriado, secuenciado, lógico, explicativo e ilustrativo de cierta suerte de ciclo vital del sujeto con VIH. La revisión del tema me llevó a planteamientos que cuestionaban la linealidad y mecanicidad del tema por muy seductora y cómoda que pudiera resultarme la idea de que ahí estaba la clave a la medida de mi problema de investigación, sin descartar tampoco la funcionalidad del mismo tema me doy cuenta que no hay posibilidad de modelo teórico que encaje a la perfección de fenómenos como este.

La figura turneriana del Drama Social se define desde el conflicto, manifestado públicamente en episodios de irrupción tensional, a eso Turner le llamará drama social, y éste drama toma lugar en fases inarmónicas en los procesos sociales.

“Cuando los intereses y actitudes de grupos e individuales se mantienen en obvia oposición, los dramas sociales parecen constituirse como unidades descriptibles de progreso social. No todos los dramas alcanzan una resolución clara (totalmente), pero si lo suficiente para hacer posible un estado de lo que entonces se llama la “forma procesual” del drama” (Turner, p33)

El drama es para Turner definido desde el progreso, marcando una primera falla o raíz de conflicto desde la cual tiene que existir un avance en términos de reintegración,

“En el drama social, aunque las elecciones de significados y finales y afiliación social se elaboran, el estrés predominantemente reposa sobre la lealtad y la obligación, tanto como interés, y el curso de eventos puede entonces tener una cualidad trágica.”

El conflicto parece traer consigo aspectos fundamentales de la sociedad, normalmente sobrepuestos por costumbres y hábitos de la diaria convivencia, en temor. La gente debe tomar postura en términos de

imperativos morales profundamente arraigados, en ocasiones contra sus propias preferencias personales”. (Turner, p.35)

### **LA BRECHA**

Para Turner el Drama social consiste en cuatro fases que son posibles de observar, siendo la brecha la primera de ellas y caracterizada por un señalamiento público sobre un incumplimiento de alguna norma crucial en la dinámica social. El fallar a dicha norma implica un evidente símbolo de disidencia y si bien en el drama social no es como tal un crimen, sí hace reminiscencia a este. “Es en realidad un gatillo simbólico de confrontación o encuentro”. Una brecha dramática puede ser hecha por un individual, ciertamente. El sujeto se ve a si mismo como representativo, no como un sujeto solo (Turner. P 38).

En la etapa de la brecha es relativamente sencillo querer acomodar el diagnóstico como si fuese el símbolo de esta falla a la norma social, a una gran norma social que tiene que ver con el modo en el que la sexualidad se vive, la transgresión por un uso de la misma no común, o no bajo los criterios de lo reproductivo y heterosexual, una sexualidad ejercida desde y para los rincones intermedio o bajos en la escala de estratificación sexual que nos plantea Rubin, para las sexualidades de afuera, las ubicadas en las periferias.

“La cultura popular está imbuida de ideas tales como que la variedad erótica es peligrosa, insana, depravada y una amenaza a casi todo, desde los niños pequeños hasta la seguridad nacional. La ideología sexual popular es un nocivo brebaje hecho de ideas de pecado sexual, conceptos de inferioridad psicológica, anticomunismo, histeria colectiva, acusaciones de brujería y xenofobia. (...)Yo denominaría a este sistema de estima erótico la última forma de prejuicio socialmente respetable, si no fuera porque las viejas formas muestran una obstinada vitalidad y porque continuamente siguen apareciendo formas nuevas.

Todas estas jerarquías de valor sexual -religiosas, psiquiátricas y populares- funcionan de forma muy similar a los sistemas ideológicos del racismo, el etnocentrismo y el chovinismo religioso. Racionalizan el

bienestar de los sexualmente privilegiados y la adversidad de la "chusma sexual". (Rubin, 1989. P 20).

La sexualidad y su uso son valorados socialmente y dependiendo del sistema de valores desde el cual se valoren, se merecerá o no un señalamiento u otra sanción simbólica, Turner decía que no necesariamente la brecha era causada por un delito, pero que sí era generada por un hecho simbólicamente equiparable a uno. Rubin ejemplifica:

“El sexo malo es el homosexual, promiscuo, no procreador, comercial o el situado fuera del matrimonio. Será la masturbación, las orgías, el encuentro sexual esporádico, el cruce de fronteras generacionales y el realizado en "público" o al menos en los arbustos o en las baños públicos". (Rubin, 1989. pag 20)

El uso de una sexualidad dedicada o utilizada simplemente en el placer, posiciona al sujeto en un espacio en el que está fuera de la templanza, del recato y de lo deseable socialmente o lo valorado como positivo. En el caso de estos sujetos, los posiciona como sujetos de "mucho cuerpo o sólo cuerpo" de acuerdo a las reflexiones de Llamas:

“Si, como hemos visto, «el homosexual» es sólo sexo (cuerpo perdido en el ejercicio de su dimensión física), en el polo opuesto se sitúa «el hombre»; el sujeto por excelencia, cuya esencia se dirime en la vida social, la disciplina, la responsabilidad, la moral, la economía, la filosofía, la política. Un sujeto que no tiene que aclarar su heterosexualidad porque le es consustancial, que ejerce socialmente (y físicamente, pero en secreto, y a través de los objetos que domina) un papel predeterminado. El sujeto verdadero personifica el lado positivo y valorado de la oposición simbólica que se establece en términos corporales entre la cabeza (el cerebro) y el —bajo— vientre (los genitales), y que equivale a otros binomios: Racionalidad/Instinto, Alma/Cuerpo.... (Llamas.1994.P 155)

Si bien, hemos visto elementos que disparan una valoración a la sexualidad de estos sujetos, no me parece prudente afirmar categóricamente que la brecha inicia con la sola orientación sexual o el nombre dado a la manera en la que la

misma sexualidad de estos sujetos se nombra. Turner marca el reconocimiento del entorno social como si fuera un factor clave que activa esta primera fase del drama, eso bien podría llevarnos a que la brecha surge cuando el sujeto enuncia su diagnóstico frente a algún familiar o amigo, o quizás, ( una idea con la que estoy un poco más de acuerdo) la brecha bien podría surgir en el momento en que el diagnóstico es enunciado frente al sujeto aunque este mismo no sea quien lo mencione sino el receptor del mensaje que sale de la boca de, por ejemplo, el psicólogo que entrega el papel membretado con el diagnóstico impreso posterior a la enunciación de la palabra “positivo”.

Pero podremos preguntarnos también, posterior a acariciar la idea de que podemos afirmar lo anterior 1) si es en efecto con el diagnóstico tal cual con el que la falla es enunciada 2) si es con la sospecha del mismo diagnóstico desde la lógica del castigo, del temor potencial al cuerpo enfermo como lo marca Sontag al afirmar que las metaforizaciones del SIDA nos hablan igual de un sistema de valoraciones. 3) si es con la salida del closet que habla de la potencialidad del mismo diagnóstico a futuro (recordando a los padres de alguno de los usuarios que explícitamente advirtieron a su hijo sobre el VIH en el momento en el que ellos hablaron sobre su sexualidad ante ellos) o 4) si el evento (diagnóstico, sospecha del mismo o salida del clóset) no es lo trascendente, sino la respuesta social que haga que el sujeto se separe más, y que funciona como reflejo de la distancia a partir de la cual el sujeto será categorizado. Desde aquí nos topamos con un primer inconveniente al tratar de explicar desde el drama; recordemos que no es que el drama no sirva, sino que simplemente sus límites son más estrictos y lineales que los de la experiencia misma respecto al VIH en sujetos gay. ¿Es la brecha desde el nombramiento de aquel cuerpo que es demasiado cuerpo?

¿Basta con que se nombre a sí mismo como diferente? ¿Hay elementos para asumir que corresponde más a la orientación sexual que a la revelación del diagnóstico frente a por ejemplo, los padres o la pareja? ¿En dónde encontraríamos dichos elementos?

Suponiendo que el diagnóstico y su enunciación ante el sujeto fueran el núcleo del factor detonante, encontramos un elemento simbólico importante que



es el papel membretado, el mensaje verbalmente dado por otra persona, un representante institucional en donde no podría haber espacio a dudas como si lo comparásemos únicamente con alguna otra persona. Hay autoridad del sujeto que lo enuncia, hay un respaldo simbólico y que incluso por los sellos institucionales puede adquirir carácter oficial, hay una enunciación verbal, un sonido que se reparte en la habitación y que en segundos concentra toda la sospecha previa del mismo diagnóstico. Ahí es donde se sintetiza la experiencia que pudo surgir con la búsqueda por una sospecha, con una prueba rápida que se realizó por mera curiosidad rutinaria. Es un momento de síntesis, de despunte pero que no por serlo deja de lado las otras experiencias previas o prescinde de ellas para tener peso.

### **La crisis**

La siguiente fase es la crisis: durante la cual, Turner menciona que a menos que la brecha se selle prontamente, en un área limitada de interacción social, hay una tendencia a extenderse hasta que se vuelva dominante en los más anchos espacios de relevancia de las relaciones sociales a las cuales pertenecen las partes antagónicas. Es un escalamiento del drama que involucra dos bandos. ¿Se puede marcar desde el criterio de sanos / enfermos? ¿Desde la sensación de proximidad con la muerte que puede acompañar al diagnóstico? ¿Desde la internalización de nociones donde el sujeto se asume o reconoce como peligroso? ¿Habla sobre quienes se enferman o sobre aquellos que construyen ese saber?

Muchas experiencias fueron recuperadas con los informantes desde la revelación del diagnóstico que con fines prácticos y expositivos, fue el momento que se tomó en cuenta como aquel en el que se pueden condensar los significados y atribuciones al vivir con VIH. Siendo un sujeto asumido y reconocido como gay, aquí podríamos decir que la tensión se extiende, condición que para Turner es definitiva cuando de la crisis se habla, la extensión de la brecha y el empuje constante entre partes antagónicas se encuentra apuntalado en dos ingredientes, el uso no normativo de la sexualidad y el diagnóstico de VIH, lo que posiciona al sujeto como enfermo y para el ojo social, enfermedad causada por la primera condición.

“El SIDA habla de una “revolución inacabada” en las relaciones sexuales occidentales: un derrumbe de las incertidumbres establecidas de la vida de familia, una explosión de diferentes estilos y experimentos de vida, una potente pero incompleta democratización de las relaciones, y una tensión aguda entre deseos individuales y pertenencias colectivas. No es sorprendente que el SIDA como aduce Seidman (1992, p.146), se haya convertido en principio para combatir por una ética sexual y esclarecer el significado y la moralidad del sexo (Weeks, p.162)

De ahí que la metáfora bélica a la que alude Sontag en “El SIDA y sus metáforas” tenga esta resonancia en las versiones que se escuchan cotidianamente. “Combatir el SIDA”, “La lucha contra el VIH” se han convertido a través de cierta suerte de teléfono descompuesto, en motivos, argumentos y razones para culpar de la epidemia a las personas que viven con el virus.

“En una guerra abierta el gasto lo es todo, no exige prudencia; la guerra es, por definición, una emergencia para la que ningún sacrificio es excesivo. Pero las guerras contra las enfermedades no consisten simplemente en una llamada a que se preste mayor atención o a que se dedique más dinero a la investigación. La metáfora militar sirve para describir una enfermedad particularmente temida como se teme al extranjero, al «otro», al igual que el enemigo en la guerra moderna; y el salto que media entre demonizar la enfermedad y achacar algo al paciente es inevitable, por mucho que se considere a éste como víctima. Las víctimas sugieren inocencia. Y la inocencia, por la inexorable lógica subyacente en todo término que expresa una relación, sugiere culpa. Las metáforas militares contribuyen a estigmatizar ciertas enfermedades y, por ende, a quienes están enfermos.” (Sontag, 1988. P 48)

La peligrosidad que reflejan sentir varios de los sujetos entrevistados, nos llevan a suponer que bien podría ser este modelo de representación del VIH/SIDA un ingrediente importante, la sensación de culpa constantemente reflejada en los testimonios, el “No te vas a morir, pero vas a matar a alguien” de Emmanuel, el “no quiero joderle la vida a alguien más” de Luis en un atller de sexo seguro, el “Si

a mí, esta persona no me protegió o no me dio la opción, pues debo yo de tener yo esa actitud de cuidado a los demás” de Camil, el hablar sobre el exnovio con el cual adquiere el virus. Todas estas nociones de peligrosidad en el sujeto tienen en común el ingrediente de la culpa, remiten a los “flujos venenosos” en las palabras de los informantes y confieren en ellos la responsabilidad de la epidemia. No en los servicios de salud, no en el estado, no en las personas en términos generales, no en las dinámicas sociales y culturales, sino en ellos, en los sujetos que tienen el virus porque se asume que algo hicieron para presentar esta condición.

“No se trata de un mal misterioso que ataca al azar. No, en la mayor parte de los casos hasta la fecha, tener sida es precisamente ponerse en evidencia como miembro de algún «grupo de riesgo», de una comunidad de parias. La enfermedad hace brotar una identidad que podría haber permanecido oculta para los vecinos, los compañeros de trabajo, la familia, los amigos. También confirma una identidad determinada y, dentro del grupo de riesgo norteamericano más seriamente tocado al principio, el de los varones homosexuales, ha servido para crear un espíritu comunitario y ha sido una vivencia que aisló a los enfermos y los expuso al vejamen y la persecución(...)La transmisión sexual de esta enfermedad, considerada por lo general como una calamidad que uno mismo se ha buscado, merece un juicio mucho más severo que otras vías de transmisión, en particular porque se entiende que el sida es una enfermedad debida no sólo al exceso sexual sino a la perversión sexual. (Me refiero, naturalmente, a Estados Unidos, donde se está diciendo a la gente que la transmisión heterosexual es extremadamente rara y poco probable —como si no existiera el continente africano—. Una enfermedad infecciosa cuya vía de transmisión más importante es de tipo sexual pone en jaque, forzosamente, a quienes tienen vidas sexuales más activas, y es fácil entonces pensar en ella como un castigo”. (Sontag, 1988. Pag 54)

Con elementos como tales para la crisis, la expansión de la misma es insoslayable y los escenarios que toca son diversos. La crisis se extiende al territorio familiar en la revelación del diagnóstico o en los esfuerzos por evitar que

en la familia se enteren, la crisis toca el consultorio médico, el escenario de pareja y de construcción de nuevas relaciones, la vida sexual y el temor de no llevarla a cabo “plastificada” como varios sujetos lo mencionan, la sensación de potencial menosprecio por vivir con el diagnóstico marca pautas para iniciar o no futuras relaciones.

Pero volvámonos a preguntar si la crisis empieza en un momento particular. ¿Desde dónde se teme la propagación de la brecha mencionada anteriormente? ¿Estamos hablando de crisis desde el momento en el que potencialmente el sujeto puede imaginarse o asumirse enfermo y desgastado incluso antes del diagnóstico? ¿Tiene que ver más con lo que las personas a su alrededor puedan o no saber su diagnóstico sin su consentimiento a manera de divulgación del diagnóstico sin su consentimiento? ¿Tiene que ver con dejar de cargar el peso del diagnóstico en solitario y comunicarlo con la pareja o la familia? ¿Tiene que ver con la necesidad de asumirse o comunicarse positivo previamente a las relaciones sexuales o al establecimiento de una relación de pareja? La crisis variaría atendiendo las preocupaciones de los casos particulares de los sujetos y el propio cruce de circunstancias en el cual se ubiquen. Lo que para Carlos pudo representar crisis al terminar su relación de pareja por una infidelidad meses posteriores al diagnóstico propio y de su pareja, pudo ser crisis para Rubén desde el imaginar la posibilidad de un diagnóstico positivo y que se redujo en el momento en el que recibió un diagnóstico confirmado con western blot, evento que podríamos asumir como el punto de partida en otros testimonios.

La crisis, por mucho que pueda ocupar diversos espacios y momentos de la experiencia, estará caracterizada más que por una ubicación, por una serie de sensaciones de certeza o incerteza vinculadas con el diagnóstico. El desacomodo en términos generales bien podría ser la característica principal, si bien no hay puntos en los que todos los sujetos se pongan de acuerdo respecto a un cuando, sí parece haber un qué sentir y esta resonancia o recurrencia se manifiesta en las incertidumbres que se sintetizarían en este “¿qué pasará conmigo” en esta sensación de desmoronamiento, de inseguridad por el futuro a corto plazo o

inmediato, en esta etiqueta de lo “no sano” de lo “amenazante” para el sujeto propio y para los que le rodean.

### **ACCIONES REPARADORAS**

Con la finalidad de limitar la propagación de la crisis, hay ciertos mecanismos formales o informales, institucionales o no institucionales que son traídos a operación. Estas herramientas pueden variar desde el consejo personal hasta el involucramiento de maquinaria jurídica y legal, y para resolver ciertos tipos de crisis o legitimar otros modelos de resolución, de recurre al performance de un ritual público.

Los intentos por facilitar la adherencia en los sujetos, los talleres y sesiones de consejería para prevenir reinfecciones y prevenir que el sujeto transmita su virus a otras personas (quizás desde la misma lógica expuesta en el punto anterior en donde abordamos a los sujetos peligrosos), los cuidados subsecuentes en cuanto a la dieta, la necesidad expresada de compartir el diagnóstico para ser honesto con el estado de salud, etc, configuran una serie de acciones por parte de ambas partes ( el sujeto y su entorno) por reducir el impacto de la brecha, por reducir la magnitud de la crisis.

Si pensamos en la postura de Sontag y la valoración de la infección que nos plantea, ¿estamos frente a un suceso percibido como sanción que necesita ser contrarrestado a través de acciones que “limpien el nombre del sujeto” a través de ser honesto con su estado serológico y cuidadoso con la salud de las demás personas a través de recurrir al sexo seguro? Pareciera ser que sí ¿Se mezcla un poco con la culpa percibida en el punto anterior? Podría ser también.

Las acciones reparadoras tienen que ver con este “algo que se hace desde ambas partes” El facilitar servicios de salud, pero también el ser honesto con el diagnóstico y hablar de él, y esto nos lleva a reflexionar si el sujeto necesitara ser honesto con ello, que me puede llevar a pensar que desde esa enunciación le estamos confiriendo una naturaleza deshonestas. Por otro lado, según varios otros testimonios, las acciones subsecuentes tiene que ver con la necesidad de aprendizaje, como la creación de un “saber de VIH” así como un “cuidado de sí”.

La metáfora que nos comparte Emmanuel sobre las velas encendidas en el cuarto oscuro, tiene que ver con una iluminación, o el adquirir ciertas nociones, saberes así como atravesar procesos que permitan cierto dominio y control sobre la situación. Los esfuerzos pueden verse desde ambos espacios. Desde el sujeto y desde las instituciones de salud y las familias, aunque habría que reflexionar sobre la raíz de cada uno de ellos, para saber qué tan genuino podría ser el elaborar estas reflexiones, para analizar si son o no la repetición de discursos estigmatizantes y reguladores de las prácticas con miras a mantener la visión de castigo. El ejemplo de la madre de Carlos es clave: “Hazte responsable de tu enfermedad”.

La búsqueda de la indetectabilidad a través de la adherencia al medicamento, la reducción del “peligro para los demás” que implica el diagnóstico del sujeto también habla de la necesidad de reducir las tensiones potencialmente producidas por una infección a otra persona. La necesidad de buscar apegarse a las indicaciones médicas y ser “un buen paciente” una versión cuidadosa y gobernada de sí mismo para contrarrestar la posible historia especulada detrás del sujeto a partir de su virus. La búsqueda de relaciones monógamas o estables, aunque preferentemente parece ubicarse aquí la opción de omitir indicadores de vida sexual y / o afectiva en el sujeto. Las acciones reparadoras pueden verse desde una óptica que nos permita reconocerlas como apoyo y solidaridad o como intentos de control y disciplinamiento.

“Pero finalmente estos mismos cambios que a muchos les parece que ilustran el derrumbe final de las esperanzas ilustradas de la modernidad, han producido nuevas solidaridades a medida que la gente trata de resolver los retos de la modernidad de modos profundamente humanos. El VIH y el SIDA te marcan. También han proporcionado el reto y las oportunidades para la creación de nuevas sensibilidades, forjadas en el crisol del sufrimiento, la pérdida y la sobrevivencia. El dolor, la rabia y la furia han engendrado cuidado, mutualidad y amor. Un testimonio de las posibilidades de crear vínculos humanos entre los abismos de una cultura implacable. Vemos en ellos, según yo creo, las posibilidades reales de un

humanismo radical, basado en las luchas y expectativas de la gente, en historias particulares y en tradiciones electivas". (Weeks, p. 163)

El punto de vista de Weeks es una postura alentadora respecto a lo que podría hacerse en cuanto a la atención, la reducción del impacto de la epidemia, y del estigma y discriminación asociados al diagnóstico incluso en esta cultura implacable, como él la llama.

Sin embargo, muchos otros esfuerzos que podríamos pensar o dibujar dentro de las acciones reparadoras, tiene más quien que ver, con la vigilancia, con la configuración de sujetos peligrosos de los que hay que cuidar a la inocente o población en general como lo planteará Sontag o por otro lado, desde una perspectiva asistencialista en la que es común escuchar en la práctica cotidiana la palabra "Pacientito" que posiciona al sujeto en un sitio de indefensión, de poco control sobre la situación y de necesidad de ayuda o incluso, compasión.

Lo reflexionado sobre el biopoder y los nuevos disciplinamientos que van más bien sobre un deber de sí que sobre un cuidar de sí son representantes de esta vigilancia y de esta configuración de sujeto más o menos congruente (pero no verdadero) en donde su vida sexual delimitada por su infancia le lleva a presentar la infección por VIH y le llevará a hacerle daño a su propio cuerpo y a los de otros. Lo no posible, lo no recomendado, lo prohibido y lo indebido forman parte de una serie de cosas que se dicen consensuadamente alrededor del diagnóstico, tan es así que las personas pueden tener una lista elaborada con estos puntos desde mucho antes de contar con un diagnóstico confirmado.

Cabe la reflexión sobre si como tal existen estas acciones reparadoras o si más bien podríamos llamarlos "deseos de reparación", o una necesidad percibida de que algo debe recuperarse. Si bien podríamos hacer una lista o un esquema de cosas por hacer, bien podríamos encontrar que no todas ellas estarían en el mismo orden de importancia en el abordaje e todos los casos, no todas tendrían el mismo peso o prioridad, y del mismo modo tendrían maneras diferentes de ser llevadas a cabo o de plantearse su realización. Que hablemos de que la adherencia al tratamiento puede ser una acción reparadora no la hace una práctica llevada a cabo infaliblemente, lo mismo ocurriría con los servicios

amigables, con centros de salud libres de estigma y discriminación, con acceso universal al tratamiento, con la revelación del diagnóstico en términos que para el sujeto con VIH no representen siempre acabar siendo discriminado por aquella persona a quien le comparte su condición serológica.

### **¿Escisión definitiva o reintegración?**

Después de la tormenta llega la calma, pero aquí el meollo es definir en dónde arranca la tormenta, en dónde aumenta la intensidad y saber si una calma eventual implica el acercarnos al final o únicamente es una reducción en el ritmo e intensidad. Para Turner esta última fase del drama puede tener dos vertientes; el sujeto puede reintegrarse bajo la marca de ser aquel que violó una norma, o definitivamente despedirse del sistema social al cual le falló. “Sea la integración del perturbado grupo social o de la legitimación y reconocimiento social del sistema irreparable entre las partes involucradas” (Turner, p 41).

¿Qué necesitaríamos para poder hablar de sujetos reintegrados? ¿Cómo definimos un sentirse mejor? Tomemos como referencia a Rubén quien recientemente coincidió conmigo y me dijo que estaba feliz por cumplir dos años con su diagnóstico (Al inicio de este proyecto había sido recién diagnosticado y su situación era bastante complicada acompañada de dudas y un cuadro depresivo que se atendía en psiquiatría) Rubén comenta que este evento le dio un significado a su vida en el sentido del cuidado de sí mismo, pero algo que no mencionó en esta ocasión fue una preocupación externada durante el proceso de “aceptación” de su diagnóstico. Cuando su pareja fue diagnosticada también él entró en una situación de estrés insospechada y ante la cual no había podido adelantarse como en su propio diagnóstico dado que el diagnóstico de su pareja lo atribuía directamente a él mismo, a su relación presente, en varias ocasiones dijo “No podría vivir sabiendo que lo contagié” situación que no hacía sentido dado que siempre utilizaban condones. Es cuando su pareja le comenta sobre prácticas de riesgo previas a su relación es donde el diagnóstico cobra sentido y lógica de existir, rebajando drásticamente la culpabilidad vivida por Rubén. Rubén pudo refutar la “profecía” de que le transmitiría su virus a alguien que quería, la crisis



vivida por él previo a la confirmación con el diagnóstico es más llamativa en la narración que en los demás sujetos, en comparación de que generalmente los demás estallaron en crisis posterior al diagnóstico.

De aquí que me parece prudente tomar lo visto y revisado desde el esquema del drama social, que si bien es muy funcional e ilustrativo para poder esquematizar las experiencias que los sujetos viven en diversos puntos de sus vidas al poner cosas en común a través de ubicar más o menos al mismo tiempo ciertos eventos, es necesario de ver con la pertinencia necesaria para no dejarse llevar por la idea seductora de estar frente a un “ciclo vital del sujeto con VIH”. Si bien, el VIH puede ser documentado, externado y vivido en términos generales como un drama, éste no tiene siempre los mismos puntos de partida aunque en la gran mayoría la explosión se condense en el diagnóstico.

Tampoco podemos asumir que la crisis es una sola y que se soluciona en determinado momento al ir entrando a cuarto donde las velas se encienden. Me parece que si bien, podríamos afirmar sobre la crisis que es un gran cuerpo generador de problemática en las vidas de los sujetos, no es un ente que se vaya trasladando temporalmente hacia su solución. Más bien parece, tomando en cuenta los testimonios y las preocupaciones reflexionadas desde lo teórico, que esta gran crisis donde el mismo autoconcepto del sujeto se ve tambaleado, toma nuevos escenarios y momentos, nuevas formas en las que algunos rasgos pueden solucionarse, otros no tanto, otros escenarios de conflicto se mantendrían recesivos o latentes. Quiero decir con esto; imagino este gran drama tomando diversas dimensiones en las cuales empieza a dibujarse como una serie de dramas que se posicionan en diversos puntos, que necesitan diversas estrategias y que ocupan diversos espacios de preocupación, solución y problematización. Esto no garantiza que el drama dividido, o el fragmento de drama se solucione de tajo para jamás volver. Me parece que el drama de temer transmitir la infección a una nueva pareja sexual puede presentarse en diversos momentos y diversas intensidades, me parece que el temor a enfermarse puede reactivarse ante cuadros de enfermedad que las personas enfrentamos en momentos diversos de nuestras vidas.

El modelo del drama, bien puede llevarnos a la reflexión de las fuerzas que se mueven en este escenario de conflicto, a las posturas conservadoras que culparán o las más sensibles que podrían complejizar la situación y procurar poner en dimensiones más justas los eventos. A los mismos procesos de los sujetos y los mismos puntos de referencia desde los cuales tendrán diversas maneras de ser configurados y problematizados. A considerar que el diagnóstico puede ser el parte aguas en ocasiones, pero que no es garantía de un punto de inicio en todo momento. Creo, desde este punto y en este momento donde puedo mirar hacia atrás y recordar mis primeros planteamientos que el ejercicio es de hacer preguntas más que de elaborar premisas contundentes, que la configuración de sujetos que puede funcionar más no es la de la estricta visión de la medicina clínica y tradicional, pero tampoco desde la victimización de los mismos sujetos.

El tema es inagotable como al principio dije. Siempre queda abierta la puerta a reflexionar más sobre el disciplinamiento, la percepción de riesgo, a no olvidar el amor como objeto o experiencia de problematización a procurar encontrar contribuir a estas discusiones desde los puntos menos explorados y bajo metodologías más flexibles que nos metan a zonas “peligrosas “ en las que hace falta reflexionar.

El drama social como modelo plantea una guía, a mi parecer, muy práctica para poder darle cierta esquematización al desorden y desajuste que el tema implica traer a la conversación. Dentro de toda la crisis, dentro de toda la duda y sensación de incertidumbre, dentro de toda la serie de preocupaciones que aparecen desordenadas en los sujetos y los significados que parecen llegar todos en un solo momento y dejar a los sujetos sin herramientas ante el fenómeno, el drama social puede ayudarnos a intentar acomodar en momentos diversos los pequeños pedazos que podríamos reconocer como decisivos y en el momento del intento por acomodar nos dará luz sobre la elasticidad del fenómeno. Considero necesario el intento de ajustar el fenómeno para poder aceptar su condición de flexibilidad (que no de inconsistencia). Dentro de lo necesario que se puede percibir el acomodar con fines de ejercicios terapéuticos, de marcar fases, de plantear límites en pasos y cargas simbólicas en los elementos presentes es

inevitable la reflexión que llevaría al punto de entender que los límites no serán contundentes, universales y que no caerán siempre en el mismo lugar aunque hablemos del mismo fenómeno, puesto que se obedece a momentos, a códigos, a variables más fuera del alcance de los sujetos y a elementos también muy personales de las personas entrevistadas.

El fenómeno queda de nuevo como inagotable, como reconfigurable y ojalá haya provocaciones para repensarlo, desmenuzarlo, objetivarlo de modos nuevos y que den cuenta de las mismas realidades de los sujetos y de quienes investiguen, porque al final nuestra implicación ahí está. En algún momento empezó a ser muy popular la frase de que “actualmente todos vivimos con VIH” y no se trata de que todos lo portemos en nuestra sangre, pero sí en reconocer que forma parte de nuestra realidad, de que hay más personas con el virus en nuestra vida cotidiana de las que sabemos y que quizás ni siquiera ellas lo saben. Siempre será buen momento para replantear nuestro VIH ante nosotros mismos, de objetivarlo con diversas herramientas y a través de diversas reflexiones. Mi VIH aquí está, para ser idealmente, herramienta de futuras reflexiones y motivo de nuevas conversaciones para dar luz o sombra según se deseé.

Utilizando la metáfora de Emmanuel, el cuarto puede iluminarse, pero podrían haber luces que eventualmente se apagarían y otras secciones de la habitación que tardaremos más en descubrir para iluminar y volver a recorrer para poder conocer.

## CONCLUSIONES

Al inicio de este proyecto de investigación; en su fase exploratoria y en la delimitación del objeto de estudio, había una serie de reflexiones hechas sobre el tema de manera informal e incluso un tanto ingenuas por mi parte: el acercamiento empírico primero desde la experiencia personal como sujeto que acude a los servicios, en un segundo momento desde las ONG y después desde mi implicación trabajando en el CAPASITS delimitaban o daban cierta luz sobre el tema, mas no en el punto de complejidad desde el cual es necesario situarse al realizar una investigación.

El acercamiento con el tema desde la elaboración de un proyecto de investigación implicó reconocer como necesarios una serie de ajustes, encontrar nuevas flexibilidades y entrar a disciplinamientos nuevos por mi parte, para de ahí poder seleccionar cortes específicos del tema que me llevarían a abordarlo del modo en el que permite finalizar el proyecto con estas conclusiones.

Se trata de no afirmar de ninguna manera que lo dicho por mí aquí me posiciona al final de todos los planteamientos que pudiera yo hacer. El tema es inagotable y dejo puerta abierta a nuevas provocaciones para mí mismo y para otras personas que decidan implicarse e investigar el fenómeno; que decidan tomar nuevos y diferentes puntos para poder abordarlo y leer tanto al objeto como a sí mismos como sujetos investigadores desde diversos puntos que les permitan redefinirse mutua y constantemente desde una movilidad reflexiva y en el entendido que aun hay muchas más cosas que decir al respecto. En estas conclusiones hay también una serie de recomendaciones u observaciones con la finalidad de compartir las áreas de oportunidad encontradas en el CAPASITS, con la finalidad de mejorar los servicios y facilitar mejor atención a los sujetos de los que hablo en este estudio.

Dentro de la intención de ser lo más concretos posibles hay cosas que llamaron mi atención y lo siguen haciendo hasta el punto en que mi investigación se delimitó para finalizarse temporalmente. No quiero dar a entender que el análisis del tema está concluido y tampoco quiero dar a interpretar que aquí digo

todo lo que yo tendré que decir sobre el tema. Quiero situar estas reflexiones finales en un momento delimitado dentro del proyecto de maestría, donde las mismas implicaciones afectivas con mis sujetos me plantean cotidianamente dudas, donde si hoy puedo poner un punto final al documento en la computadora donde trabajo esta tesis, el día de mañana posterior a imprimirla recibiré una llamada, encontraré a uno de mis muchachos casualmente en la calle, tomaré un café con algún otro y habrá más elementos para análisis. Aquí no se termina lo que tengo que decir sobre el tema, pero concluye el tiempo para hablar de ello en el tiempo delimitado para esta investigación.

La sexualidad fue el tema que más me interesó en el inicio dado que lo configuraba desde la genitalidad y el ejercicio del placer. Entender ahora la sexualidad como un dispositivo y entender este dispositivo como una serie de lineamientos y normas que delimitan lo que los cuerpos hacen me lleva a ver la sexualidad como el cuidado al cuerpo en términos de lo que se entiende por sexo seguro pero también en lo que se puede entender como cuidar al mismo cuerpo con la alimentación y con el acudir a los servicios médicos. Principalmente veo la incidencia de la sexualidad en los sujetos a través de los efectos de todas estas normativas avaladas social y personalmente a niveles insospechados por los sujetos, por su entorno, por mí mismo: lo que se vale es el placer, pero también lo que se vale es ejercerlo responsablemente y fuera del desmadre y lo que habla sobre sexualidad siempre es en términos de lo que se vale y no, y esa característica tiene que ver con ser sujetos que importamos o no, sujetos que usamos bien o mal nuestra sexualidad y que si la usamos mal al tener prácticas sexuales con otros hombres debemos compensar usándola lo menos mal posible acercándonos cuanto más podamos a lo deseable por la norma de lo reproductivo, lo monógamo y lo amoroso que valida el placer. Una vez que viene el diagnóstico y se vive como sanción es en general por la noción de “venir del desmadre” que tan notoria fue en los testimonios”, lo dicho alrededor de este ejercicio vinculado con lo irresponsable que hemos sido al usar nuestra sexualidad es lo que fundamenta la imagen del sujeto que aunque no sea malintencionado puede transmitir el virus a otra persona y hacerle daño, en el entendido de que

evidentemente un diagnóstico para VIH parece siempre ser visto por los ojos tradicionales como algo que hace daño, que detiene la vida, que se enuncia como sentencia de muerte y que interrumpe de modo dramático la vida de un sujeto que haya sido infectado por amor, pero de un modo merecido para aquel que parece habérselo buscado. El estándar que maneja el merecido para algunos o la prueba a enfrentar para otros

Respecto a mi implicación con los sujetos, como decía en un inicio, el tema fue elegido desde una serie de motivos subjetivos; mi implicación con el tema de derechos sexuales desde las organizaciones civiles, mis amistades viviendo con VIH, mis propias prácticas de riesgo, mis experiencias haciéndome pruebas en variadas ocasiones, la idea recurrente sobre la posibilidad de tener un diagnóstico positivo, el temor a los servicios de salud, etc, me hicieron preguntarme del mismo modo en que List plantea reflexiones sobre su papel como investigador el lugar desde el cual se parte y preguntarme si estaba lo suficientemente alejado o lo prudentemente cercano era pensamiento del día con día. Del mismo modo que List, hay que reconocer un *algo* que bien podría ser ubicado o nombrado como sesgo en la investigación, y que no considero honestamente reduzca valor a lo encontrado, al contrario, me parece un elemento de enriquecimiento. El juego de verdad en el que entro frente al VIH, frente a mis informantes vistos en ocasiones como pares socializando con ellos a veces accidental y a veces premeditadamente no sólo en el centro de salud, sino en otros espacios de sociabilización como cafés, bares, antros, marchas y fiestas en departamentos.

Si bien, no hice un trabajo de antropología encarnada como lo que desarrolló Esteban de un modo que me parece sumamente enriquecedor, sí hay muchos elementos a reflexionar en este sentido; elementos que no podía o no deseaba (y no deseo) eliminar o pretender no existieron. Algunos de estos elementos identificados puedo pensarlos en dos escenarios diferentes, el primero tiene que ver con mi implicación con los sujetos en relaciones que llegaron al terreno de la amistad más allá de lo esperable en una relación de informante – investigador tradicional, y por otro lado el pensar en los procesos y eventos no sólo desde el sujeto que solicita el servicio sino como alguien que lo da y que en

ciertos momentos tiene que, si bien, no negar el servicio, sí reconocer que hay condiciones necesarias para que suceda.

En cuanto a la reflexión de la primera lista de eventos, el poder ser un sujeto que pudiera coincidir en espacios de sociabilización compartidos con ellos (bares, cafés o departamentos en los cuales se realizaban sex-partys) hechos que me facilitaron conseguir información que no sé si hubiera encontrado a través de las simples entrevistas, seguramente no. ¿Hubiera entendido en el consultorio las referencias a este tipo de fiestas sexuales? ¿Hubiera yo entendido la afinidad de estos sujetos por reuniones como esta? ¿Hubiera sido más fácil entender el proceso de la salida del clóset? ¿Tendría una idea más a la mano sobre lo que significa asumirse como gay en una ciudad como esta? Probablemente sí. ¿Mi visión del amor modificó mi manera de abordar el tema dado que no comparto el mismo sistema de expectativas que algunos de ellos? Por supuesto, tan es así que ni siquiera pensé en el tema al delimitar el proyecto en el inicio. No fue objetivo de esta tesis plantear una reflexión metodológica exhaustiva, pero seguramente sería un buen tema para otras investigaciones quizás propias o de otras personas.

En el otro punto, mi reflexión va sobre si empecé a justificar (desde el lado de la institución) ciertos elementos que solía criticar en el pasado como poco innecesarios, pero que dentro del centro de salud empecé a notar como válidos en determinados casos. Tomemos como ejemplo la suspensión del medicamento; una médico tratante me solicita atender a un usuario para valorar si es buena idea el resurtir medicamento bajo el argumento de que no lo toma con la frecuencia indicada; mi primer impulso es preguntarme si es algo que se deba cuestionar, en automático pensé que se debía resurtir el medicamento, dado que el sujeto ya lo tenía prescrito y dada la importancia sabida de la toma del mismo. En ese momento mi reflexión no fue más allá, sin embargo, después y con cierta ayuda de otros compañeros del área médica llegué a la consideración de lo siguiente, de que si el sujeto no está en un momento en el que sea capaz de sobrellevar el medicamento ( por la razón que sea) es mejor suspender eventualmente, en vez de mantenerlo en una toma intermitente que puede llevarlo a “quemarse el

esquema” esto es, acostumbrar al virus al medicamento y hacerlo inservible para el sujeto. Lo que en un principio me pareció la violación a un derecho, tenía un fundamento que procuraba la salud del sujeto. No podría afirmar que esta discusión está cerrada para mí en este momento, sin embargo es el punto al cual llegué sobre ese tema hasta este momento.

No puedo negar tampoco el haber configurado y reconfigurado a los sujetos desde distintos puntos. A veces como víctimas de un sistema, a veces como sujetos pasivos totalmente que son aplastados sin remedio por una serie de condiciones, en otras como un campo de fuerzas y resistencias, tensiones y negociación, el sujeto como campo de batalla. Esto desde mi propia implicación, mis propios procesos, y desde el acomodo de mis propias vivencias.

¿Qué me pudo haber pasado como desapercibido como un sujeto desenvuelto en el activismo en derechos sexuales? ¿Como sujeto posicionado frente al tema? ¿Como servidor público? En cuanto a lo que como un sujeto inmerso en el activismo definitivamente me hubiera faltado el involucramiento con los procesos dentro del mismo centro de salud en cuanto a brindar atención, muy probablemente hubiera mantenido esta queja constante donde seguiría configurando al sujeto como alguien indefenso, que es abusado tanto por su situación como por los servicios de salud, por su contexto y las personas que le rodean; ese camino me hubiera llevado a la configuración de un sujeto de estudio pasivo, sin voluntad ni posibilidad de tener el control de la situación, abandonado incluso a la voluntad de los demás factores que le rodearan. El involucrarme desde varios escenarios, me parece aportó a notar más detalles del fenómeno que viéndolo sólo desde la relación tradicional de observador e informantes.

Si no me hubiese posicionado ante el tema del VIH desde mis experiencias personales, o más bien si no hubiese considerado mis propias prácticas de riesgo o mis experiencias en los servicios, es probable que hubiese visto el problema desde un punto en el que hubiera exagerado las dimensiones de lo que implica la infección por VIH y eso hubiera quizás generado un aplanamiento en cuanto a la interpretación de las emociones atravesadas por los sujetos o un exaltamiento de



las mismas situaciones para leerlas más dramáticamente o con un tinte de compasión innecesaria.

En cuando al tercer punto, quizás si sólo me hubiese implicado como servidor público ante el tema, mi visión del mismo hubiera ido de la mano de la justificación de todos los procesos de la misma institución, no hubiera dado espacio para propuestas, pues éstas salen de la contemplación del fenómeno desde diversos puntos. El fenómeno hubiera quedado reducido a la poca disciplina de los sujetos para poder seguir indicaciones, a la visión de los mismos como sujetos que necesita ayuda en este mismo rol pasivo y poco participativo, se hubieran considerado sus situaciones, pero desde una postura quizás un poco más matizada desde la necesidad del cumplimiento del usuario frente a la institución que brinda el servicio, o verlo del modo contrario que implicaría ver el tema con mirada asistencialista.

Creo y considero que la implicación con los sujetos podría haber generado una mayor implicación con el proceso, un más pronto acercamiento a un lenguaje común y un conocimiento de lugares, referencias, e incluso eventos y procesos dentro y fuera del centro de salud que en momentos reducían la distancia entre nosotros y daban un ambiente más casual y relajado. Eso generaba facilidades para acceder a la información, la descripción detallada de eventos, e incluso el ser buscado por algunos de ellos fuera del servicio de salud, como si se tratara de una relación de amistad.

Reflexionando con los planteamientos de List y de Esteban, encuentro que el ruido que pude tener al inicio de la elaboración de este proyecto deja de ser tal, se convierte en un sonido más interpretable, pero también en uno que tiene la necesidad de ser modulado, adivinado y traducido a otras palabras, a términos entendibles. Es un sonido que tiene forma, de voz quizás y que exige la atención necesaria para poderse descifrar y dimensionar lo más justamente posible. Me parece que metodológicamente hablando, la reflexión también trascendería a este momento y sitio por tanto tiempo como sea deseado, y podría ser reabierto ante futuras reinterpretaciones del presente trabajo tantas veces como sea posible, tanto por mí como por futuros sujetos lectores. En un sentido similar, Foucault nos

habla de los procesos de planteamiento y subjetivación – objetivación, a partir de mirar “Las meninas” de Velázquez. El tener la oportunidad de posicionarme tanto dentro como fuera, en un tema como este es un ejercicio complejo, de momento sentí desaparecer, de momento sentí estar muy dentro y en varias ocasiones sentí no tener la menor idea de lo que ocurría dentro de las experiencias de los sujetos, la limitación personal para implicarme no dejó de existir por muy delgada que la línea pudiera haberse dibujado. Estar posicionado frente a un fenómeno que aparentemente está hecho, pero que a través de la elaboración de una reflexión en cuanto al subjetivación y objetivación se refiere, uno puede dar cuenta de que su plasticidad puede llevarnos a casi crearlo y definirlo en términos de lo deseado.

El fenómeno se reafirma frente a mí (o lo reafirmo) como inagotable, y si bien existe un momento en el que se debe poner fin a lo que se redactará en un proyecto de investigación, simbolizado quizás con un punto final, la reflexión no termina en este momento de mi vida personal, laboral y académica, ni en mis relaciones con mis amigos, con mis informantes y con futuros compañeros de vida, afectivos, sexuales y/o futuras personas con las que pueda prestar servicios profesionalmente.

La inagotabilidad del tema, da para continuar cuantos años pueda imaginar sobre el tema o las ramificaciones del mismo. Desde este punto es posible seleccionar la adherencia como tema de investigación, así como un tema podría ser la reflexión metodológica por sí sola, o el ejercicio de subjetivación objetivación frente a los sujetos de estudio, el juego de verdad Foucaultiano. ¿Podría continuarse desde aquí un trabajo sobre la implicación emocional y afectiva? ¿Sobre los espacios de encuentros sexuales? ¿sobre el amor? ¿Sobre el biopoder presente en varios momentos de la atención de los sujetos? En definitiva me parece que sí, aunque prefiero dejar la moneda en el aire por un rato, por lo menos por un rato.

Por último y no restando importancia, me parece que el tema del drama social es necesario de repensar y de ajustar. Hay una facilidad tremenda que hay que reconocer al imaginarnos lo que los sujetos atraviesan alrededor de ser diagnosticados con VIH sin embargo hay que reconocer que aunque dicha

practicidad es muy seductora, no es ajustable en su totalidad, no es un traje a la medida de la situación y no podemos esperar que sea un modelo fielmente ilustrativo de siquiera uno de los diversos casos que podemos ver entre los sujetos.

De entrada encontré que alrededor del diagnóstico hay una variedad importante de circunstancias que pueden tener distinto peso, en algunas ocasiones un peso central como lo es siempre la oficialización del diagnóstico en una hoja membretada y en algunas otras más bien serán periféricas sin que esta característica represente pérdida de importancia. Elementos como la sospecha de tener el virus, la búsqueda de una prueba, la confirmación del diagnóstico de la pareja en algunos casos, etc, son elementos que se mueven con cierto dinamismo alrededor de la experiencia del diagnóstico, le restarán o sumarán tensión al diagnóstico pero no lo amortiguarán en su totalidad. El peso existe siempre, pero no podemos afirmar que existe en la misma intensidad o en el mismo momento para todos los sujetos.

Del mismo modo, las acciones reparadoras que seguirán, tendrán una valoración distinta dependiendo de los sujetos y sus dinámicas alrededor, se verán más valoradas aquellas validadas por el saber médico y como lo veíamos en la discusión sobre el biopoder, habrá un mayor peso y atención a las que tengan que ver con la directa validación del saber médico.

Pareciera que después del diagnóstico y el tambaleo que le acompaña, podemos hablar de que “después de la tormenta llega la calma”, sin embargo me parece que según lo discutido y encontrado, esta gran crisis y esta gran pérdida de sentido y dirección que es generalizada en momentos iniciales o muy cercanos al diagnóstico es más bien descompuesta en componentes más pequeños, situada y localizada en escenarios particulares y ubicada en pequeños conflictos o pequeñas crisis. Como si la gran crisis que derrumba todo o parece derrumbarlo todo, se convirtiera en una serie de crisis pequeñas que toman lugar por separado de diversos escenarios y entonces de momento algunas pueden quedarse recesivas u ocultas mientras el sujeto o su entorno priorizan unas, para resolverlas y que después vuelvan a aflorar las anteriores. Esto es, no es como si se

solucionara el diagnóstico de VIH, sino que se solucionan eventual y temporalmente algunos escenarios en los que el diagnóstico impacta, algunas crisis descansan mientras otras están activas, algunas como iniciar relaciones afectivas pueden reactivarse muy a menudo cada que alguien nuevo aparece en el territorio amoroso o que las recurrencia del temor de transmitir el virus en una relación sexual ocurra cada que hay la posibilidad de tener un encuentro nuevo sea muy constante, mientras que otras que quizás tengan que ver con lo laboral aparezcan con menor frecuencia en las vidas de los sujetos.

La escisión puede sonar definitiva entonces en diversos escenarios. Y puede variar dependiendo de la percepción. Quizás al día de hoy en el que pongo punto final a la redacción de este proyecto, uno de los sujetos ubica una separación definitiva respecto a la posibilidad de establecer nuevos contactos sexuales dada la concepción de ser peligroso, pero ello no implica que para un momento futuro esta parte de la crisis o esta pequeña crisis no pueda ser resuelta ni que no vuelva a aparecer. Del mismo modo la reintegración de la que Turner habla puede estar sujeta a la aparición de nuevas situaciones en los sujetos, donde alguien puede sentirse reintegrado en términos de haber trabajado los temores automáticos de enfermarse de inmediato y que estos vuelvan al aparecer una complicación de salud relativamente leve.

Los modelos están para apropiarnos de ellos y poder modificarlos para que nuestras dinámicas culturales en el momento en que las explicamos puedan servir para hacerles adecuaciones, no para reducir las lecturas de estas para que encajen en un esquema previamente dado, pensado o calculado.

Por último, dejo a manera de autocrítica la cualidad de esta investigación de plantear más dudas de las que resuelve, este trabajo fue iniciado con concepciones muy claras pero muy reducidas de lo que quería encontrar y me sentía capaz de explicar. Entiendo con este proceso que no sólo el tema es inagotable, sino que son necesarios los replanteamientos constantes y la reelaboración de preguntas que lleven a querer plantear las cosas de un modo más abarcativo entendiendo su naturaleza compleja. Entiendo con esto que sin la humildad necesaria de reconocer nuestra humana condición que nos lleva a

moldear el conocimiento siempre en términos de lo que somos capaces de explicar, la búsqueda de una verdad sería avasalladoramente demandante y un imposible. Reconozco con la humildad necesaria no haber resuelto gran parte de lo que me propuse, pero sí haber encontrado que desde los términos o las delimitaciones iniciales, no hubiera podido llegar a siquiera abrir estas dudas o cuestionamientos que quedaron en el aire y este trabajo hubiera cumplido quizás con explicar algo, pero un algo desde el acartonamiento o la ingenuidad inicial que no estaba muy dispuesta al autocuestionamiento.

## Bibliografía

- CONASIDA (1998) Guía para a atención psicológica de las personas con VIH/SIDA
- Esposito, Roberto (2008) Comunidad, inmunidad y biopolítica. Herder. España.
- Esteban, Mari Luz (2004) Antropología encarnada. Antropología desde una misma". Papeles del CEIC, España, 2004.
- Foucault, Michel. (2011). Historia de la Sexualidad I. La Voluntad del Saber. México. Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2011) Historia de la Sexualidad II. El uso de los placeres. México. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). Vigilar y Castigar: Nacimiento de la Prisión. Argentina: Siglo XXI Editores
- Le Breton, David. (2011) Conductas de riesgo, de los juegos de muerte a los juegos de vivir. Topia.
- List Reyes, Mauricio. (1999) Construcción de lugares gay en la ciudad de México: el Bol Polanco y la cervecería La Lili. Iztapalapa. n. 45, p. 309-318
- List Reyes, Mauricio (2005) Jóvenes corazones gay en la Ciudad de México: género, identidad y socialidad en hombres gay. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- List Reyes, Mauricio (2009) Hablo por mi diferencia: De la identidad gay al reconocimiento de lo queer. México: Ediciones EON.
- Llamas, Ricardo "La reconstrucción del cuerpo homosexual en tiempos de SIDA" en Construyendo sidentidades. Siglo XIX. Madrid. 1995
- Marcial, Rogelio. Reseña de "Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida" de Guillermo Núñez NoriegaEspiral [en línea] 2009, XV (Mayo-Agosto) Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13811771008>> ISSN 1665-0565
- Méndez Tapia, J. M. (2011). Cuerpos trazando caminos de resistencia: procesos de estigma y discriminación en varones homosexuales viviendo con VIH. México, D.F. UAM.

- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad. Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina , 113 - 190.
- Salazar, Antúnez, Gilda. Reseña de "Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual. " de Guillermo Nuñez Noriega Región y Sociedad [en línea] 2000 , XII (enero-julio ) : [Fecha de consulta: 24 de junio de 2014] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10201908>> ISSN 1870-3925
- Sontag, S. (1988). El Sida y sus metáforas. Buenos Aires: Taurus.
- Turner, Victor. (1974) Dramas, fields and metaphors. Ithaca, Cornell University Press. Pags 23-59)
- Turner, Victor ( 1964 ) Betwixt and between: the liminal period in rites de passage” The proceeding of the American Ethological Society. Symposium of new approaches to the Study of Religion.
- Tenorio, N. (2009) Repensando el amor y la sexualidad: una mirada desde la segunda modernidad. Sociológica. México DF.
- Teutle, A. (2010). Representaciones de los homosexuales con Sida en la ciudad de México (1982 - 1988). México, D.F.: INAH.
- Weeks, J. (1998). Sexualidad. Barcelona: Paidós.
- Weeks, J. (1995) Valores sexuales en la era del SIDA. En debate feminista