



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“CONSTRUCCIÓN IDENTITARIA DE UN
ASESOR EN VIH, A PARTIR DE SU
DIAGNÓSTICO COMO SEROPOSITIVO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
CRISTINA DE LA LUZ FRANCISCO
JORGE MAURICIO BERNAL RAMÍREZ

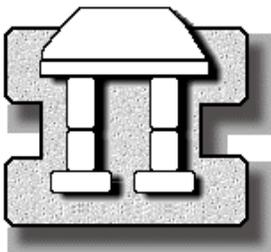
Asesor:

Dra. Alejandra Salguero Velázquez.

Dictaminadores:

Mtra. Patricia Suárez Castillo.

Dra. Patricia Ortega Silva.



TLALNEPANTLA, EDO. MEX. LOS REYES IZTACALA. AGOSTO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SOY PAGANO*



Soy parte de la naturaleza; las rocas, los animales, las plantas, los elementos y las estrellas son mis parientes. Los humanos son mis hermanos y hermanas, sea cual sea su raza, color, genero, orientación sexual, edad, nacionalidad religión y estilo de vida. la tierra es mi hogar. Soy parte de la gran familia de la naturaleza, solo eso. Tengo como todos, mi papel y busco descubrirlo para hacerlo lo mejor posible. Busco vivir en armonía con los demás integrantes de la familia de la naturaleza, tratándoles con respeto.

Soy pagano. Honro las estaciones en mi vida diaria: nacimiento, crecimiento, fructificación, cosecha, final, descanso y renacimiento. La vida es un círculo con muchos ciclos. Con cada fin viene un nuevo comienzo. Con la muerte hay promesa de renacimiento.

Veó círculos de cambio y renovación no solo en mi vida, sino también en mi herencia. Veo mi vida como un círculo que conecta con los círculos vitales de mis antepasados que son parte de mi vida. La magia es parte de mi espiritualidad. Para cada problema hay por lo menos una solución efectiva, así como una oportunidad de crecimiento. Yo creo mi propia realidad con mis pensamientos, sentimientos y acciones. todo lo que enviamos, regresa. Quiero tener presente la Rede Wiccan. "Si no hieres a nadie, haz lo que quieras". Cuando hago rituales mágicos, antes de dirigir energía, busco tener siempre una imagen global dentro de la cual mis necesidades son solo una parte. Procuo trabajar por el bien de todos, como por el mío propio. Cuando surgen problemas en mi camino, busco entender su causa y sus mensajes como parte de mi búsqueda de soluciones. En trabajo de sanación, busco las subyacentes causas de orden espiritual de la enfermedad, más que aliviar sus síntomas.

Si, soy pagano. Trabajo con la luna para ayudar y sanar a otros, a mi mismo y al planeta. La Triple Diosa de la Luna me guía. Activo comienzos en la Luna Creciente, energizo manifestaciones en la Luna Llena y limpio obstrucciones con la Luna Menguante y la Luna Oscura. Tomo parte en rituales de Luna nueva y Luna Llena, y sé que mis círculos son parte de una gran red de círculos que se encuentran en esos momentos alrededor el mundo. Abrazo el Panteísmo, el reconocimiento de que lo divino está en todo y en todas partes. Honro la Divinidad que está en los Robles de la floresta, en las hierbas en el jardín, en los pájaros silvestres que cantan en los árboles, en las rocas de las laderas de las colinas, en mí y si también en "cosas" como mi coche, mi PC, mi Tv. Entiendo que todo lo que está insuflado de espíritu tiene cuerpo espiritual además de cuerpo físico. Lo físico y lo espiritual están íntimamente interconectados. Honro la interconexión entre el creador y la creación.

Como pagano, se que la Divinidad tiene muchas facetas que experimento a través de Diosas, dioses y otras formas espirituales. También honro a la Divina Unidad, el Dios único. Mis "encuentros" con Diosas, Diosas y otras formas espirituales han transformado y enriquecido mi vida. Hécate aparece como la muerte para enseñarme desprendimiento y renacimiento. Yemaya me limpia y me renueva. Krishna me da el sentido de maravilla ante la creación y el amor. Ganesha me enseña el valor de las dificultades y como superarlas. Hotei me da el sentido de la risa y la felicidad de dar y recibir.

Mi práctica espiritual incluye auto aceptación y entendimiento en lugar de auto rechazo. Comparto mis ideas con otros cuando siento que es lo correcto, pero no hago proselitismo, pretendiendo que mi camino es el único camino válido para todos. Hay muchos senderos que suben la montaña del conocimiento espiritual, no hay "caminos únicos".

Mi adoración es Divina comunión con la naturaleza. Mis rituales pueden hacerse en cualquier sitio; mi círculo es "portátil". Donde quiera que esté puedo hacer un círculo sagrado con siete invocaciones: A los cuatro puntos cardinales, al Cosmos, al planeta y a la integración espiritual. Soy Pagano. Viajo al otro mundo en sueños, meditación y rituales. Uso aquello que me ayuda en el trabajo mágico: Calderos, cristales, velas, incienso, cálices, pentáculos, campanas, escobas, varas, espejos, athames, bolas de cristal, etc. Vuelo con mi conciencia



por el tiempo y el espacio. Exploro otras dimensiones y regreso con conocimiento y poder. Voy entre los mundos tras sanación, crecimiento y transformación.

Sintonizo mi ser con los 4 elementos de la naturaleza, -tierra, aire, fuego, agua- y con el 5 elemento, el espíritu, la fuerza espiritual que lo conecta todo. Veo esos elementos en la naturaleza: La tierra en las rocas, el aire en el viento y la atmósfera, el fuego en el rayo, las llamas y la electricidad, el agua en los arroyos, ríos, lagunas, mares, lluvia, etc. >y el espíritu como unidad Divina manifiesta en múltiples deidades. Los elementos también están en mi ser. Mi cuerpo físico es tierra, mi intelecto y pensamiento son aire, mi voluntad y acción son fuego, mis emociones y sentimientos son agua y mi alma es espíritu. Debo procurar armonizar estos elementos para hacer mi ser saludable y esto no es ajeno a una vida armonizada con el medio ambiente.

Oigo llorar a la madre tierra lamentándose del maltrato dado por la humanidad a la naturaleza. Se han polucionado 3 elementos: La tierra, el agua y el Aire. Y con el fuego se está jugando el diabólico juego de las armas nucleares y otras formas de destrucción. También me siento implicado en la polución espiritual del planeta. egoísmo, ambición de dinero y poder, violencia, desigualdad. Así como percibo estos problemas, percibo también que dando balance y equilibrio a mi propia vida, puedo comenzar la mínima aportación a mejorar la situación, que requiere una mayor toma de conciencia colectiva. Se que mi actitud y mi forma de vida pueden hacer una diferencia. Quisiera ser un canal de sanación y balance. La responsabilidad medio ambiental es un compromiso cotidiano. Quiero vivir en armonía con mi familia, la naturaleza.

Soy pagano. La espiritualidad natural es mi religión y la base de mi vida. la naturaleza es mi maestro y mi libro sagrado. Soy parte de la naturaleza y la naturaleza es parte de mi. Mi comprensión de los misterio del cosmos crece en este sendero espiritual.

¡GRACIAS ALEJANDRA!



¡GRACIAS RODOLFO!



¡A TODOS... GRACIAS!



* Nota: Autor Desconocido; Texto inspirado en un artículo de Selena Fox, titulado "I'm a Pagan .

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
<u>CAÍPTULO UNO</u>	
1. ASPECTOS GENERALES DEL VIH/SIDA	9
1.1. <i>Panorama general</i>	<i>11</i>
1.1.1. <i>Etapa I. Portador Sano</i>	<i>14</i>
1.1.2. <i>Etapa II. Síndrome de la Linfadenopatía</i>	<i>14</i>
1.1.3. <i>Etapa III. Complejo relacionado al SIDA</i>	<i>15</i>
1.1.4. <i>Etapa IV. SIDA</i>	<i>15</i>
1.2. <i>Transmisión del VIH</i>	<i>16</i>
1.3. <i>SIDA</i>	<i>20</i>
1.3.1. <i>Tabla 1. Categorías clínicas</i>	<i>21</i>
1.4. <i>Diagnóstico</i>	<i>22</i>
1.4.1. <i>Diagnóstico de anticuerpos del VIH-1/2 por el método de RIFA</i>	<i>24</i>
1.4.2. <i>La Carga Viral</i>	<i>24</i>
1.4.3. <i>La prueba de la reacción encadenada de la polimerasa de la transcriptasa reversa</i>	<i>24</i>
1.4.4. <i>La prueba de antígeno p24 del virus del VIH</i>	<i>24</i>
1.4.5. <i>Recuento de Linfocitos CD4</i>	<i>24</i>
1.5. <i>Tratamiento</i>	<i>27</i>
1.5.1. <i>Tabla 2. Antirretrovirales</i>	<i>30</i>
1.5.2. <i>Tabla 3. Parámetros a considerar para tratamiento antirretrovirales</i>	<i>33</i>
1.6. <i>Prevención</i>	<i>34</i>
1.6.1. <i>En materia de promoción para la salud</i>	<i>34</i>
1.6.2. <i>En materia de participación social</i>	<i>35</i>
1.6.3. <i>En materia de educación</i>	<i>36</i>
1.6.4. <i>El personal de salud</i>	<i>36</i>
1.7. <i>Alcances psicológicos, sociales y/o culturales</i>	<i>40</i>
1.7.1. <i>El contexto de estrés en el VIH/SIDA</i>	<i>41</i>
1.7.2. <i>Estresores relacionados al VIH</i>	<i>43</i>
1.7.3. <i>Fase Asintomática</i>	<i>45</i>
1.7.4. <i>Las Fases Sintomáticas tempranas</i>	<i>45</i>
1.7.5. <i>Últimas Fases Sintomáticas y SIDA</i>	<i>45</i>
1.7.6. <i>Las Pérdidas sociales, Pesar, Compasión y Desamparo</i>	<i>47</i>

1.7.7.	<i>El dolor emocional y salud</i>	49
1.7.8.	<i>VIH y Sexualidad</i>	53
1.7.9.	<i>El afrontamiento, ajuste y apoyo social</i>	55
<u>CAPITULO DOS</u>		
2.	IDENTIDAD Y VIH/SIDA	58
2.1.	<i>El concepto de identidad en psicología cultural</i>	59
<u>CAPITULO TRES</u>		
3.	APARTADO METODOLÓGICO	64
3.1.	<i>La relevancia de lo cualitativo</i>	64
3.2.	<i>Panorama general de los relatos de vida</i>	73
3.3.	<i>Trayectoria personal de participación como unidad de análisis</i>	82
3.3.1.	<i>Evaluación de afirmaciones</i>	84
3.3.2.	<i>Análisis del enunciado</i>	84
3.3.3.	<i>Análisis categorial</i>	85
3.4.	<i>Planteamiento del Problema</i>	86
3.5.	<i>Caracterización de la Persona</i>	87
<u>CAPITULO CUATRO</u>		
4.	ANÁLISIS	89
4.1.	<i>La Construcción de la diferencia</i>	90
4.1.1.	<i>Temor a ser diferente</i>	91
4.1.2.	<i>Agresión del Lenguaje</i>	94
4.1.3.	<i>Miedo y Agresión</i>	97
4.2.	<i>Reconocimiento, Autoaceptación</i>	101
4.2.1.	<i>Las Relaciones en el Seminario</i>	104
4.2.2.	<i>La relación con la Tía</i>	108
4.2.3.	<i>Recursos de Reconocimiento en la comunidad gay</i>	111
4.3.	<i>Información</i>	112
4.4.	<i>Explorar y Significar un proyecto de vida: Pareja de los trece años</i>	114
4.5.	<i>Proceso de reconstrucción identitaria: Pareja después del VIH</i>	122
4.5.1.	<i>La Prueba</i>	125
4.5.2.	<i>¡Haz lo que sea, lo que sea!</i>	126
4.6.	<i>La Línea</i>	128
A MANERA DE CONCLUSIÓN		136
REFERENCIAS		148

RESUMEN

Las enfermedades siempre han causado temor a la humanidad. Este miedo es aún mayor ante enfermedades que son o parecen nuevas, ya que al inicio, nadie sabe cómo enfrentarlas o protegerse de ellas, ni tratar a quienes se enferman. Tal es el caso del VIH/SIDA pues a más de 20 años del reporte del primer caso en México, existen varios tópicos que son poco abordados por lo que ello representa pues hablar del tema es referirnos a indagar sobre su forma de transmisión la cual incluye, entre otras, el ejercicio de la sexualidad.

Aunado a ello, encontramos que una noticia de tal magnitud, como lo es recibir un resultado positivo en VIH, trae consigo múltiples cambios en la persona y sobretodo, una resignificación de su propia vida. Siendo éste uno de nuestros principales planteamientos, delimitamos nuestro objetivo a identificar el proceso de construcción de identidad en una persona seropositiva, así como teorizar acerca del reconocimiento de construcción como personal capacitado en educación sexual.

Para tal fin, hemos abordado en esta investigación un marco teórico referido al panorama general del VIH/SIDA: etapas de la infección, diagnóstico, tratamiento, prevención y sus alcances psicológicos, sociales y/o culturales. Así como el concepto de identidad en Psicología Cultural partiendo de lo mencionado por Dreier (1999): a partir de las diversas participaciones, preocupaciones y posturas, las personas gradualmente configuran una composición subjetiva particular de la manera en que se sienten ubicadas en el mundo. En el capítulo tres consideramos como mejor opción para el propósito del presente trabajo, la metodología cualitativa. La cual nos permite entrar a la vida de la persona, entender cómo es que construye los significados. Así pues, contamos con la participación de una persona de sexo masculino quien el momento de ser entrevistado, contaba con 37 años de edad, pertenece a la clase media y con licenciatura incompleta.

Nuestra forma de trabajo se basó en siete entrevistas semiestructuradas las cuales fueron grabadas y transcritas para poder identificar las unidades de sentido que dieron pauta a nuestro análisis encontrando que la identidad es un proceso siempre abierto, nunca acabado, es una construcción que se realiza en el interior de marcos sociales. Y que si bien, tal y como se menciona en la literatura, el recibir un diagnóstico positivo en VIH trae consigo cambios, dependerá de la persona misma el significado y sentido que tomará en su vida de acuerdo a su experiencia como actor social.

Por último, se expone un apartado a manera de consideraciones finales donde se resalta el papel del lenguaje, el ejercicio de la sexualidad y el papel que desempeña en la vida del individuo sin dejar de la lado la propuesta del compromiso que requiere una cultura enfocada en la educación sexual alejados de falsos moralismos y procurando practicidad y objetividad.

INTRODUCCIÓN

La exposición del presente trabajo, obedece a los intereses de los participantes por querer saber acerca de la identidad, de su largo e intrincado camino y de las satisfacciones dejadas en el transcurso de vida. Con el fin de identificar los procesos de construcción de identidad en un asesor de VIH/SIDA seropositivo; de teorizar sobre el proceso identitario de una persona seropositiva y de reconocer su construcción como personal capacitado en educación sexual y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Desde el momento en que a una persona se le informa que se encuentra infectada por el VIH, que tiene SIDA o cualquier otra enfermedad mortal, esto basta para que todo el edificio de la identidad, construido afanosamente durante años, sufra cambios. La posibilidad de desarrollar el SIDA o la posibilidad de la muerte, nos hace forzosamente, ser otros. Uno ya no será más aquel o aquella, ahora será seropositivo (a), un enfermo de SIDA, o el que oculta, o el que sufre o el que busca...pero en cada caso, nunca se vuelve a ser el mismo. Si alguien se entera de una situación o hecho que cambiará su vida entera, lo mejor que puede hacer es integrar esta nueva experiencia en su nueva identidad, evitando rechazarse, odiarse, o tener lastima de sí mismo.

Estar infectado por el VIH/SIDA puede ser una gran oportunidad para vivir la vida de otra manera; de golpe uno se da cuenta que no ha vivido lo que quería ni como quería, de que faltan muchas cosas por hacer, de que se ha vivido en función de otros, y es tiempo de tomar las riendas de la propia vida, asumiendo una voluntad de vivir y dar dirección consciente a los propios actos. La manera en que se realizan los ajustes para enfrentar esta nueva situación, dependerá de la historia personal previa de cada individuo, de su estabilidad emocional, de la postura que asuma el individuo afectado, y de la actitud y conducta de familiares, amigos, a si como del personal médico y paramédico.

Para ello procuramos realizar una búsqueda bibliográfica con respecto a dos temas: VIH/SIDA e Identidad. En el capítulo 1 se expone un panorama general del VIH, su transmisión, la fase de SIDA, el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y los alcances psicológicos, sociales y/o culturales. En dicho apartado, encontraremos que la infección por

VIH/SIDA es en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. De ahí la importancia de abundar sobre los factores facilitadores para adquirir dicha infección. De manera general, se exponen estudios enfocados al ajuste psicológico en el que se ve inmerso una persona al saberse portadora del VIH, donde se encuentra que estas personas experimentan un dolor significado como emocional en respuesta a una prueba positiva de VIH. Así mismo, se tiene que, las reacciones emocionales a la infección de VIH son tan diversas como la propia epidemia. Por consiguiente, el enojo y culpa son las respuestas más comunes a la infección. El miedo de contraer VIH es un factor que contribuye a la estigmatización en diversas áreas en donde se ve inmersa la persona. Sin embargo, como parte de la sensibilización al tema, cabe mencionar que esta epidemia nos recuerda a las personas nuestra propia vulnerabilidad hacia la muerte.

Dentro del capítulo dos nos enfocamos a la construcción de la identidad en una persona con diagnóstico positivo en VIH; abordamos el tema de la construcción de identidad de una persona seropositiva, es una construcción como la de cualquiera, ya que, como lo explica Drier (1999), a partir de las diversas participaciones, preocupaciones y posturas, las personas gradualmente configuran una composición subjetiva particular de la manera en que se sienten ubicadas en el mundo. Es decir, todos y cada uno de nosotros construimos nuestra identidad como un proceso constantemente cambiante, en donde nada está cerrado ni acabado.

Sin olvidarnos de nosotros mismos, los investigadores, que a través de constructos teóricos creados o elaborados para enriquecer la teoría, perseguimos el significado de lo que la experiencia representa para quien está inmerso en una situación tan particular, dado que la persona en la práctica va construyendo lo que es significativo para ella y puede interpretar su realidad además de ser el agente que estructura su pensamiento. Siendo de tal modo que el sentido que se produce es construido en las prácticas discursivas y producto, a su vez de ellas mismas.

Encontrando que la investigación psicológica, se ha enfocado a lo referente a ansiedad, depresión, etc., en términos cuantitativos. Partiendo de lo que encontramos en la revisión teórica y siguiendo con lo que es nuestro objetivo, en el capítulo tres consideramos que lo que nos ayudaría es la metodología cualitativa. La cual nos permite entrar a la vida de la persona, esa es la característica primordial de elegir este tipo de metodología, se pretende entender desde la propia persona cómo es que construye los significados. Se genera una interacción recíproca existente entre observador y observado. Por tanto, el conocimiento es mutuamente compartido, basado en la intersubjetividad, un conocimiento mas profundo y objetivo, cuanto mas íntegra e íntimamente subjetivo, ya que pretende conocer en el campo y construir el conocimiento dentro de él a partir del involucramiento como sujeto con su sujeto de estudio.

El problema que nos hemos planteado surge a partir de que sabemos que la infección por VIH/SIDA, es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo y de que la identidad (un proceso siempre abierto, nunca acabado) es una construcción social que se realiza en el interior de marcos sociales que determinan la posición de los actores. Consideramos de gran importancia dar cuenta del proceso de identidad y la reconstrucción identitaria en una persona que vive con VIH.

Es dentro de esta inquietud, donde encontramos que gran parte de la información documental se refiere a la fase de SIDA y los eventos experimentados a partir de ella; pero escasamente se habla de las personas que viven con VIH como lo es nuestro participante. Con el fin de entender qué pasa con él, con su proceso de identidad, cómo elabora sus significados y cómo se reestructuran y cambian a partir de sus vivencias.

Así pues nuestro participante es de sexo masculino llamado Rodolfo, quien en el momento de ser entrevistado contaba con 37 años, pertenece a la clase media, y con licenciatura incompleta en Ciencias de la Comunicación. Quien al momento de presentarle el proyecto se mostró interesado en participar; le explicamos la forma de trabajo, indicándole que sería a base de siete entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas para recopilar la información.

En la parte del análisis (capítulo cuatro) encontraremos los esfuerzos por explicar, entender, pero sobre todo, dar cuenta de la interacción recíproca entre investigador y el campo compartido de lo investigado. Cabe mencionar que, dicho conocimiento está basado en la intersubjetividad. Y como dice Ferraroti (1981) es un conocimiento más profundo y objetivo, cuanto más íntegra e íntimamente se construye el conocimiento a partir del involucramiento como sujeto con el otro sujeto, puesto que los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Se exponen algunas consideraciones que surgen de todo el trabajo en cuanto a elaborar y reelaborar significados; una vez obtenida la historia de vida, en calidad de investigadores, la reelaboramos para obtener unidades de sentido y comprender cómo se vive Rodolfo a partir de un diagnóstico positivo en VIH y su construcción como asesor en VIH/SIDA.

Finalmente en el capítulo cinco se expone a manera de consideraciones finales del trabajo, la elaboración y reelaboración de los significados, los escuchados y los propios, llegando a resaltar lo relacionado al lenguaje, ya que es mediante el lenguaje que los seres sociales expresamos diversos acontecimientos relacionados con nuestro proceso de identidad (no olvidemos que ésta no es estática, por el contrario, se encuentra en constante cambio). Así mismo, encontramos a la sexualidad como tema prioritario en cuanto a lo que se refiere al proceso de construcción identitaria del ser humano, ya que juega un papel preponderante en cada una de las etapas de nuestra vida. De hecho, en lo que respecta al análisis de este trabajo, dedicamos un apartado especial a este tema ya que en el caso de nuestro participante, se convirtió en una herramienta primordial para el ejercicio de su vida. Tal es el caso que él mismo nos indica la importancia de conocer el tema y abordarlo sin disimulos sociales y/o culturales.

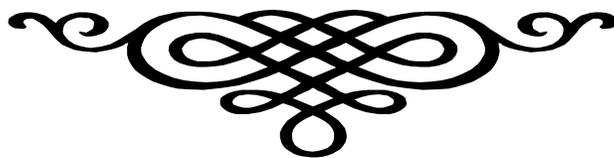
Aunado al tema de la cultura y el lenguaje (entre otras), encontramos la parte correspondiente en esta investigación a la homosexualidad siendo éste, un tema de controversia en nuestros tiempos ya que encontramos no su descubrimiento sino un movimiento de reconocimiento social en ámbitos como el político, religioso, etc.



CAPITULO

1

Aspectos Generales del VIH/SIDA



A lo largo de la historia de la humanidad, las enfermedades han tenido un papel especial en el desarrollo de las sociedades, la manera de entender y afrontar el riesgo de enfermarse, ya sea en lo individual o en lo colectivo, es decir, la enfermedad como suceso personal, como fenómeno biológico, como asunto social, ha caracterizado las distintas épocas de los grupos humanos.

Algunas epidemias han sido superadas por el avance en el conocimiento y por la disposición de técnicas para prevenirlas o combatirlas; otras persisten después de siglos y unas cuantas emergen como condiciones nuevas, para prevenirlas o combatirlas; otras persisten después de siglos y unas cuantas emergen como condiciones nuevas, para las que aún no se está lo suficientemente preparado (Pescador, 1989).

Las enfermedades transmisibles son las que mayores estragos han causado a la humanidad, tanto por las muertes que han provocado, como por la frecuencia con que éstas ocurren entre la población. Al respecto, Sepúlveda (1989), y Bronfman (1995; citados en Torres, Alfaro y Díaz, 1999), mencionan que en la década de los ochenta, en el panorama de salud mundial, se creía que las enfermedades transmisibles habían dejado de ser una amenaza pues se había enfrentado con éxito algunas epidemias conocidas, como la viruela y la sífilis. Sin embargo, surgió el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedad que poco a poco se ha ido apoderando de la atención y la preocupación de las autoridades sanitarias, causando un gran impacto social.

Así, dadas las implicaciones médicas, sociales y psicológicas que acarrea consigo el SIDA se ha convertido en una seria amenaza para la humanidad. Los estudios epidemiológicos pertinentes han señalado que la población infectada, ha alcanzado proporciones de una pandemia habiendo infectado a millones y prometiendo infectar a millones más (Kalichman, 1995)

1.1. Panorama general

El SIDA es una enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que se instala en las células y permanece allí por años antes de manifestarse, razón por la cual el individuo infectado puede transmitir el virus sin darse cuenta. La característica principal del SIDA es la incapacidad del sistema inmunológico para proteger al cuerpo de las infecciones. A causa de esto, las personas que tienen SIDA contraen una variedad de infecciones oportunistas que llevarán al individuo a la muerte (Master, Jonson y Kolodny, 1995; citados en Torres, Alfaro y Díaz 1999).

Gallo (1987, 1988), indica que hay evidencia sustancial que la infección de HIV ha ocurrido en África Central desde mediados de 1950; donde se identificaron anticuerpos específicos para el VIH en especímenes de África Central.

La infección de VIH se vio sombreada debido a la presencia de otras numerosas enfermedades fatales que afligían a países en vías de desarrollo. El SIDA, también permanecía oculto porque sus manifestaciones clínicas no se expresan tan rápidamente como otras infecciones por lo que el origen exacto de VIH y su introducción a los humanos es desconocido, pero hay mucha especulación que a su vez ha dado pauta a diversas teorías sobre dónde y cómo el VIH ha evolucionado, una línea de pensamiento indica que la presencia de VIH se estableció en distintas partes del mundo pero sólo se ha reconocido recientemente debido al gran aumento de casos detectados. No obstante, esta teoría no se ha probado bien. Una segunda línea sobre el VIH es que éste, evolucionó a través de la mutación de un virus más antiguo llamado *nonpathogenic*. Sin embargo, los Virologos, han desechado esta explicación pues no existen pruebas específicas para identificar a qué virus se refieren (Torres, Alfaro y Díaz 1999). Una tercera propuesta revela que el origen de VIH es *zoonosis* donde se cree que el virus fue transmitido a los humanos mediante un contacto con monos del viejo mundo a través de un viaje transcontinental y aunque esta teoría aun no se ha aceptado mundialmente, sí es una de las más utilizadas (Elford, Bor, y Summers, 1991).

La epidemia del SIDA, se detectó en 1981, primero en California y Nueva York después en otros estados de la Unión Americana; a principios de los ochenta se diagnosticaron enfermedades infecciosas y tumorales en individuos jóvenes homosexuales, hasta entonces, sanos, teniendo en común una inmunodeficiencia sin causa aparente (Sepúlveda, 1989; Garau y Martínez, 1990; citados en Torres, et. Al.; *op. Cit.*).

Debido a que la enfermedad se presentó inicialmente en personas homosexuales, ésta recibió diferentes nombres como: Inmunodeficiencia relacionada con homosexuales, enfermedad rosa, etc. El principal problema era un estado de inmunodeficiencia provocado por un factor no hereditario sino adquirido, que provocaba cuadros infecciosos y tumorales, por lo que el médico Gottlieb, quién fue el primero en reportar casos de jóvenes de sexo masculino cuyo sistema de defensa estaba severamente dañado, propuso llamarlo Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (OPS, 1989; citado en Torres, et. Al.; *op. Cit.*).

Datos actuales del CONASIDA (2001), indican que la infección por VIH es un proceso clínico que implica una producción elevada y constante de nuevos viriones, acompañada de la consecuente destrucción de linfocitos T de tipo CD4 (efecto citopático). Esta destrucción celular es compensada con una producción aumentada de linfocitos CD4 durante varios años, hasta que las reservas se agotan, desembocando finalmente en una depleción de estos linfocitos, que origina una inmunodeficiencia adquirida, en vista de que estas células coordinan la respuesta inmune del organismo. El evento cardinal en la progresión a la enfermedad es la replicación viral, mientras que el evento determinante del desarrollo de inmunodeficiencia es la destrucción celular linfocitaria.

La replicación viral tiene como característica principal ser imperfecta. La transcriptasa reversa, que es la enzima que produce copias del material genético viral, comete un error de copia en cada genoma que lee, de tal manera que a través de múltiples ciclos se generan poblaciones virales semejantes pero a su vez diferentes de sus ancestros. Las nuevas variantes virales pueden tener características distintivas:

- A) Cambiar su tropismo (afinidad por grupos celulares específicos), diseminando la infección a otras poblaciones celulares.
- B) Cambiar su antigenicidad, escapando de la vigilancia y del control del sistema inmune.
- C) Originar variantes resistentes a medicamentos \square imples \square ca \square irales.
- D) Ser no infectantes (defectuosas), de tal manera que desaparecen al no poder replicarse.

A las diferentes variantes presentes en un individuo se les denomina cuasiespecies y son básicas para la producción de enfermedad. Las variantes presentes en la mayoría de los individuos al principio de la enfermedad tienen tropismo por los macrófagos, lo que les da la ventaja de permanecer por largo tiempo y de “escondersse” del sistema inmune, mientras que cuando existe un cambio por tropismo a linfocitos T, se facilita la infección y destrucción del sistema linfocitario y se incrementan claramente los efectos citopáticos.

El huésped participa activamente en la selección natural que se establece de variantes virales por medio de la expresión de diversos receptores y co-receptores para el virus, así como de la selección constante de variantes que se escapan de la respuesta inmune generada. Dentro de los co-receptores virales de mayor importancia se encuentran los receptores de quimiocinas, entre los que destacan CCR5 para cepas con tropismo por macrófagos y CXCR4 para aquellas con tropismo por linfocitos T. La respuesta inmune generada por el huésped es variada, pero se considera que la más importante es la citotóxica, mediada por linfocitos T de tipo CD8 (linfocitos T citotóxicos). La generación de una respuesta citotóxica adecuada depende de la presencia de células CD4, por lo que la disminución de estas células afecta también de manera importante la capacidad del organismo de luchar contra el virus.

Ahora bien, la interacción de los mecanismos arriba mencionados desencadena la evolución natural del proceso infeccioso por el VIH-I. La historia natural de la infección por este virus se puede dividir en cuatro etapas distintas, una de ellas se considera que está por debajo del umbral clínico, o sea, no se presentan síntomas clínicos, mientras que la segunda apenas se sitúa muy próximo a él, aquí pueden presentarse o no síntomas, en tanto que las dos últimas ya se encuentran por arriba de él, con lo que la sintomatología clínica está claramente presente. A continuación, en base a las clasificaciones que describen Jennings (1994) y Mireles (1992) se amplía esta información:

ETAPA I. PORTADOR SANO

Es posible que la persona infectada tenga un cuadro clínico de pocos días de evolución de tipo inespecífico, que puede semejar a un cuadro faringoamigdalino acompañado de fiebre elevada, ataque importante al estado general y adenopatía; en otras ocasiones se puede presentar una encefalitis viral con daño neurológico severo. Por los cuadros presentados parecidos a alguna infección por otro germen patógeno, resulta difícil su reconocimiento y puede no ser ligado con la presencia del VIH, sino considerarse como un cuadro aislado. Lo anterior podría explicar que en algunos casos, cuando se ignoran estas opciones clínicas, el médico llegue a pensar que determinado medicamento “curó” al paciente, dado que la recuperación que tiene es aparentemente total. Sin embargo, el VIH continuará su evolución, pero por varios años la persona se mantendrá asintomática.

ETAPA II. SINDROME DE LA LINFADENOPATIA

El sistema linfático es el segundo sistema líquido del cuerpo humano. Es una parte importante del sistema de defensa del cuerpo contra las enfermedades, que produce y almacena linfocitos, filtra las sustancias extrañas y los virus presentes en la sangre y los tejidos. Los ganglios inflamados son uno de los signos claves de la linfadenopatía, ésta inflamación puede persistir durante meses, sin ningún otro síntoma asociado.

La presencia de anticuerpos (inmunoglobulina “G”) marca el inicio de la segunda etapa; los anticuerpos se identifican mediante el Análisis Inmunoabsorbente Ligado a Enzimas, conocido comúnmente como la prueba de ELISA la cual es considerada como un filtro ya que no detecta anticuerpos de otro tipo que también corresponden al virus del VIH. Para confirmar se debe de realizar una prueba de Western Blot (W.B.).

Esta etapa también se cursa en forma asintomática, encontrándose por abajo del umbral clínico. A pesar de que se conserva asintomático el daño celular existe y en algunos casos, no se trata sólo de una alteración a nivel de linfocitos; como se señaló en un principio, interviene el sistema linfático y sólo se puede identificar mediante pruebas de laboratorio.

ETAPA III. COMPLEJO RELACIONADO AL SIDA

Entre los síntomas que se cuentan por lo general, destacan las alteraciones del sistema linfático (crónica o generalizada), además de condiciones anormales del cuerpo que se manifiestan en las pruebas de laboratorio, la presencia de una o más infecciones oportunistas. Las personas que se encuentran en esta etapa pueden ver restringidas sus actividades cotidianas y presentan episodios de recrudecimiento de la enfermedad obligándolos a someterse a tratamientos médicos cortos o largos, dentro y fuera del hospital. Dentro de las enfermedades más comunes se encuentran: Neumonía por *Pneumocystis Carinii* (NPC), Sarcoma de Kaposi (SK), Toxoplasmosis (Toxo), Infección por Citomegalovirus (CMV), Tuberculosis pulmonar (TBP), Infecciones por: Criptococosis, *Mycobacterium*, Epstein Barr, Herpes Zoster, Criptosporidiosis, Candidiasis.

ETAPA IV. SIDA

Es el síndrome “completo”, puede tener varias enfermedades oportunistas que se desarrollan por la falla generalizada del sistema inmune, muchas de estas infecciones se pueden tratar con fármacos, pero sin el apoyo del sistema inmune, no logra eliminar del todo el problema o impedir que reaparezca; estas infecciones oportunistas, causan la muerte de la mayoría de los enfermos de SIDA.

Es la consecuencia de la destrucción de linfocitos CD4 y la presencia de inmunodeficiencia adquirida manifestada por infecciones oportunistas y neoplasias secundarias. La Infección Avanzada se presenta en pacientes con <50 células CD4/ml. (CONASIDA, 2001)

Podemos decir que la infección por VIH y el SIDA son en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. A más 20 años de que se describiera el primer caso del padecimiento, que hoy conocemos como SIDA, el impacto de la pandemia en los sistemas de salud es muy importante. El mayor conocimiento de la patogénesis e historia natural por la infección de VIH, así como el descubrimiento de agentes terapéuticos útiles en el manejo de los pacientes, han hecho que cada día sea más complejo el manejo clínico, por lo que la revisión y difusión de estos aspectos debe ser periódica (CONASIDA, *op.cit*).

1.2. Transmisión del VIH

Al ser poco resistente fuera del organismo, el virus que causa el SIDA sólo puede transmitirse cuando pasa del cuerpo de una persona infectada al cuerpo de una persona sana. Su única forma de sobrevivir es alojándose dentro de un organismo vivo (célula), fuera de dicho organismo vive muy pocas horas, los factores ambientales, químicos o temperaturas elevadas acaban con él. Aunque el VIH se puede encontrar tanto en algunas células como en los líquidos y secreciones orgánicas de las personas infectadas, en cantidades variables a lo largo del tiempo, su presencia no supone el mismo riesgo de transmisión en todos ellos. Hasta la fecha se ha aislado al virus en gran variedad de líquidos corporales, células y tejidos, incluyendo sangre periférica, ganglios linfáticos, tejido cerebral, líquido cefalorraquídeo, lágrimas, médula ósea, plasma, saliva, orina, sudor, retina, córnea, secreciones de oído, líquido bronquial, líquido sinovial, líquido amniótico, leche materna, secreciones vaginales, sangre, semen y líquido preeyaculatorio.

Otro factor que tiene que tomarse en cuenta para hablar del riesgo de transmisión del VIH es la vía de entrada en el organismo, en este sentido se puede afirmar que las principales puertas de entrada son las mucosas (membranas muy delicadas que recubren el recto, la vagina, la uretra, la boca y parte de los ojos) y la piel dañada como resultado de cortaduras, abrasiones o ulceraciones. Tanto debajo de las mucosas como de la piel que recubre la superficie externa del cuerpo se encuentran los vasos sanguíneos y linfáticos, el VIH, luego de reproducirse en la puerta de entrada, se disemina a otras partes del organismo (Organización Panamericana de la Salud, 1993).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH (2001), la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana es causada por los retrovirus VIH-1 y VIH-2, y se transmite de la manera siguiente:

- a) Por contacto sexual, no protegido, con personas infectadas por el VIH.
- b) Por transfusión de sangre contaminada y sus componentes.
- c) Por el uso de agujas y otros instrumentos punzocortantes contaminados.
- d) De una madre infectada a su hijo, durante el periodo perinatal por vía transplacentaria, por sangre o secreciones en el canal del parto, o a través de la leche materna, y
- e) Por trasplante de órganos y tejidos contaminados.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (*op. Cit.*), el contacto sexual con una persona infectada es la forma de transmisión más frecuente, especialmente si se practica el coito sin protección o cualquier acto sexual penetrante en el que no se utilice condón. No obstante, el riesgo difiere de acuerdo con el tipo de acto sexual que se practique. El coito vaginal, anal u oral puede dar lugar a la transmisión del virus de un hombre infectado a una mujer, o de una mujer infectada a un hombre; el coito anal u oral puede dar lugar a la transmisión de un hombre a otro hombre. Aquí el riesgo de contagio depende de varios factores como son: el tipo de acto sexual, la posibilidad de que uno de los miembros de la pareja pueda estar ya infectado, la cantidad del virus presente en la sangre, las secreciones genitales de la persona infectada, la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual o de las lesiones en la piel y mucosas de uno o de ambos miembros de la pareja.

El acto sexual con penetración, en el que no se utiliza protección, entraña un riesgo significativo de transmisión del VIH si las secreciones de una persona infectada se ponen en contacto con la mucosa que recubre el recto, la vagina, la uretra o la boca de la persona expuesta. Tanto el coito vaginal como el coito anal no protegidos conllevan riesgo elevado, el segundo de ellos es el que representa mayor riesgo, ya que la mucosa que recubre el recto es más frágil que la de la vagina y, por lo tanto, es más fácil que sufra lesiones o desgarres y permita el paso del VIH de la persona infectada. En cuanto al coito oral sin protección, aunque los datos disponibles no permiten extraer conclusiones definitivas respecto a esta forma de transmisión, debe ser considerada una práctica que implica riesgo de contagio.

La transmisión del virus de inmunodeficiencia humana a través de la sangre, sus componentes, por órganos y/o tejidos incluye el uso de jeringas y agujas contaminadas, la transfusión de sangre contaminada y el trasplante de órganos o tejidos infectados por el VIH. La forma en que tiene lugar la transmisión por el uso de agujas y jeringas contaminadas por las personas adictas es la siguiente: cuando una persona infectada se inyecta droga, la jeringa y la aguja se contaminan con su sangre, si otra persona utiliza estos mismos instrumentos sin esterilizar, parte de la sangre del primer usuario contaminada con el VIH, entra en la circulación sanguínea de la próxima persona y la infecta.

Otro modo de transmisión por agujas y jeringas se puede dar entre el personal de salud que atiende a personas con sida o entre el personal de laboratorios donde se manipula material contaminado, quienes pueden infectarse por pinchaduras accidentales con agujas contaminadas. Sólo una parte muy pequeña de estos accidentes laborales resultan en la infección por el VIH, pero es preciso tomar medidas de prevención. La transmisión del virus a través de las transfusiones de sangre sigue siendo un problema serio, especialmente los casos en que las personas requieren de ellas con frecuencia (hemofílicos), porque con ello aumenta el riesgo de recibir sangre contaminada.

Si una mujer embarazada está infectada por el VIH, existe la posibilidad de que el virus se transmita al feto, igualmente existe el riesgo de infección durante el parto, cuando es posible que la infección se transmita de la madre a su hijo al estar este último en contacto con la sangre materna. También es posible la transmisión de la infección durante la lactancia, cuando el recién nacido tiene alguna lesión en las encías, en la dentificación o al morder el pequeño el pezón del pecho materno.

Según Treviño (1997), en casi el 90% de estos casos la transmisión durante el periodo de gestación es poco frecuente, al parecer, porque la placenta impide el paso de partículas del virus a la circulación sanguínea del feto. Se ha observado también que el riesgo de infección es mayor si nace por parto normal que si nace por cesárea, esto se explica porque un parto normal es de mayor duración al de una cesárea y, por tanto, la probabilidad de que la sangre materna se mezcle con la del niño y lo infecte es más alta.

Poco tiempo después de la infección inicial por el VIH, la cantidad de virus es grande y la probabilidad de infectar a otros es alta; en etapas subsiguientes disminuye la cantidad del virus y aumenta la de anticuerpos, pero la persona infectada continua siendo una fuente de infección. Al cabo de varios años la cantidad de virus aumenta nuevamente hasta que se presentan los síntomas del sida. El riesgo de transmisión de sangre, secreciones vaginales y semen de personas infectadas radica en el hecho de que estos líquidos orgánicos contienen el virus en mayores cantidades que en otros. La posibilidad de transmisión aumenta cuando se tienen lesiones de la piel o de las mucosas resultantes de enfermedades de transmisión sexual o producidas por otras causas, ya que todas éstas facilitan la entrada del virus en el organismo (OPS, *op.cit*).

Cabe mencionar que todas las personas tienen el mismo riesgo de contraer una infección por el VIH. El intercambio frecuente de parejas sexuales hace a las personas más propensas a relacionarse con una persona infectada y, por lo tanto, a contraer la infección. La prostitución, tanto masculina como femenina, implica riesgos elevados debido a la actividad sexual con múltiples parejas que tienen las personas que la practican.

Ser homosexual, bisexual o adicto a drogas no conduce, por el hecho en sí, a la infección y posteriormente a contraer el SIDA. Son las prácticas de riesgo las que aumentan la probabilidad de adquirir la infección.

1.3. SIDA

Según el Centro de Control de Enfermedades, se considera que padece de SIDA “aquel paciente que padezca por lo menos dos signos mayores asociados a por lo menos uno menor, en ausencia de causas conocidas de inmunodeficiencia como cáncer o desnutrición grave, u otras etiologías reconocidas y el cual tenga serología positiva para VIH corroborada mediante prueba confirmatoria. Considerando signos mayores: pérdida de peso del 10% o más del peso corporal (sin causa aparente), diarrea crónica de un mes o más de duración, fiebre prolongada con duración de más de un mes (intermitente o constante). Signos menores: tos persistente por más de un mes, dermatitis puriginosa generalizada, herpes zoster recidivante, candidiasis orofaríngea, infección por herpes simple, crónica progresiva y diseminada, linfadenopatía generalizada. La presencia de Sarcoma de Kaposi o meningitis criptocócica son suficientes, por sí mismas, para el diagnóstico de SIDA” (Mireles, 1992, p. 32). CENSIDA informa que los individuos a los que se les ha detectado infección por VIH mediante diferentes procedimientos en el organismo, pero que no han desarrollado manifestaciones clínicas, son pacientes asintomáticos.

Ahora bien, *¿quién tiene SIDA?*

Los pacientes a los que se les ha demostrado la presencia del VIH en su organismo por cualquier método, y que además tienen las manifestaciones clínicas e inmunológicas específicas del SIDA. Existen algunas particularidades en la definición del SIDA: para la clínica, la clasificación de los CDC ampliada en 1993 (MMWR 1992;41:RR-17), se maneja frecuentemente. Esta incluye la correlación de la cuenta de linfocitos T CD4 con las manifestaciones clínicas. Los criterios para infección por VIH en personas de 13 ó más años, con dos o más pruebas reactivas de EISA positivas e identificación de anticuerpos específicos por una prueba confirmatoria, por ejemplo, WB (CENSIDA, 2001) se pueden observar en las “Categorías Clínicas” de la tabla 1, columna C.

TABLA 1. CATEGORIAS CLÍNICAS

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> - Infección por VIH asintomática. - Linfadenopatía generalizada - persistente (LGP) - (Nódulos en 2 ó más lugares extrainguinales, por lo menos - de 1 cm. De diámetro por 3 meses o más) - Enfermedad aguda (primaria) por VIH. 	<p>Condiciones sintomáticas, no enlistadas, ni en A ni en C y que:</p> <p>a) Son atribuibles a la infección por VIH o a un defecto en la inmunidad celular, o</p> <p>b) Tienen una evolución clínica o manejo específico por estar complicados por el VIH.</p> <p>Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angiomatosis bacilar. - Candidiasis vulvovaginal persistente (> 1 mes), con mala respuesta al tratamiento. - Candidiasis orofaríngea. - Displasia cervical grave o carcinoma <i>in situ</i>. - Síndrome constitucional, ejemplo, fiebre (38.5) o diarrea > 1 mes. - Leucoplaquia pilosa bucal. - Herpes Zoster (dos episodios distintos en más de una dermatoma). - Púrpura trombocitopénica tímica. - Listeriosis. - Neuropatía periférica. - Enfermedad pélvica inflamatoria (específicamente si está complicada por abscesos tubo-ováricos). 	<p>Candidiasis: esofágica, traqueal, bronquial.</p> <p>Coccidiomicosis extrapulmonar.</p> <p>Carcinoma cervical invasor.</p> <p>Criptococosis extrapulmonar.</p> <p>Criptosporidiasis intestinal crónica (> 1 mes).</p> <p>Retinitis por CMV o cualquier otra infección por CMV que no sea en hígado, bazo ni ganglios linfáticos.</p> <p>Encefalopatía por VIH.</p> <p><i>Herpes simplex</i> con úlceras mucocutáneas > 1 mes, bronquitis o neumonía.</p> <p>Histoplasmosis diseminada, extrapulmonar.</p> <p>Isosporidiasis crónica de >1 mes.</p> <p>Sarcoma de Kaposi.</p> <p>Linfoma Burkitt; linfoma inmunoblástico, linfoma primario del cerebro.</p> <p><i>MAC</i> o <i>M. kansasii</i> extrapulmonar.</p> <p><i>M. tuberculosis</i> pulmonar o extrapulmonar.</p> <p>Micobacterias, otras especies, diseminadas o extrapulmonares.</p> <p>Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>.</p> <p>Neumonía recurrente (2 ó más episodios en 1 año).</p> <p>Leucoencefalopatía multifocal progresiva.</p> <p>Bacteremia por salmonera recurrente.</p> <p>Toxoplasmosis cerebral.</p> <p>Síndrome de desgaste debido al VIH.</p>

CENSIDA, 20001.

1.4. Diagnóstico

Luego de identificar el supuesto agente etiológico del SIDA, el VIH, pronto se desarrollaron pruebas serológicas para determinar la presencia de anticuerpos al virus en personas infectadas. El motivo de esta rápida respuesta fue aplicar medidas para proteger a la población contra sangre donada por personas infectadas por VIH. La prueba se aplicó por primera vez a donadores de sangre en marzo de 1985 (Centres for Disease Control, 1985). Desde esa época, la detección, o sea aplicación sistemática de una prueba en poblaciones específicas (Gostin, 1987), se extendió a personal militar, reclusos en prisiones federales e inmigrantes. En dos estados, Illinois y Louisiana se requirieron, en aquel tiempo, pruebas premaritales para destacar VIH; la detección, a menudo definida como aplicación de la prueba a personas que la solicitan de manera voluntaria, en la actualidad está disponible para personas que solicitan la prueba por riesgo conocido de exposición al virus (Gostin, 1987).

En el campo científico, los avances logrados han rebasado con creces todas las expectativas, lo cual ha permitido elaborar pruebas de diagnóstico cada vez más confiables y albergar esperanzas de encontrar cada vez un tratamiento o vacuna más eficaz para la infección por VIH (Jennings, 1994). Para tener la certeza de que el virus existe en el organismo es necesario hacerse pruebas de laboratorio, comúnmente se combinan dos pruebas: la de ELISA (Análisis Inmunoabsorbente Ligado a Enzimas) y el Western Blot, que sirven para detectar la presencia de anticuerpos, más no la del virus del VIH.

El examen de ELISA detecta los anticuerpos que van dirigidos contra la capa de proteína del VIH, si se encuentra evidencia de anticuerpos contra el VIH, la persona es considerada seropositiva; esta prueba es muy sensible, lo cual significa que detecta pequeñas cantidades de anticuerpos, por lo que puede ser engañada por proteínas o anticuerpos que no tienen relación con el VIH. La prueba de Western Blot es muy específica ya que los anticuerpos obtenidos de su muestra de sangre reaccionan únicamente con las proteínas que forman parte de la estructura del virus del VIH (Laboratorios PCR, 1998).

El procedimiento normal es verificar muestras de sangre positivas por ELISA por medio del Western Blot. Esta prueba se reserva como confirmatoria del resultado, es muy específica. La necesidad de realizar ambos exámenes se debe a que como la prueba de ELISA (es muy sensible) puede dar un resultado positivo falso, al ser "engañada" por otro tipo de proteínas, o bien, puede dar un resultado indeterminado, el cual quiere decir que existe una proteína pero no puede definir si corresponde al del virus VIH; de ahí la necesidad de combinarla con el Western Blot. El valor predictivo del ELISA es de una precisión de más del 99% seis meses después de la exposición al virus, las dos pruebas combinadas tienen una precisión superior al 99.9% según los estudios de investigación (Jennings, op.cit.).

Estas pruebas detectan anticuerpos en la sangre, pero para que estos se desarrollen transcurre un tiempo "período de ventana" entre el momento en que ocurre la infección y el momento en que los anticuerpos son detectables, por lo que en éste tiempo la persona infectada podría ser seronegativa. Por este mismo "período de ventana", el cual se estima de 3 a 6 meses, se aconseja realizar la prueba en intervalos de 3 meses durante un año a partir de la fecha de exposición. Al obtener un resultado positivo, se emplea el término "seropositivo al VIH" lo que significa que una persona está infectada y es portadora del virus del VIH y puede llegar a desarrollar SIDA; dado que en algunas investigaciones recientes con personas que tienen más de 15 años con la infección, estas presentan poca o ninguna sintomatología y no han desarrollado SIDA, se ignora parcialmente por qué en algunas personas sobreviene la infección y en otras no (González, 1996, citado en Llanes, 2000).

Desde que el virus fue aislado a principios de la década de 1980, ha habido progresos impresionantes en las pruebas de laboratorio que se usan para la detección del VIH. Hoy día existen análisis muy confiables tanto para la detección del virus como para el monitoreo de la terapia recomendada por su médico, éste podrá seleccionar algunos o varios de los exámenes dependiendo de su condición actual y su historia clínica (Baker, 1996). La Administración de los Fármacos y Alimentos (FDA), quien es el organismo encargado de autorizar, tanto las pruebas como medicamentos que van a emplearse para el tratamiento de las diferentes enfermedades, ha aprobado el uso de las siguientes pruebas:

Diagnóstico de anticuerpos del VIH-1/2 por el método de RIFA: La prueba de RIFA (Prueba de Inmunofiltración Rápida) detecta anticuerpos producidos naturalmente por su cuerpo, para combatir la infección por el virus del VIH. Esta prueba contiene una secuencia de aminoácidos iguales a la secuencia antigénica del VIH 1 y 2: gag (p24) envoltura (gp 120, gp41), así como el epítipo de la membrana de la envoltura del VIH-2. Es altamente sensible (99.5%) y detecta niveles muy bajos de infección viral. Por esta razón, si se obtienen resultados positivos, se tiene que confirmar con la prueba de Western Blot.

La Carga Viral (carga VIH): es una nueva y poderosa prueba especializada que determina la cantidad del VIH dentro del plasma sanguíneo de las personas VIH positivas, o sea que, detecta la cantidad de virus que se encuentra en las personas seropositivas. Los resultados de la prueba de carga viral son expresadas con el número de copias del RNA del VIH por mililitro (copias por ml.), la carga viral es una excelente herramienta para poder evaluar el avance de la infección con lo cual se puede prever el progreso de la enfermedad y evaluar su respuesta a la terapia que está llevando. Dependiendo de la cantidad del RNA los resultados pueden variar de menos de 400 copias a varios millones de copias por ml.

La prueba de la reacción encadenada de la polimerasa de la transcriptasa reversa o simplemente la "PCR", amplifica los componentes genéticos del virus del VIH, de esa manera el laboratorio puede detectar al virus en forma directa, incluso cuando el virus esté presente en niveles muy bajos mide la carga viral tan baja como 20 copias por ml.

La prueba de antígeno p24 del virus del VIH es utilizada en bancos de sangre para verificar la presencia de una proteína de este virus que en ocasiones se encuentra antes de la aparición de anticuerpos.

Recuento de Linfocitos CD4 el virus del VIH infecta y destruye a un tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos CD4, la medición de los niveles de células CD4 y la proporción de éstas con respecto a las células CD8, ayudan a monitorear el progreso de su tratamiento y el estado de las defensas naturales del cuerpo.

Mutaciones en los genes del virus del VIH para el análisis de resistencia a las drogas antirretrovirales como la transcriptasa reversa y proteasa, éste es un análisis nuevo y muy prometedor que utiliza lo mas avanzado de la tecnología, es una herramienta confiable para agregar información y ayudar a identificar las mutaciones virales asociadas con la resistencia a algún o algunos medicamentos que pudieran ser prescritos para su tratamiento, para en este caso realizar las sustituciones necesarias antes de que se pudiera presentar la resistencia a alguno de los medicamentos antivirales previendo un deterioro clínico (Laboratorios PCR, 1998).

Para poder establecer un diagnóstico con respecto a la infección por el virus del VIH, es necesario tener como bases los datos clínicos que proporciona el paciente y se confirma con los estudios de laboratorio, conjuntando datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio.

Como hemos podido ver, el diagnóstico de la infección por VIH se basa en las pruebas que detectan anticuerpos contra el VIH. Estas pruebas se clasifican en:

- A) Pruebas iniciales de detección o tamizaje (ELISA, aglutinación y las rápidas con formato de inmunodot con mínima extracción de sangre).
- B) Pruebas suplementarias o confirmatorias (Western Blot).

Las pruebas de tamizaje para la detección del VIH siempre deben interpretarse de acuerdo a la historia clínica del paciente y a pruebas auxiliares de laboratorio, como biometría hemática, cuenta de linfocitos, química sanguínea, PPD, etcétera. En pacientes sin manifestaciones clínicas ni otras pruebas disponibles, las pruebas de tamizaje siempre deben ser confirmadas.

Sin embargo, dado que el WB requiere de un laboratorio con cierta tecnología, la Organización Panamericana de la Salud(OPS) ha propuesto otros esquemas, combinando dos o tres pruebas diferentes (ELISA, simples o rápidas), que utilizadas en poblaciones con prevalencia de infección por VIH superior a 10% son equivalentes al WB, con un costo menor y los resultados pueden obtenerse con mayor rapidez.

De acuerdo con el CONASIDA, se considera como persona infectada por el VIH o seropositiva aquella que presenta:

- A) Dos resultados positivos de pruebas diferentes de tamizaje para anticuerpos (ELISA, aglutinación o pruebas rápidas) y prueba suplementaria (WB) positiva, incluyendo a individuos asintomáticos aun en ausencia de factores de riesgo.
- B) Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje para anticuerpos en un paciente con cuadro clínico sugestivo de infección por VIH (ver adelante). En esta situación NO es indispensable confirmar con WB.
- C) Alguna prueba suplementaria positiva que determine la presencia del virus o de algún componente del mismo (cultivo de virus, determinación de antígeno p24, reacción en cadena de la polimerasa (Laboratorios PCR, *op. cit.*).

Se considera negativo, es decir, que la persona no se encuentra infectada cuando:

- A) Sólo una de las pruebas de tamizaje para anticuerpos resultó positiva.
- B) El resultado de WB es negativo.

En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero con WB indeterminado, debe considerarse a esa persona posiblemente infectada y así se le informará, además de recomendarse repetir el diagnóstico de laboratorio tres meses después. Si a los tres meses después:

- * El resultado del WB es positivo, se considerará infectada por el VIH.
- * El resultado del WB es negativo o vuelve a dar indeterminado debe considerarse NO infectada por el VIH (CONASIDA, *op. cit.*).

Cabe mencionar que al notificar el resultado, sea positivo o negativo, la información debe ser: personal, privada, confidencial, simple y concreta sobre la infección por VIH y de acuerdo al nivel de comprensión de la persona (CONASIDA, *op. cit.*).

1.5. Tratamiento

Con la información correcta pueden tomarse decisiones sobre el tiempo apropiado de iniciar un tratamiento, el tiempo de dejar de tomar un fármaco y el tiempo de añadir o cambiar a un nuevo tratamiento. En términos generales se ha visto que cuanto más baja es la carga viral mayor es el tiempo de progresión y mayor el tiempo de sobrevivencia, así como también cuanto más elevada la carga viral menor es el tiempo de progresión y menor el tiempo de sobrevivencia; cuanto más elevada la carga viral, mayor el riesgo de experimentar deterioro clínico y más urgente la necesidad de emplear o cambiar el tratamiento. Aunque existen ciertos cofactores, como las inmunizaciones contra la influenza, brotes de herpes simple, y enfermedades agudas que pueden incrementar la replicación viral por un periodo de tiempo; por estas razones, muchas veces los médicos retrasan o indican a los pacientes que no deben someterse a la prueba -principalmente de la carga viral -por espacio de 4 a 6 semanas después de haber experimentado cualquiera de los antes mencionados cofactores (Baker, 1996, citado en Llanes, 2000).

El estadio clínico de la infección es el elemento más importante para decidir el inicio del tratamiento antirretroviral, esto puede ser decidido midiendo los linfocitos CD4 o en presencia de una infección definitiva de SIDA; es fundamental que el médico conozca los nuevos tratamientos disponibles para ofrecer al paciente las mejores alternativas posibles, las cuales deben ser discutidas ampliamente con los pacientes a la luz de las evidencias disponibles con relación a eficacia, costo, toxicidad, etc. Se recomienda que todo paciente tenga mediciones de linfocitos CD4 cada 6 meses; en algunos casos, especialmente cuando hay una rápida disminución del número de linfocitos, es recomendable practicarlas más frecuentemente (CONASIDA, 1997).

La meta del tratamiento antirretroviral es reducir la cantidad corporal del RNA del VIH tan bajo y por un mayor tiempo, empleando el mínimo de fármacos que resulte posible para alcanzar un nivel muy bajo o indetectable, considerándolo entre 5000 a 10000 copias por ml. (Baker, 1996, citado en Llanes, op. cit.).

De igual manera se aconseja realizar el examen de carga viral, mismo que nos permite conocer la cantidad de partículas vírales que hay en la sangre, lo cual sirve como indicador del daño que puede estar causando el virus; a diferencia del conteo de CD4, que indica el daño ya causado, la carga viral puede decir que tan rápido avanzará la enfermedad. Además cabe señalar que actualmente existen medicamentos para detener la replicación viral, y dependiendo del momento en que intervienen es como se les denomina. Hasta hace poco tiempo los medicamentos antirretrovirales más conocidos eran los que actúan a nivel de la transcriptasa reversa viral. Estos antirretrovirales se dividen en inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa, y los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (son una segunda generación de medicamentos que pertenecen a un grupo químico diferente a los nucleósidos). La función de ambos es favorecer el aumento de CD4, y evitar que el virus infecte a las células inhibiendo precisamente la función de la transcriptasa reversa, o sea, impidiendo que el RNA viral cambie a ADN viral para interceptar el ciclo de reproducción' (Baker y Bower, 1996; citados en Llanes *op. cit.*).

En los últimos meses han aparecido en el mercado un nuevo grupo de medicamentos denominado Inhibidores de la Proteasa, que también atacan la replicación viral pero por bloqueo enzimático, con lo que se pretende frenar la replicación del virus y disminuir la cantidad de virus circulante desarrollando una enorme actividad contra el virus. Son eficaces para reducir la cantidad del virus en la sangre y para incrementar los linfocitos T y los CD4, impiden la acción de una enzima que el VIH utiliza para reproducirse, su empleo resulta en la formación de virus defectuosos incapaces de infectar a otras células; otra ventaja importante de los inhibidores de la proteasa es que no implican una toxicidad seria (Baker y Bower, 1996; citados en Llanes *op. cit.*). A diferencia de los medicamentos anteriores cuya acción consiste en evitar que el virus infecte a la célula, los inhibidores de la proteasa evitan que se lleve a cabo el ensamble de nuevos virus en una célula crónicamente afectada, es decir, intervienen en una fase posterior a los inhibidores de la transcriptasa reversa (Nieto, 1997). En México se han aprobado hasta la fecha los inhibidores de la transcriptasa reversa; así como algunos de los inhibidores de la proteasa, y se está en espera de otros fármacos que se encuentran bajo investigación, cuyo uso sea próximo, como la Hidroxiurea y la Lovirida, entre otros (Feregrino, 1997; Nieto, 1997).

En la tabla 2 se encuentra información de algunos antirretrovirales describiendo (de acuerdo al momento en que intervienen) a que grupo de éstos pertenecen, su nombre genérico y su nombre comercial Nieto (*op.cit.*) recomienda que una vez confirmada la presencia del virus del VIH es conveniente conocer la cantidad de células CD4 que existen por milímetro cúbico de sangre, los parámetros normales son de 500 a 1200 células, por lo que el resultado indicará cuánto daño ha causado el VIH, antes se consideraba necesario iniciar tratamiento hasta que el conteo de células fuera de 500 o menos, ahora como se sabe que actúa desde su ingreso es recomendable administrar antivirales desde el momento en que es detectado para prevenir enfermedades oportunistas.

Cabe mencionar que antes de iniciar un tratamiento hay factores que se deben considerar, como la resistencia y la resistencia opuesta, por lo que es importante comprender a lo que se refieren cada una de ellas. La resistencia se refiere a la capacidad para superar los efectos supresores de un fármaco que anteriormente impedía la propagación y replicación patogénica, el VIH desarrolla resistencia a los fármacos a través de mutaciones en áreas específicas de su material genético. La resistencia opuesta ocurre cuando la resistencia viral a un primer fármaco que se está utilizando confiere la resistencia a un segundo fármaco, aún si no se ha empleado dentro del tratamiento el segundo fármaco; en general, la resistencia a un fármaco se desarrolla lentamente cuando éste es empleado en combinación con otros fármacos en vez de emplearlo sólo (Baker, *op.cit.*).

Administrar varios agentes que ataquen al VIH en las mismas o en diferentes fases de su ciclo vital podría dificultar la replicación del virus y reducir la carga viral; la politerapia podría retrasar el desarrollo de resistencias y reducir muy posiblemente el riesgo de toxicidad, razón por la cual fracasan la monoterapia. Los inhibidores de proteasa atacan al VIH durante las fases finales de su desarrollo, podrían considerarse, por ello, un complemento lógico para los análogos de nucleósidos (Fischl, 1995; citado en Llanes *op. cit.*). Una vez comprendidas las resistencias es necesario valorar, si estas se establecen entre las diferentes combinaciones de inhibidores y los otros fármacos, por ejemplo se sabe que el Saquinavir no es resistente opuesto al Indinavir o al Ritonavir, por lo que se podría emplear y luego cambiar a cualquiera de los otros dos, pero sin combinarlos (Indinavir y

Ritonavir) porque son resistentes opuestos. Otro punto a considerar para el tratamiento es que el tomar una combinación de fármacos significa tomar una cantidad de píldoras o cápsulas cada día, y que algunos fármacos funcionan mejor al tomar con comida (por ejemplo: Ritonavir y Saquinavir) mientras que otros requieren que el estómago esté vacío (por ejemplo: Indinavir), además hay que considerar el precio y la disponibilidad del fármaco (Baker, op. cit.). La prevención y el tratamiento de enfermedades oportunistas no es una ciencia exacta, y a menudo requiere un proceso de errores y aciertos para determinar cual es el mejor tratamiento para cada paciente en particular. En ocasiones la disponibilidad de algunos de los medicamentos puede representar problemas, ya sea porque algunos de ellos no se han aprobado; o bien éste acceso puede variar dependiendo de quién esté a cargo de proveer su cuidado médico, de las compañías de seguro privadas o del gobierno (Wright, 1996; citado en Llanes, *op. cit.*).

TABLA 2. ANTIRRETROVIRALES

TIPO DE ANTIRRETROVIRAL	NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL
INHIBIDORES NUCLEOSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA	ZIDOVUDINA (AZT) DIDANOSINA (ddl) ZALCITABINA (ddC) LAMIVUDINA (3TC) ESTAVUDINA (d4T)	RETROVIR VIDEX HIVID 3TC ZERIT
INHIBIDORES NO NUCLEOSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA	NEVIRAPINA	VIRAMUNE
INHIBIDORES DE LA PROTEASA	INDINAVIR RITONAVIR SAQUINAVIR NELFINAVIR NEVIRAPINE DELAVIRDINE	CRIXIVAN NORVIR INVIRASE VIRACEPT VIRAMUNE RESCRIPTOR

Nieto, 1997.

Para hablar sobre el tratamiento y los medicamentos que se emplean para la infección por VIH retomaremos los trabajos y experiencias de los doctores Del Río (1990), Feregrino (1997) y Nieto (*op.cit.*) quienes desarrollan su labor con pacientes mexicanos; el tratamiento y los medicamentos que actualmente se prescriben se basan en el conocimiento del ciclo de replicación del virus, las pruebas de laboratorio y los datos clínicos. En base a su experiencia clínica la prescripción de un sólo fármaco para el tratamiento del VIH ha demostrado no ser de utilidad a largo plazo, debido a la capacidad del virus para crear resistencia a la mayoría de los medicamentos, originando un cambio del sitio activo de la enzima misma que modifica su actividad por lo que la efectividad del medicamento se vuelve nulo. Por ello es cada vez más aceptado el uso combinado de dos o más fármacos, para evitar hasta donde sea posible y durante el mayor tiempo posible la progresión de la enfermedad; la terapia combinada de antivirales ha mostrado beneficios al inhibir al VIH de manera más eficaz al actuar en dos sitios distintos, y esta forma aditiva, podría permitir la reducción en la dosis de algunos medicamentos y así también la toxicidad, retardando la aparición de cepas resistentes al virus. Debido a que se conoce ya la potencia relativa de cada medicamento, es posible combinar dos o más de ellos para disminuir radicalmente la carga viral, normalmente se combinan dos inhibidores de la transcriptasa reversa y uno de proteasa; diferentes combinaciones que disminuyen la carga viral aproximadamente 10 veces, en otras una disminución de 15 veces, y dependiendo del caso esto puede ser insuficiente, considerando que la carga viral debe estar cuando menos en un rango de diez mil para que se considere controlada.

Es conveniente aclarar, que para la carga viral, aún cuando los inhibidores de la proteasa en combinación con otros antirretrovirales son capaces de bajar la carga viral hasta niveles indetectables, con los medios actualmente disponibles, ello no significa que el paciente se haya curado, más bien convierte al VIH/SIDA en una enfermedad crónica controlable, han transformado al SIDA de una enfermedad mortal en una enfermedad crónica, como actualmente es la diabetes mellitus.

Los que toman una combinación de un fármaco inhibidor de la proteasa más 1 o 2 nucleósidos análogos viven por más tiempo y experimentan menos enfermedades oportunistas (Baker, *op. cit.*). Por lo que los objetivos de la terapia combinada son:

- reducir la carga viral,
- retrasar el desarrollo de resistencias,
- reducir la toxicidad,
- seguir investigando la eficacia de las combinaciones de las diferentes politerapias antirretrovirales,
- futuras investigaciones deberán centrarse en instituir las politerapias lo antes posible como tratamiento de línea o bien como tratamiento a instaurar dentro de los 2 a 6 meses siguientes al inicio en los casos de enfermedad avanzada (Fischl, 1995; citado en Llanes, 2000).

Actualmente se considera que el tratamiento más eficaz considerando la disminución de la carga viral y el aumento de células CD4 que se obtienen, es el denominado "cóctel", que consiste en una combinación de AZT, 3TC y un inhibidor de proteasa, aunque algunos investigadores expresan que es mejor incluir en la combinación hasta dos inhibidores de la proteasa. En la tabla 3 se describe los parámetros en base al conteo de CD4 y de la carga viral a considerar, y la terapia recomendada para el tratamiento adecuado a cada uno de ellos.

Desafortunadamente el costo de los medicamentos no es accesible para toda la población, ya que muchos de ellos, sobre todo los Inhibidores de la proteasa son muy costosos y quizá como lo señala Nieto (*op. cit.*) la aparición de los nuevos fármacos ha ocasionado más inquietud que esperanza, así como mayor impacto y expectación, las razones son que mientras los fabricantes de los productos juegan una importante carrera financiera, los enfermos y portadores del VIH ven en dichos medicamentos una tabla de salvación, pero la carrera de los fabricantes y la precariedad de la economía les impide asirse a dicha tabla.

TABLA 3.
PARAMETROS A CONSIDERAR PARA TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES

CUENTA DE CD4	CARGA VIRAL	TRATAMIENTO	TERAPIA SUBSECUENTE SI EXISTE PROGRESIÓN
500 – 350	< 10,000 copias	1 nucleósido	2 nucleósidos
350 – 200	1,000 – 100,000	2 nucleósidos	2 nucleósidos + inh. de proteasa
< 200	> 100,000	2 nucleósidos + inhibidor de proteasa	1 nucleósido + 1 inh. Transcriptasa reversa no nucleósido + inh. de proteasa

Llanes, 2000.

Para crear una vacuna, los científicos aíslan y cultivan grandes cantidades del virus y luego buscan la manera de destruir su núcleo de ADN o ARN sin destruir la capa de proteína, para que esta capa o fragmento de ella se inyecte en el cuerpo de la persona; el sistema inmunológico reacciona ante la presencia de las proteínas virales creando anticuerpos, la capacidad de fabricar esos anticuerpos dura años o, en algunos casos, toda la vida. En la actualidad se están empleando bacterias sometidas a ingeniería genética para crear proteínas virales; en teoría, al aplicar la vacuna la producción de anticuerpos comienza inmediatamente, por lo que los anticuerpos neutralizan el virus antes de que pueda hacer daño. En lo que se refiere al retrovirus VIH, existen varios problemas para desarrollar la vacuna, ante todo, nunca ha existido una vacuna que sea el 100% eficaz contra un retrovirus; por otro lado, las distintas cepas del VIH tienen capas de proteína ligeramente diferentes, de manera que los anticuerpos producidos contra una cepa quizá no sean eficaces contra otra.

Nadie sabe a ciencia cierta si es posible desarrollar una vacuna eficaz contra el VIH, en este momento no conviene confiar en el desarrollo de la vacuna como solución para el problema del VIH/SIDA de manera que todo el mundo debe protegerse contra el riesgo de exposición (Jenningis, *op. cit.*; Del Río, 1990).

1.6. Prevención

Según la Modificación a la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (2001), la prevención de la infección por VIH debe realizarse entre toda la población, tomando en consideración los medios de transmisión de la infección que establece dicha Norma, además de llevar a cabo acciones específicas dirigidas al personal de salud, poblaciones en riesgo y contextos de vulnerabilidad para adquirir la infección.

La prevención de la infección por VIH se debe llevar a cabo por los órganos competentes, a través de la educación para la salud, la promoción de la salud y la participación social, orientando sus actividades a formar conciencia y autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que colaboren activamente en el cuidado de la salud y en el control de la infección.

De manera específica, la prevención se debe llevar a cabo mediante la capacitación y el apoyo de los establecimientos que prestan servicios de salud, dirigiéndola al personal de salud y a los grupos vulnerables con mayor probabilidad de adquirir la infección.

En materia de promoción para la salud, las acciones deben estar orientadas a:

- Informar a la población sobre la magnitud y trascendencia de la infección por VIH, como problema de salud pública.
- Orientar a la población sobre medidas preventivas y conductas responsables para reducir el riesgo de contraer el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

- Instruir a la población acerca de las medidas personales para prevenir esta infección, con énfasis en los grupos vulnerables, especialmente los adolescentes.
- Alentar la demanda oportuna de atención médica entre personas infectadas con el VIH o que tengan SIDA.
- Dar a conocer a la población los mecanismos de transmisión, formas de prevención e instituciones de información y atención, relacionadas con la infección por VIH.
- Informar a la población acerca de la importancia de otras enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, clamidiasis, herpes genital, vaginosis bacteriana, etc.), como factores facilitadores para adquirir la infección por VIH.
- Promover la búsqueda de la atención médica para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y atención de contactos para otras enfermedades de transmisión sexual.

En materia de participación social

- Sensibilizar a la población para que permita el desarrollo de acciones preventivas y de control.
- Invitar al personal de salud, maestros, padres de familia, organizaciones, clubes, grupos deportivos y otros grupos de la comunidad, a que colaboren en actividades educativas y de promoción.
- Promover la intervención activa de las organizaciones de la comunidad, en actividades relacionadas con el control de la infección por VIH o SIDA.
- Promover la integración y participación activa de la sociedad, para la realización de acciones concretas de educación y detección.
- Consolidar la participación activa de los diversos grupos sociales, en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades preventivas.

En materia de educación las acciones fundamentales para la prevención de la infección entre la población estarán encaminadas a:

- Desarrollar modelos educativos que respondan a los intereses de los distintos grupos de la población, por lo que deben estar orientados a la adopción de conductas preventivas para disminuir el riesgo de contraer el VIH.
- Instruir a todas las personas que desempeñen labor docente, en el sentido de que el tema del VIH y SIDA sea abordado con objetividad y en función de los resultados del progreso científico.
- Colaborar en la capacitación del personal de salud, con objeto de lograr una modificación en su conducta, a efecto de obtener una detección oportuna y la atención adecuada.
- Instruir al personal de salud con el fin de reducir el riesgo de transmisión del VIH que ocurre por el manejo de instrumental, procedimientos y productos utilizados en áreas médicas y odontológicas.
- Capacitar a los prestadores de servicios que utilizan instrumentos punzocortantes en su manejo adecuado, dando preferencia al uso de material desechable y, cuando esto no sea posible, para que dichos instrumentos sean esterilizados y desinfectados.
- Promover el uso consistente y correcto de los condones de látex (masculino) y/o poliuretano (femenino) en prácticas sexuales de carácter coital.
- Recomendar a la población con prácticas de riesgo, que evite la donación de sangre, leche materna, tejidos y células germinales.

El personal de salud debe recomendar a la población infectada con el VIH/SIDA:

- Realizar prácticas sexuales seguras y protegidas (usar condón de látex o de poliuretano).
- No donar sangre, semen ni órganos para trasplante.

- No compartir objetos potencialmente contaminados con sangre (agujas, jeringas, cepillos de dientes, navajas) y, en general, objetos punzocortantes de uso personal.
- Valorar la conveniencia de evitar el embarazo.
- Las madres infectadas por VIH/SIDA no deben amamantar a su hijo, si cuentan con la posibilidad de disponer de sustitutos de la leche materna.
- Evitar el contacto con padecimientos contagiosos.
- Evitar el contacto o la convivencia con animales.
- No automedicarse.
- Solicitar atención médica periódica, aun en ausencia de sintomatología.
- Fomentar la salud a través de una dieta adecuada, reposo, ejercicio y apoyo psicológico.
- Evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco.
- Conocer los servicios y alternativas gubernamentales y no gubernamentales disponibles en su localidad, que ofrecen apoyo a personas con VIH/SIDA o a sus familiares.

Las medidas fundamentales que deben cumplirse para la prevención de la infección por VIH en los establecimientos de salud y entre el personal de salud y sus familiares que tengan contacto con sangre y sus componentes, órganos, tejidos, células germinales y cadáveres humanos, así como con los sujetos infectados, son las siguientes:

- Informar sobre la magnitud y trascendencia del problema de salud que constituye la infección por VIH, los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas.
- Identificar el equipo, material y ropa probablemente contaminados, para ser desinfectados, esterilizados o destruidos, según sea el caso.
- Manejar siempre los tejidos, excretas y líquidos corporales, como potencialmente infectados, y darles destino final por incineración o inactivación viral, mediante esterilización con autoclave o utilizando soluciones de hipoclorito de sodio de 4 al 7%. Los cadáveres deben considerarse como

potencialmente infectados y deben seguirse las precauciones estándar, su incineración no debe ser obligatoria.

▪ Observar las «Precauciones Estándar» en todos los pacientes, las que consisten en:

* Lavarse siempre las manos, antes y después de tener contacto con cualquier paciente.

* Usar guantes, siempre que exista la posibilidad de contacto con líquidos de riesgo.

* Usar bata, delantales o ropa impermeable, cuando exista la posibilidad de contaminarse la ropa con líquidos de riesgo.

* Usar máscara o lentes, siempre que exista la posibilidad de salpicaduras.

* Desechar las agujas y otros instrumentos cortantes, en recipientes rígidos, no perforables, que contengan algún desinfectante adecuado o que posteriormente sean tratados con desinfectante.

* Nunca recolocar el capuchón de la aguja; en caso estrictamente necesario, apoyarse en una superficie firme, tomando el capuchón con una pinza larga.

* Después de limpiar minuciosamente el instrumental, esterilizarlo o, en su defecto, desinfectarlo. La desinfección química no debe aplicarse a las agujas y jeringas; en el caso de otros instrumentos punzantes o cortantes, sólo debe utilizarse como último recurso, y para que pueda garantizarse la concentración y la actividad del producto, es indispensable que se limpie minuciosamente el instrumental antes de sumergirlo en el desinfectante químico.

* Limpiar las superficies potencialmente contaminadas con hipoclorito de sodio al 0.5%, con alcohol al 70% o con agua oxigenada.

En caso de probable exposición al VIH del personal de salud, o de quienes cuidan a personas con VIH o SIDA, al tener contacto con sangre de un paciente mediante punción (piquete o pinchadura), cortadura o salpicadura en mucosas o piel con heridas, se deben realizar en forma inmediata las siguientes acciones:

- Suspender inmediatamente la actividad.
- Exprimir la herida para que sangre.
- Lavar con abundante agua y jabón.
- Acudir de inmediato al servicio hospitalario más cercano, o a la autoridad del hospital donde el accidente ocurra, para:
 - * Constatar por escrito el incidente.
 - * Tomar una muestra sanguínea basal, para la detección de anticuerpos contra el VIH, hepatitis B y hepatitis C.
 - * Establecer las medidas necesarias, para determinar si el paciente accidentado se encuentra realmente infectado por el VIH.
 - * Recomendar que se eviten las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (masculino) o poliuretano (femenino) durante los siguientes seis meses. Estas precauciones se podrán suspender en cuanto se determine que no hubo seroconversión.
 - * El tratamiento profiláctico debe proporcionarse dentro de las cuatro horas posteriores a la exposición. Este tratamiento debe estar disponible las veinticuatro horas en todas las unidades médicas.
 - * Tomar muestras sanguíneas a los tres, seis y doce meses, diagnosticándose como caso de «infección ocupacional», aquel que demuestre seroconversión durante dicho periodo.

Para la prevención de la infección por VIH en actos de trasplante, transfusión o técnicas de fertilización asistida, se deben observar las disposiciones que figuran a continuación:

- Excluir como donante de órganos, tejidos y sus componentes, así como de células germinales, a los individuos siguientes:
 - * Aquellos pertenecientes a la población en riesgo de adquirir la infección por VIH.
 - * Quienes resulten con positividad, en cualquiera de las pruebas de tamizaje que al efecto se practiquen. En caso de que la obtención de órganos y tejidos ya se hubiese efectuado, se les debe dar destino final.

Finalmente, los mayores retos que el SIDA implica no se dan sólo en la prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal, sino en cuestiones sociales que incluyen la reducción del impacto que la infección por VIH causa a nivel individual, en grupos y en sociedades, en la atención a los pacientes con VIH/SIDA a nivel social: aquellas personas que han sido discriminadas, marginadas y estigmatizadas dentro de una sociedad anteriormente a la llegada del VIH, serán afectados cada vez más por la carga de la pandemia en extensión; en un esfuerzo para la prevención del VIH, más tradicional, se sugiere un nuevo marco conceptual basado en los derechos humanos y la dignidad de todos, lo cual pudiera ser vital para el futuro de la prevención y tratamiento del VIH (Fuentes, 1995; citado en Llanes, *op. cit.*).

1.7. Alcances psicológicos, sociales y/o culturales

La amenaza de infección de VIH para la salud emocional, las relaciones sociales y la calidad de vida han sido reconocidas como importantes últimamente en la epidemia del SIDA (Coates, Temoshok, & Mandel, 1984; Morin & Batchelor, 1984). Los primeros estudios del ajuste psicológico a la infección de VIH encontraron que los individuos con VIH experimentan un dolor significado como emocional en respuesta a una prueba positiva de VIH. (Dilley, Ochitili, Perl, & Volberding, 1985; Donlou, Wolcott, Gottlieb, & Landsverk, 1985; Perry & Tross, 1984). El rango de consecuencias psicológicas en la infección de VIH es tan amplio como el propio espectro de la enfermedad del VIH. Incluso las reacciones sicópatas agudas están entre las reacciones más extremas a tener VIH (Halstead, Riccio, Harlow, Oretti, & Thompson, 1988; Sewell, Jeste, Atkinson, Heaton, Hesselink, Wiley, Thai, Chandler, Grant, & the San Diego HIV Neurobehavioral Research Center Group. 1994). Los Factores como el estrés, perturbaciones psicológicas que preceden a la infección de VIH, el abuso de sustancias, y el aumento del desplazamiento social incrementan la vulnerabilidad psicológica que a menudo se presentan con cualquier enfermedad que amenaza la vida.

El contexto de estrés en el VIH/SIDA

El estrés ocurre dentro de puntos múltiples del espectro de VIH. El estrés de tener VIH es incluido en un contexto de estresores preexistentes. Las personas que pertenecen a las llamadas poblaciones de riesgo al VIH pueden experimentar estrés en virtud de reconocerse como población potencial para la infección de VIH. La prueba de VIH por si misma es significada como un estresor, particularmente durante las 2 ó 3 semanas de espera por los resultados de la prueba. Al resultar la prueba de VIH como positiva, los individuos deben enfrentarse a la idea de una enfermedad crónica, que es estigmatizada y que amenaza su vida. El curso de enfermedad de VIH se conforma con varios estresores donde se incluyen los síntomas, la toma de decisiones medicas, el descubrimiento de estado de VIH, y los desafíos de manejar una vida con VIH. De cualquier modo, los efectos de tensión en el bienestar emocional son complejos y potencialmente mediados con recursos psicosociales. Particularmente importante son las diferencias individuales en los estilos de afrontamiento y en los procesos de significado de la enfermedad. El SIDA afecta a personas de diversas razas, y de diferentes estatus socio-económicos. Por consiguiente es importante discutir los estresores relacionados al VIH con respecto a las comunidades específicas y subpoblaciones

Una de las primeras comunidades, históricamente reconocidas, es la de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH). Se ha reconocido a la población de HSH, desde hace tiempo, como una minoría sexual socialmente estigmatizada (Solomon et al., 1991); es común para el familiar rechazar a los miembros homosexuales y para los hombres gays enfrentar hostigamiento y violencia. La homofobia se ha amplificado como consecuencia a la crisis del SIDA, desde fuera y dentro de las propias comunidades gays. El VIH es una fuente mayor de tensión para hombres gays que viven en la mayoría de las áreas urbanas (Noh, Chandarana, Campo, & Posthuma, 1990). Folkman, Chesney, Pollack, y Philips (1992) encontraron que los estresores más importantes para la mayoría de las áreas de la vida para hombres homosexuales y bisexuales incluyen la enfermedad de amigos íntimos y la supervisión de la salud personal. Existen estudios donde reportan áreas principales donde los hombres gay encuentran estresores.

Por ejemplo un estudio de Peterson, Folkman & Bakeman (1996), realizado en HSH se reporta que los eventos de estrés con más ocurrencia están en relación con el trabajo, las finanzas y las amistades. Otro estudio de Martin (1993) observó cinco dimensiones al utilizar factores de análisis, como percepción de riesgo, amenaza a las metas personales y a las aspiraciones futuras, apariencia personal, integridad, salud y la salud de los amigos y la pareja.

Otro subgrupo con importancia, dentro de la literatura, es el de las personas que habitan fuera de las grandes ciudades; la mayoría de casos del SIDA en Norteamérica y en otras partes del mundo, se han diagnosticado en los centros urbanos grandes. Pero no son las únicas, los barrios o las poblaciones que no están en las grandes ciudades que tienen condiciones de viviendas congestionadas, recursos de salud pobres, pobreza y redes sociales y sexuales relativamente cerradas incrementan los factores para la diseminación de la enfermedad. Un ejemplo dentro de este subgrupo, es el de las personas que usan drogas inyectables; estas han sido reconocidas como un grupo socialmente marginado, los usuarios de drogas inyectables son generalmente rechazados y se desconfía de ellos exclusivamente con base a su uso de droga (Des Jarlais, Friedman, & Stoneburner, 1988). Estresores Socio-económicos que coexisten con el uso de droga inyectables, los estigmas sociales asociados con la adicción de droga y la adicción a las drogas por sí misma complica el vivir con VIH/SIDA (Des Jarlais, Friedman, & Casriel, 1990; Miller & Pinching, 1989). De tal modo encontramos un contexto social del SIDA, particularmente en las áreas urbanas, una estructura compleja de estresores en la vida cotidiana y las necesidades de supervivencia, que dan al SIDA una dimensión aun mas grande. En un estudio de mujeres que viven en Chicago, Kalichman, Hunter & Kelly (1992) examinaron las relaciones entre los problemas sociales y el estrés que enfrentan las mujeres urbanas. Grandes estresores fueron percibidos mas rápidamente que el SIDA, incluyendo el empleo, el cuidado del niño, y el crimen, Kalichman et al. también encontró que cada problema social se percibió como una preocupación más seria para las minorías que para las que no son minorías.

Las mujeres constituyen otra población especial dentro de la epidemia de SIDA. El uso de drogas inyectadas ha infectado casi a la mitad de las mujeres con VIH, y una de cada cinco mujeres con SIDA contrajeron virus teniendo relaciones sexuales con un compañero usuario de drogas. Mujeres infectadas con VIH son de minorías predominantemente étnicas y por consiguiente se enfrentan a prejuicios al estar ubicadas como miembros de los tres subgrupos: las minorías, las mujeres y las personas con VIH (Minkoff & DeHovitz, 1991). Las Mujeres con VIH tienen a menudo múltiples problemas psicológicos y sociales que se vienen a integrar con el diagnóstico de infección de VIH (Catalan, Beevor, Cassidy, Burgess, Meadows, Pergami, Gazzard, & Barton, 1996). Otra fuente mayor de tensión entre las mujeres VIH-positivo es la posibilidad de quedar embarazada después de la infección o con un embarazo existente. (Minkoff & DeHovitz, 1991).

Estresores relacionados al VIH

Al recibir una prueba de VIH con resultado positivo las reacciones iniciales son caracterizadas por un shock emocional y el rechazo. Recibir un resultado positivo puede ser tan traumático que es casi imposible para las personas retener la información que se les proporciona durante la consejería en el post-test (D. Grant & Anns, 1988; Perry & Markowitz, 1988; Perry, & Fishman 1993). Poco después del shock, las personas experimentan coraje, enojo, reaccionan con depresión, y emergen preocupaciones obsesivas sobre la salud, y ansiedad generalizada (Huggins, Elman, Baker, Forrester, & Lyter, 1991). Por otro lado, se ha encontrado que la mayoría de los exámenes positivos muestran evidencia de una adaptación a su condición dentro de las semanas siguientes a la notificación de resultado.

Después, conocemos que la infección de VIH es una condición de toda la vida que produce el declive físico y tiene un rango de mortalidad muy alto. Después de una prueba de VIH positiva, las personas deben enfrentar una amenaza a su supervivencia, la necesidad de hacer cambios inmediatos a su estilo de vida, el miedo a la posibilidad de infectar otros, dudas acerca de lo que la salud involucra, el acceso a tratamientos, los cambios en la apariencia, y la decadencia en la calidad de vida.

La infección de VIH invariablemente involucra una incertidumbre acerca de cuando las infecciones oportunistas atacaran. Esas incertidumbres son exacerbadas por largos periodos asintomáticos penetrados por enfermedades. Los síntomas aparecen y desaparecen, mientras los pacientes permanecen en un estado de guardia constante. A la par de las incertidumbres sobre la progresión de la enfermedad se une la pérdida de control sobre la dirección del propio futuro. Y esto debido a que saben que pueden adquirir una enfermedad que los debilite y amenace su vida en cualquier momento. Los periodos asintomáticos largos son seguidos finalmente por enfermedades sintomáticas. Durante la infección sintomática del VIH, casi cualquier señal de enfermedad puede elevar la ansiedad. El estrés, sin embargo, depende de en dónde el individuo se localiza dentro del espectro de enfermedad de VIH. Es común para las personas estar al tanto del conteo de células CD4 y de la carga viral; y los síntomas tempranos sirven como recordatorios de que VIH está degradando el sistema inmunológico y que el virus está volviéndose una amenaza que crece.

El estrés psicológico relacionado al VIH también ocurre como respuesta a lo concerniente de los tratamientos médicos utilizados para controlar la infección de VIH. Múltiples hospitalizaciones, tratamientos intrusivos, efectos colaterales, y la incertidumbre de la efectividad del tratamiento son fuentes comunes de tensión (Solomon, Kemeny, & Temoshok, 1991). La necesidad de tomar los medicamentos, normalmente en grandes cantidades y tomados varias veces por día, también pueden afectar (Miller & Pinching, 1989).

Las dimensiones psicológicas de infección de VIH ocurren en el contexto de progresión o de las fases de VIH. Aunque hay grandes cantidades de estudios de personas VIH-seropositivas, sólo algunas han informado de los cambios en el funcionamiento psicológico sobre la historia natural de infección de VIH y ninguno se ha hecho sobre mujeres. Las reacciones psicológicas dependen de un momento en específico; ya sea al tiempo de la notificación de prueba de VIH, del periodo asintomático, la aparición de síntomas tempranos, o durante la etapa de SIDA

Fase Asintomática

El dolor emocional es muy intenso en la parte más cercana a la infección de VIH. Recibir un resultado positivo da una cascada de respuestas psicológicas que se describen como una reacción de dolor agudo que puede incluir confusión, desconcierto, shock, y escepticismo. *Trastorno cognitivo*, un retardo en la respuesta psicomotora y sentimientos de miedo, tristeza, culpa, y enojo también son comunes (Catalan, 1988; Ostrow, 1989). Atkinson, Grant, Kennedy, Richtigman, Spector, & McCutchan, 1988) informó que la mayoría de las personas con infección de VIH que desarrollan un desorden de ansiedad generalizado lo reportan al momento de la comprobación serológica.

Las Fases Sintomáticas tempranas

El ataque de los síntomas traen un nuevo significado. Las primeras señales de enfermedad pueden causar un resurgimiento de depresión, ansiedad, somatización, y otros cambios de humor. Los síntomas tempranos pueden conducir a la ansiedad generalizada, desesperación, y la preocupación por el estado físico (Hinkin, Van Gorp, Satz, Weisman, Thommes, & Buckingham, 1992; Martin & Dean 1993). Las primeras señales de una infección son significadas como la progresión de la infección de VIH y, por consiguiente, estimulan pensamientos de desarrollar prontamente el SIDA. Los síntomas también pueden alimentar las creencias que las medicaciones y otros tratamientos no han impedido la progresión del virus y pueden minar la adherencia al tratamiento.

Últimas Fases Sintomáticas y SIDA

Siguiendo un informe inicial de la reacción a SIDA, muchas personas que viven con SIDA son actualmente menos afectadas por el estrés que quienes están en la fase asintomática y las sintomáticas tempranas de infección (Chuang, Devins, Hunsley, & Gill, 1989; O'Dowd, Biderman, & McKeegney, 1993), representando un modelo diferente a otras enfermedades crónicas donde la severidad de depresión normalmente aumenta con la progresión de enfermedad (Koenig, Meador, Cohen, & Blazer, 1988; Rodin & Voshart, 1986).

La depresión en otras enfermedades terminales aumenta con el tiempo porque el curso de enfermedad tiende a ser debilitante. Las personas con SIDA normalmente han tenido tiempo para ajustarse a los diagnósticos y a los síntomas. El dolor de síntomas tempranos puede construir cierta elasticidad para los diagnósticos subsecuentes. Debido a que la infección de VIH tiene largos periodos asintomáticos, las personas presentan, a menudo, varios de dichos cuadros antes de que ellos lleguen a adquirir SIDA, y las personas de más edad tienden a ajustarse mejor a una enfermedad crónica (Cassileth, Lusk, Strouse, Miller, Brown, Cross, & Tenaglia, 1984) Aunque muchas personas con SIDA muestran una extraordinaria adaptación al estrés conforme avanza la enfermedad de VIH, muchos otros no son libres de un significativo dolor emocional y que indudablemente, se refleja en su vida diaria.

Las reacciones emocionales a la infección de VIH son tan diversas como la propia epidemia. Los eventos relacionados al VIH ocurren sobre el curso de la infección que sirve como los marcadores para la vulnerabilidad al dolor emocional. Las personas que reciben un resultado positivo en la prueba de detección de anticuerpos se someten constantemente a exámenes médicos repetidos, deben tomar las decisiones críticas con respecto al tratamiento, y son bombardeadas con información sobre la salud y enfermedad. Así, la descarga emocional puede ocurrir en cualquier momento, desde la iniciación del tratamiento, el desarrollo de síntomas, los aumentos en la carga viral, el ataque de infecciones oportunistas, hospitalizaciones, primeras condiciones que definen como con condición de SIDA y declives en los marcadores inmunológicos.

- 1) La depresión puede ser tanto o más debilitante que las enfermedades médicas crónicas con las que es a menudo asociada (Hays, Wells, Sherbourne, Rogers, & Spitzer, 1995). La depresión es común en las personas con cáncer y se presentan patrones similares observados en las personas con VIH-SIDA (Engel, 1980,; S. E. Taylor & Aspinwall, 1990). Sin embargo, las perturbaciones afectivas se encuentran a menudo antes del diagnóstico de VIH. Se ha reportado a la depresión con gran consistencia en varios estudios de pacientes VIH-seropositivos.

Aunque menos común que lo que una vez fue creído, la depresión está entre las reacciones más frecuentes a la infección de VIH (Rabkin, 1994): los hombres gays VIH-seropositivos (Cochran & Mays, 1994; Mulder, & Antoni (1992), los usuarios de drogas por inyección (Lipsitz et al., 1994; Rabkin et al., 1997), reclutadores del ejército (por ejemplo, Ritchie & Radke, 1992), hemofílicos (por ejemplo, D. Miller & Riccio, 1990), son una población comúnmente más deprimida que las poblaciones seronegativas.

Las Pérdidas sociales, Pesar, Compasión y Desamparo

Un resultado positivo en la prueba de detección de anticuerpos de VIH puede llevar a la pérdida de empleo, la amenaza de despojo, el rechazo al seguro de salud y de vida, la negativa de servicios profesionales, y pérdida del cuidado de la salud y el cuidado dental. De hecho, desafortunadamente, muchas personas con VIH sufren rupturas en sus relaciones más íntimas. Las prácticas sexuales vinculan a la protección de la pareja sexual de la infección, así como proteger a las personas con VIH de una reinfección y la exposición a otras infecciones de transmisión sexual.

La divulgación de la infección de VIH a un compañero para su protección puede poner a las personas en riesgo de reacciones violentas (Wingood & DiClemente, 1997). El miedo de perder a la pareja o compañeros en un momento cuando el apoyo es más necesitado puede inhibir la divulgación del estatus seropositivo. El desamparo es una bien conocida fuente de tensión, y pérdidas múltiples tienen efectos aditivos. Martin (1988) describió la relación de respuesta que existe entre el trauma psicológico y el número de desamparos que una persona con SIDA sufre. Martin observó desmoralización, alteración del sueño, perturbaciones afectivas, pensamientos intrusivos, uso de drogas ilícitas y de prescripción, lo que influye en los número de muertes relacionadas al SIDA.

Las tendencias en las reacciones psicológicas relacionadas a las muertes por SIDA han ido cambiando con el mismo curso de la epidemia del SIDA. Neugebauer, Rabkin, Williams, Remien, Goetz, & Gorman (1992) observaron un patrón de disminución en los efectos adversos de pérdida durante la segunda década de SIDA entre los hombres gays en la Ciudad de Nueva York. Neugebauer et al. concluyó que el alcance que a nivel de expansión que tiene la epidemia ha llevado a una normalización gradual y de expectativa para la muerte en las edades jóvenes. Movilizaciones sociales y políticas contra el SIDA en la comunidades gays también pueden ser amortiguadores contra el dolor emocional a los últimos años de la epidemia.

El enojo es una reacción emocional común a una enfermedad que amenaza la vida. La culpa, por otro lado, acompaña típicamente diagnósticos de infecciones sexualmente transmitidas. El enojo y culpa son por consiguiente las respuestas más comunes a la infección de VIH. Sin embargo, sorprendentemente pocos estudios han evaluado el coraje y la culpa relacionada con el VIH-SIDA. En uno de los pocos estudios que evaluaron el enojo, McCusker Stodda Mayes, Zapka, Morrison & Saltzman (1988) encuentran que los hombres gays seropositivos experimentaron mayor enojo que los hombres seronegativos. La culpa es una reacción común para las infecciones sexualmente transmitidas, como es el caso para VIH-SIDA (Christ & Wiener, 1985; Dilley Ochitill, Peri, & Volberding, 1985). El auto-reproche, la vergüenza, y la auto-desvalorización están entre las primeras reacciones emocionales a un resultado positivo de la prueba VIH (Chuang, Jason, Pajurkova, & Gil, 1992).

Estas emociones provienen, a menudo, de creencias sobre haber actuado bajo comportamientos que podrían producirse en una infección, creencias que la infección de VIH es una forma de retribución moral o castigo, y creencias sobre la desaprobación social de otros (Catalan, 1988; D. Miller & Riccio, 1990; Nichols, 1985). También los sentimientos de culpa tienden a manifestarse como respuesta al haber sobrevivido cuando los amantes y amigos ya han muerto de SIDA.

La culpa del sobreviviente fue común entre los sobrevivientes del holocausto Nazi y ocurre en las comunidades que han sido devastadas por el SIDA por razones similares. La culpa puede generarse cuando uno es tratado con éxito para VIH/SIDA y muchos otros fallan.

La calidad de vida es importante dentro del VIH, y el bienestar emocional es una dimensión de ella. La calidad de vida relacionada con la salud es el puente entre los eventos de la vida y el estado de la salud (Vanhems, Toma, & Pineault, 1996). La mayoría de los marcos de la calidad de vida relacionada con la salud incluyen sensación de funcionalidad, movilidad física, bienestar emocional, función de los procesos cognoscitivos, la independencia y el auto-cuidado, y grados de dolor e incomodidad. Las percepciones de salud, funcionalidad social, y el nivel de energía, en sus definiciones de calidad de vida, también han sido incluidas en las definiciones de calidad de vida relacionada a la salud (Hays, Cunningham, Ettl, Beck, & Shapiro, 1995).

El dolor emocional y salud

La psiconeuroinmunología, que es el estudio del sistema nervioso central y las interacciones del sistema inmune, ha investigado exhaustivamente los mecanismos que están debajo de las influencias psicológicas en las enfermedades inmunes. Hay un cuerpo sustancial de evidencia que muestra que los eventos estresantes agudos y crónicos en la vida afectan varias ramas del sistema inmunológico (para revisiones, véase Cohen & Williamson, 1991; Herbert & Cohen, 1993; O'Leary, 1990). Los eventos de vida Negativos y falta de apoyos sociales aumentan la probabilidad de generar una enfermedad (Sarason, Sarason, Potter, & Antoni, 1985). La tensión persistente de cuidado en una persona con una enfermedad crónica, por ejemplo, suprime las respuestas inmunes, incluyendo un decline en el número de linfocitos T y la respuesta natural de las células K (Esterling, Kiecolt-Glaser, Bodnar, & Glaser, 1994; Kiecolt-Glaser, Fisher, Ogrocki, Stout, Speicher, & Glaser, 1987). Los efectos del estrés en el sistema inmunológico se han observado cuidadosamente, pero no ha sido determinado si la naturaleza y magnitud de tales cambios alteran la susceptibilidad para enfermar (Cohen & Williamson, 1991).

Las secuelas que trae la infección de VIH, pueden mencionarse como las sanciones sociales que sufren las personas afectadas con alguna enfermedad que podría entrar bajo la rubrica de la estigmatización social. Estigma se refiere a una marca visible, como una huella o tatuaje, usado para deshonrar, avergonzar, condenar, o exiliar (Herek, 1990). Los estigmas, por consiguiente, son atribuidos socialmente para desacreditar aquéllos que llevan una marca de desaprobación social (Goffmanx.1963). Desacreditando los resultados cuando un estigma es abiertamente conocido y visible para otros y la estigmatización existe a la magnitud en que una persona pierde estatus social. La construcción social de VIH/SIDA en los Estados Unidos se ha hecho entre las estigmatizadas condiciones médicas en la historia moderna. El SIDA se ve tanto más que una enfermedad transmisible y letal. La estigmatización relacionada con el VIH constituye una epidemia en sí misma, una epidemia de miedo, prejuicio, y discriminación. Aunque los factores que contribuyen pueden diferir, la estigmatización del SIDA ocurre a través de las sociedades (Woo, 1992). En Estados Unidos, la estigmatización del SIDA se alimenta por la desinformación sobre los riesgos de transmisión de VIH, así como por las actitudes de prejuicio contra los grupos mayormente afectados por la epidemia, los comportamientos sexuales y de uso de drogas que transmiten VIH, y temores mayormente asociados con la enfermedad y la muerte (Herek & Glunt, 1988). El miedo de contraer VIH es un factor que contribuye a la estigmatización relacionada al VIH. El temor al SIDA, para la mayor parte, se basa en la desinformación y malas percepciones. Las actitudes hacia las personas con la infección de VIH no tienen, sin embargo, mucha mejoría a pesar de la información y de entender del SIDA.

Los grupos de riesgo han sido etiquetados bajo los estigmas sociales relacionados al VIH, ya que estos se sobrepone en actitudes que existieron mucho tiempo antes del SIDA. Se dirigen prejuicios y miedos hacia conductas vistas como anticonvencionales, como la homosexualidad y el abuso de alguna droga. Las percepciones públicas del SIDA combinadas con las percepciones socioculturales de subgrupos más visiblemente afectados por la epidemia (Herek & Glunt, 1988). La discriminación contra las personas con la infección de VIH ha crecido por consiguiente fuera del prejuicio contra los homosexuales

y bisexuales, los usuarios de drogas inyectables y los sexualmente promiscuos (Kegeles, Coates, Christopher, & Lazarus, 1989; Treiber Shawn & Malcolm, 1987).

Aunado a lo anterior, la infección por VIH tiene una relación directa con las percepciones culturales hacia la muerte y el dolor o la agonía, en las culturas occidentales se mantiene un punto de vista negativo hacia la muerte y la agonía. La muerte es asociada con la oscuridad, la desesperación y lo desconocido (Kalish, 1985). Los miedos por la influencia de la muerte en el trato social y médico de las enfermedades terminales; las personas con VIH/SIDA experimentan estos mismos prejuicios. La infección de VIH les recuerda a las personas sanas su propia mortalidad. Pensándolo inherentemente en individuos con la infección ayuda a uno a mantener una distancia segura del SIDA, proporcionando una sensación de protección de la propia vulnerabilidad y mortalidad (Taerk, Galop, Lancee, Coates & Fanning, 1993).

Las actitudes negativas hacia la muerte, la agonía y las enfermedades terminales son claramente relacionadas a los estigmas sociales de VIH/SIDA y ello puede tener serias repercusiones. Los profesionales del cuidado de la salud normalmente evitan trabajar con pacientes terminales ya que temen una cercanía con una persona que ellos saben se morirá. Enfermeras que pierden múltiples pacientes han informado que experimentan un dolor importante a nivel emocional (Gordon, Ulrich, Feeley, & Pollack, 1993). Los proveedores de cuidados de salud también deben tratar las reacciones de familias y amigos durante los periodo de desamparo y pesar (Weinberger, Conover, Samsa, & Greenberg, 1992).

Los efectos en las relaciones se pueden ver en la pérdida de apoyo social, aislamiento y el miedo de abandono es común en las enfermedades que amenazan la vida. Aunque buscar el apoyo social es una importante estrategia de afrontamiento (Leserman, Perkins, & Evans, 1992) y aunque críticamente las relaciones sociales tienen una influencia en el ajuste emocional, muchas personas con VIH/SIDA se aíslan socialmente (McDonell, 1993). Similar a otros grupos estigmatizados, las personas con VIH/SIDA pueden retirarse de situaciones sociales, y ello repercute en su vulnerabilidad emocional. Las personas con la infección de VIH detienen a menudo el funcionamiento y limitan su participación en las actividades sociales, limitándose a sí mismo de los otros (Crandail & Coleman,

1992). Aunado a ello, la discriminación es recurrente dentro del tema, por ejemplo en el empleo podría ser esperado que la infección de VIH se ocultara del jefe o el empleador. La discriminación en el lugar de trabajo contra las personas que viven con VIH/SIDA puede incluir la reducción de responsabilidades, aislamiento de los compañeros de trabajo y del público, o su despido. Debido a que los lugares de empleo pueden ser una fuente mayor de contacto social, la discriminación del lugar de trabajo amenaza el sentido propio de pertenencia.

Dentro de esto, podemos mencionar la estigmatización que se sufre de diferentes profesionales, en el caso de los profesionales médicos los estigmas y prejuicios propagados por los proveedores de servicio de salud son particularmente inquietantes. Los estudios durante la última década han mostrado que muchos de los profesionales médicos mantienen actitudes negativas hacia las personas con VIH, tal y como lo hace como la sociedad hacia algunas minorías (Silverman, 1993). El personal médico experimentan a menudo ansiedad como una respuesta hacia los pacientes seropositivos y permanecen renuentes para ofrecerles tratamiento. En el caso de los profesionales de la salud emocional, que por el contrario de los otros servicios de salud, trabajan en escenarios no médicos y no incurren en ningún riesgo profesional para la infección de VIH. A pesar de ello, los miedos e ignorancia no son menos comunes en el campo de la salud emocional.

Siguiendo la misma línea, es por ello que en ocasiones, cuando se trata de revelar a otros el estado serológico, las personas afectadas por las condiciones estigmatizadas médicas, sobre todo cuando los síntomas no son visibles, a menudo *esconden* sus diagnósticos. El contexto social del SIDA crea un ambiente de vergüenza y de secreto que fomentan el ocultamiento cuando se tiene VIH. Así pues, los individuos pueden esconder su estatus de VIH positivo de otros por el miedo a lastimar las relaciones con los amigos y potencialmente dañar las ya tensas relaciones familiares (Herek, 1990). Siegel y Krauss (1991) identificaron cuatro consideraciones entre hombres gays VIH seropositivos que influyeron en el descubrimiento de su estado de VIH: el miedo al rechazo, el deseo de evitar la compasión, el deseo de ahorrar a la pareja un dolor emocional y preocupaciones sobre la discriminación.

Ocultar el estatus de VIH positivo también puede ser parte de un esfuerzo más grande, el de mantener tanta normalidad como sea posible en la vida. En cualquiera de los casos, las personas con VIH/SIDA podrían no descubrir su estatus de VIH positivo a los proveedores de algún servicio por miedo a la negación de los servicios o sufrir otras formas de discriminación. Ocultar la infección de VIH disminuye la disponibilidad de apoyo social (Herek, 1990).

La tensión causada por los esfuerzos para ocultar un estado positivo es parcialmente debida a la necesidad de estructurar las interacciones a modo de minimizar riesgos de descubrimiento. La revelación selectiva de la infección de VIH tiende a dividir el mundo de los individuos en aquéllos que saben y aquéllos que no saben. Viviendo una “vida doble” puede involucrar mentir sobre enfermedades recurrentes, mientras se esconden las medicaciones y se encubren los síntomas (Siegel & Krauss, 1991).

VIH y Sexualidad

La sexualidad es compleja, abarca procesos cognoscitivos y emocionales, las expresiones conductuales, experiencias y relaciones. Varios aspectos de la propia sexualidad actúan recíprocamente con los efectos de vivir con VIH/SIDA. La historia sexual, el propio concepto en la sexualidad, y el funcionamiento sexual juegan papeles importantes en el ajuste sexual para el VIH/SIDA. Las personas que sexualmente contraen el VIH son vulnerables a todos los padecimientos sociales comunes a cualquier infección sexualmente transmitida: especialmente la culpa, el auto-reproche y la vergüenza. Los sentimientos de culpa pueden provenir de la auto-degradación que puede incluir creencias de que uno está contaminado, dañado o enfermo. Por lo tanto no es sorprendente que las personas con VIH/SIDA se disocian ellos mismos de su sexualidad (Gochros, 1992).

La auto imagen sexual y la autoestima también resultan afectadas por la percepción del atractivo físico. A pesar del hecho que la satisfacción sexual es un aspecto importante de calidad de vida para las personas que viven con VIH/SIDA (Tindali, Forde, Goldstein, Ross, & Cooper, 1994), las personas que viven con VIH frecuentemente experimentan una pérdida de interés en el sexo. El interés sexual disminuido puede ser coincidente con alguna enfermedad física o depresión. Es más probable que las personas con VIH/SIDA refrenen un intercambio sexual a que ellos practiquen frecuentemente actos de sexo no protegido.

Todavía, hay una minoría regular de las personas que viven con VIH/SIDA y continúan practicando una conducta sexual de alto riesgo a pesar de las presiones puestas sobre ellos para tomar las medidas necesarias para proteger a sus compañeros sexuales, incluso la sanción potencial social y legal por poner a sus compañeros en riesgo (Bayer, 1996).

La mayoría de estudios continúan investigando practicas de sexo no protegido; siguiendo las pruebas de VIH positivo han sido conducidos a hombres gays y bisexuales. En general, los estudios encuentran que aproximadamente una tercera parte de hombres, tanto seropositivos y seronegativos de hombres gays y bisexuales informan de una reciente relación anal sin protección (Lemp, Hirozawa, Givertz, Nieri, Anderson, Lindergren, & Janssen, 1994). Los hombres heterosexuales, identificados que tienen la infección de VIH, comparten en proporciones similares la conducta de riesgo como es observada en el los hombres gays y los hombres bisexuales. Una revisión de la literatura científica sugiere que hay varias cosas correlativas respecto de invariabilidad de las conductas de riesgo entre las personas seropositivas. Los estudios de conducta de riesgo sexual se han concentrado en las frecuencias de actividad sexual de alto y bajo riesgo. El reconocimiento de un problema y comprender su naturaleza son los predecesores para poder desarrollar específicamente las estrategias intervención. Debido a que el ajuste sexual en el VIH sólo ha sido recientemente asunto de tal comprensión, no es sorprendente que haya algunos consejeros y modelos de intervención disponible para dirigirse a las necesidades sexuales de las personas que viven con VIH/SIDA.

El sexo se ha repartido dentro del contexto de intervenciones generales de afrontamiento, mientras se ofrece la posibilidad de afectar el intervenir en el ajuste sexual indirectamente. Los grupos de apoyo para las personas que viven con la infección de VIH, por ejemplo, pueden dirigirse problemas de sexualidad y a la conducta sexual en un rango más amplio de temas.

El afrontamiento, ajuste y apoyo social

La mayoría de las personas se ajustan poco después al resultado de VIH positivo y la mayoría se adapta bien a los desafíos de la infección de VIH y SIDA. Afrontarlo, sin embargo, es complicado por las múltiples demandas de competencia que enfrentan muchas personas que viven con VIH/SIDA, particularmente aquéllos que enfrentan la discriminación, la pobreza, la violencia doméstica o el abuso de sustancias. Afrontamiento es definido aquí como los pensamientos y conductas específicamente usados para manejar la infección de VIH (Lazarus & Folkman, 1984), es por consiguiente una fusión de estrategias específicas para el manejo de las demandas externas e internas, particularmente para aquellas experiencias que son más amenazantes.

Taylor (1983) describió tres temas con respecto de la adaptación cognitiva de las enfermedades crónicas o que amenazan la vida: el significado, el control, y la autoestima. Esas dimensiones juegan, igualmente, un papel importante en el ajuste a la infección de VIH. El significado se deriva a través de los esfuerzos para entender la adversidad y el sufrimiento humano. Las percepciones de cómo uno contrajo el VIH y creencias que uno mantenga de ella, proporcionan implicaciones importantes al sentido que le atribuimos. En la búsqueda del significado, las personas intentan contestar la pregunta “Por qué yo?”. Además, cuando el significado es logrado de una manera óptima, pueden traer un descubrimiento benéfico, al construir actitudes de autoafirmación en la vida en general y un nuevo sentido auto-conocimiento y consideraciones positivas (Moos & Tsu, 1977; Taylor, 1983).

El control se juega dominando los desafíos de vivir con VIH/SIDA; a través de pensar que las enfermedades, aún crónicas y sin cura, pueden ser controladas al desarrollar estrategias satisfactorias de afrontamiento reduciendo los efectos estresantes en la vida, lo que beneficiaría la salud de la persona que vive con VIH.

La fuente de donde es percibido el control, también es importante. El control puede atribuirse a sí mismo, al poder de otros, a Dios, o a la oportunidad. Generalmente, la sensación de control puede originarse a través de la percepción de recursos internos y de fuerzas externas. El control interno o el control personal, nace de las creencias que se tenga de las propias acciones que pudieran cambiar el curso de enfermedad del VIH. El control percibido sobre una enfermedad también es asociado con la esperanza de la supervivencia por mas tiempo y de una elevación en la calidad de vida (Rabkin, Williams, Neugebauer, Remien, & Goetz, 1990).

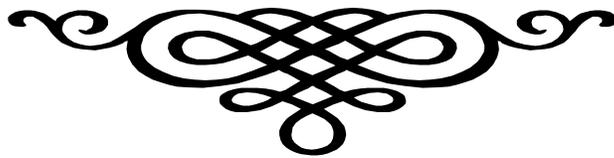
En contraste, el control externo involucra las creencias que el poder de fuentes externas o su intervención pueden cambiar el curso de la infección de VIH (Taylor, *op.cit.*), creyendo que los profesionales médicos controlan el curso de la infección de VIH [Kelly, Murphy, Bahr, Kalichman, Morgan, Stevenson, Koob, Brasfleid, & Bernstein (1993)]. En lo que respecta a la autoestima, reforzarla es una parte importante del ajuste para cualquier mal crónico. La autoestima se logra colocándose a sí mismo sobre la experiencia de la enfermedad centrando los aspectos positivos o comparando a sí mismo con otros que pudieran estar en situaciones más adversas que la propia (Taylor, *op. cit.*).



CAPITULO

2

Identidad y VIH/SIDA



Desde el momento en que a una persona se le informa que se encuentra infectada por el VIH, que tiene SIDA o cualquier otra enfermedad mortal, esto basta para que todo el edificio de la identidad, construido afanosamente durante años, sufra cambios o bien, transformaciones. La posibilidad de desarrollar el SIDA o la posibilidad de la muerte, nos hace forzosamente, ser otros.

Uno ya no será más aquel o aquella, ahora será seropositivo (a), un enfermo de SIDA, o el que oculta, o el que sufre o el que busca...pero en cada caso, nunca se vuelve a ser el mismo. Si alguien se entera de una situación o hecho que cambiará su vida entera, lo mejor que puede hacer es integrar esta nueva experiencia en su nueva identidad, evitando rechazarse, odiarse, o tener lastima de sí mismo.

Estar infectado por el VIH/SIDA puede ser una gran oportunidad para vivir la vida de otra manera; de golpe uno se da cuenta que no ha vivido lo que quería ni como quería, de que faltan muchas cosas por hacer, de que se ha vivido en función de otros, y es tiempo de tomar las riendas de la propia vida, asumiendo una voluntad de vivir y dar dirección consciente a los propios actos.

La manera en que se realizan los ajustes para enfrentar esta nueva situación, dependerá de la historia personal previa de cada individuo, de su estabilidad emocional, de la postura que asuma el individuo afectado, y de la actitud y conducta de familiares, amigos, así como del personal médico y paramédico. Por otro lado, es fundamental para estos individuos que la sociedad los apoye en el proceso de reconocimiento y de cambio de identidad.

El SIDA y el concomitante descubrimiento del VIH hacen necesario un cambio en las modalidades de relaciones interpersonales; y por tanto en la identidad global del ser humano; todos necesitamos en cierto sentido modificar nuestra identidad (aunque no estemos infectados por el VIH) para poder adaptarnos al desafío implícito de esta terrible epidemia y este proceso ya se inició, fundamentalmente con la labor de organismos gubernamentales y no gubernamentales que luchan contra el SIDA, los cuales han favorecido un cambio en la identidad y la conciencia del individuo y de la sociedad.

Reconocemos que la identidad, es el concepto que un individuo tiene de sí mismo. Todas las experiencias de un individuo en el ambiente en que se desenvuelve van conformando su proceso identitario, pero la identidad está definida por diversos factores que se extienden más allá del individuo, como son los sociales, históricos, culturales, familiares, etc.

La identidad se mantiene a través del tiempo, es decir, un individuo adulto, a pesar de ser distinto al que era cuando tenía tres años, es el mismo individuo; y sus aspiraciones e ideales aun cuando los alcance en un futuro, son ya parte de su identidad. Sin embargo a lo largo de la trayectoria de vida y las experiencias a las que nos enfrentamos pueden ir cambiando nuestra percepción de sí mismos, pudiendo decir que la identidad no es fija e inmutable, por el contrario, está en constante cambio y transformación.

2.1 El concepto de identidad en psicología cultural

Podríamos comenzar diciendo que la noción de identidad mantiene estrecha relación con la noción de cultura. La noción de identidad, aunque es de empleo delicado por la difusión descontrolada o a las trampas que el lenguaje natural o cotidiano y del sentido común tienden a presentarla invariablemente como una identidad homogénea, cristalizada y sustancial (Dressler-Holohan, 1986, citado en Giménez, 2002.). Siendo, que lo que vemos que se difunde en todas partes, es la concepción sustancialista de la identidad, según la cual se define como un conjunto de propiedades y atributos específicos y estables, considerados como constitutivos de entidades que se mantienen constantes y sin mayores variaciones a través del tiempo.

Sin embargo, y pese a todo, sigue siendo un concepto imprescindible en las ciencias sociales por su poder heurístico, analítico y desmitificador. Por ejemplo, no podríamos comprender ni mucho menos explicar las acciones y las interacciones sociales —es decir, el conjunto de la dinámica social— sin elaborar enunciados implícitos o explícitos acerca de la identidad de los actores que se encuentran implicados en estas (Pizzorno, 1989, citado en Giménez, 2002).

Dreier (1999), indica que las personas pueden ser miembros (formales o no) de un contexto o, debido a la naturaleza y alcance de su involucración, pueden llegar a verse a sí mismos como pertenecientes a aquél. En otras palabras, a través de la historia de sus participaciones las personas despliegan una composición subjetiva particular de la importancia de sus participaciones en contextos particulares y con otros particulares. Relacionando éstas diversas participaciones, preocupaciones y posturas, las personas gradualmente configuran una composición subjetiva particular de la manera en que se sienten ubicadas en el mundo. El sentimiento de pertenencia a prácticas particulares, con personas y en lugares particulares, se desarrolla sobre el trasfondo de ser parte de ellas, de reflexionar sobre la relación personal de uno con el ser parte de ellas, de configurar aquellas reflexiones en posturas personales y de configurar tales posturas en un proyecto de lo que uno representa y a dónde pertenece.

Por otro lado, Giménez (2002) explica que la idea de la identidad cultural ha sido conceptualizada inicialmente en los EE.UU. como una herramienta para afrontar las problemáticas de integración que mantienen los inmigrantes o que se dan en las relaciones interraciales. Así mismo, que una definición escueta de identidad se remontaría a decir que es el conjunto de repertorios culturales interiorizados (represiones, valores, símbolos), a través de los cuales los actores sociales (individuales o colectivos) demarcan sus fronteras y se distinguen de los demás actores en una situación determinada, todo ello dentro de un espacio históricamente específico y socialmente estructurado.

Esta definición nos permite identificar algunos de los parámetros de la problemática de la identidad. Inicialmente la relación entre identidad y cultura; así la identidad se concibe como una manifestación de las formas interiorizadas de la cultura, ya que resulta de la interiorización selectiva y distintiva de ciertos elementos y rasgos culturales por parte de los actores sociales. Es decir, la sola existencia de una determinada configuración de la persona, no genera automáticamente una identidad. Se requiere que los actores sociales tengan la voluntad de distinguirse socialmente a través de la reelaboración subjetiva y selectiva de algunos elementos.

Por otra parte, la identidad sólo existe en y para sujetos, y en y para actores sociales; en la relación social y la relación entre los grupos sociales. Y por último, la identidad es una construcción social que se realiza en el interior de marcos sociales que determinan la posición de los actores y, por lo mismo, orientan sus representaciones y acciones. Por lo tanto, no depende solamente de factores objetivos ni de la pura subjetividad de los agentes sociales.

Podemos añadir que la voluntad de distintividad, demarcación y autonomía, inherente a la afirmación de identidad, requiere ser reconocida por los demás actores para poder existir socialmente. Bourdieu (1982, citado en Giménez, *op. cit*), menciona que “el mundo social es también representación y voluntad, y existir socialmente también quiere decir ser percibido, y por cierto ser percibido como distinto [...] el grupo práctico, virtual, ignorado, negado o reprimido se torna visible y manifiesto para los demás grupos y para sí mismos, y revela su existencia en tanto que grupo conocido y reconocido” (142).

Ahora bien, otra característica fundamental de la identidad es la capacidad de perdurar – aunque sea imaginariamente- en el tiempo y en el espacio. Es decir, implica la percepción de ser idéntico a sí mismo a través del tiempo, del espacio y de la diversidad de las situaciones. De esto se deriva la relativa estabilidad y consistencia que suelen asociarse a la identidad, así como también el poder de atribución de responsabilidad a los actores sociales.

Pero más que de permanencia, como lo menciona Giménez (*op.cit*), debiéramos hablar de continuidad en el cambio, en el sentido de que la identidad a la que nos referimos es la que corresponde a un proceso, y no a una constancia sustancial. Diremos, pues, que es más bien un proceso evolutivo, una dialéctica de recomposiciones y rupturas, entre permanencia y cambio, entre continuidad y discontinuidad. La identidad se mantiene y dura adaptándose al entorno y recomponiéndose incesantemente, “sin dejar de ser las mismas”. Hablamos de un proceso siempre abierto, nunca acabado. Al respecto, Dreier (1999), indica que aún cuando la práctica personal cotidiana tiene sus elementos claramente rutinarios, sería un error suponer que la estructura de participaciones contextuales fuera completamente estática.

Su estructura cambiante de la trayectoria de vida se realiza entre otras cosas por el cambio en la conducción cotidiana de la vida. El curso de vida no es simplemente proyectado en el futuro, en una dimensión de tiempo abstracta, sino también a través de lugares de las participaciones presentes y futuras que no permaneces iguales.

Tomando en cuenta todo lo anterior, Giménez, *op. cit.* habla de transformaciones más profundas que parecen implicar una alteración cualitativa de la identidad, reajustando el concepto de cambio al tomar en cuenta su amplitud y el grado de profundidad; al asumir esto podemos concebir el cambio como un concepto genérico que comprende dos formas más específicas, la transformación y la mutación, Según Ribeil (1974, citado en Giménez, *op. cit.*). la transformación sería un proceso adaptativo y gradual que se da en la continuidad, sin afectar significativamente la estructura de un sistema, cualquiera que éste sea. La mutación, por otro lado, supone una alteración cualitativa del sistema, es decir, el paso de una estructura a otra. Podríamos caracterizar a esta última como los casos de “conversión” en los que una persona adquiere la convicción –al menos subjetiva- de haber cambiado profundamente, de haber experimentado una verdadera ruptura en su vida. Es decir, de haberse despojado del “hombre viejo” para nacer una nueva identidad. Otro elemento, característico de la identidad, en el que confluyen muchos autores es el valor (positivo o negativo) que se atribuye invariablemente a la misma, siendo así que la identidad se haya siempre dotada de cierto valor para el sujeto. De tal manera que los actores sociales, tienden a valorar su identidad (generalmente de manera positiva), lo que influye en la estimulación del auto concepto, la autoestima, la creatividad, el orgullo de pertenencia, la solidaridad grupal, la voluntad de autonomía y la capacidad de resistencia contra la penetración excesiva de elementos exteriores.

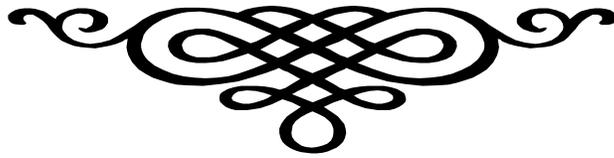
Para finalizar este apartado, queremos mencionar que la exposición y comprensión de los conceptos expuestos, nos permite un mejor acercamiento con nuestro participante ya que el trabajo desarrollado está basado en teorizar sobre los procesos que ha vivido un asesor en VIH/SIDA y el impacto de la vivencia misma al saberse portador del virus. Para ello, hemos decidido trabajar bajo un panorama cualitativo como se expone en nuestro siguiente apartado.



CAPITULO

3

Apartado Metodológico



Dentro de las ciencias sociales siempre ha existido el interés por explicar y comprender al ser humano, siendo así que la psicología se ha encargado con sus conceptos y teorías de aclarar este campo de estudio, sin embargo, existen marcadas diferencias de conceptualización y metodología para abordar este fenómeno. Al respecto, desde hace mucho tiempo y en el marco de la epistemología, se ha generado un debate interminable con el fin de determinar cuál es la aproximación más adecuada para hacer investigación del ser humano. Son dos las perspectivas en pugna: la llamada positivista, tradicional o cuantitativa y la cualitativa, naturalista o alternativa.

La primera de ellas busca los hechos o causas de los fenómenos sociales con la independencia de los estados subjetivos de los individuos. Su objetivo primordial es el de formular una serie de generalizaciones o leyes universales basadas en el análisis de las relaciones entre variables, con la finalidad de predecir y controlar; además, utiliza la teoría como guía de investigación empleando básicamente la lógica hipotético-deductiva y basándose en el planteamiento de hipótesis que deberán someterse a prueba o verificación. El paradigma positivista mantiene una actitud rígida, apropiándose del rigor científico, debido a esto, críticos e investigadores insatisfechos se han visto en la necesidad de explorar caminos alternativos, uno de ellos es la investigación cualitativa.

3.1 La relevancia de lo cualitativo

Uno de los pilares que sostiene el enfoque cualitativo, es la fenomenología, que posee una larga historia en filosofía, sociología y es una base fundamental para la psicología. Para Husserl (citado en Gutiérrez, 1986), la fenomenología es un método que intenta entender de forma inmediata el mundo del hombre mediante una interpretación total de las situaciones cotidianas. Aquel que se acerca de esta forma al conocimiento es un científico que participa en el mundo vital por sus experiencias cotidianas, las cuales son valoradas para provecho de su trabajo científico. En suma, aunque es un método que conoce por medio de la percepción cotidiana, sus percepciones no son ahistóricas, de una vez y para siempre, sino que corresponden al objeto percibido en ese momento, es decir, al fenómeno irreplicable que es la experiencia cotidiana.

De esta forma, el enfoque cualitativo ha nacido como una alternativa revolucionaria contra un paradigma que se cercó excesivamente invalidando cualquier búsqueda de conocimiento que no siguiera los cauces determinados por él; actitud que según Merino (1996) no debe adoptar el enfoque cualitativo conforme desarrolla sus teorías y métodos, ya que no debe descalificar los esfuerzos incompatibles con sus puntos de vista sino analizar las fuentes de esas diferencias y, sobre esa base, adoptar una posición crítica pero tolerante, no hacerlo así atenta contra el espíritu propio del humanismo que se pronuncia por la libertad de pensamiento y expresión.

En la perspectiva cualitativa se parte de una lógica inductiva que busca hallar conocimiento en la realidad tal como la viven los sujetos, es decir, sin crear condiciones especiales para su estudio, recopilando así el significado que ellos otorguen a los hechos investigados, sin predeterminedar limitar sus expresiones, no reduciendo la información a notas que reciben un código numérico para manejarse con fórmulas matemáticas. Con todo esto, se revaloriza al ser humano concreto como sujeto de estudio, en contraste con las excesivas abstracciones y deshumanización de la ciencia positivista.

Así, los investigadores cualitativos tienen como actividad principal el trabajo de campo, lo cual les permite entrar en contacto directo y personal con los sujetos de estudio dentro de su ambiente cotidiano. Esta búsqueda de cercanía con ellos tiene la finalidad de entender directa y personalmente las percepciones que tienen sobre su vida, su pasado y su futuro; para Ferraroti (1981, citado en Pujadas, 1992) el investigador está implicado radicalmente en el campo de su objeto investigado, por tanto, se trata de una interacción recíproca existente entre observador y observado.

Por tanto, el conocimiento es mutuamente compartido, basado en la intersubjetividad, un conocimiento más profundo y objetivo, cuanto más íntegra e íntimamente subjetivo, ya que pretende conocer en el campo y construir el conocimiento dentro de él a partir del involucramiento como sujeto con su sujeto de estudio.

Con relación al investigador dentro de los estudios de campo, su papel es altamente activo, creativo y flexible para enfrentar y dejar que su objeto de estudio se manifieste libre, porque de su intuición, habilidad e imaginación depende la validez de sus procedimientos. Pero también depende de su calidad humana, de los valores que detecta y de una buena relación de comunicación con los sujetos investigados. Haciendo investigación de esta forma se cuestiona la necesidad y eficacia de tomar una actitud de distanciamiento y desapego hacia las personas investigadas; al respecto Williams (1996), coincide señalando que, equivocadamente, se cree que a mayor invisibilidad del investigador se reduce al mínimo su posible influencia como fuente perturbadora que altera el curso de su trabajo y, por lo tanto, se hace mejor investigación. Se tiene que reconocer entonces, que sin la empatía derivada de la interacción personal no se podría captar y revelar la profundidad de los sentimientos, percepciones y experiencias, sólo estableciendo una relación empática es posible esclarecer la forma en que los individuos configuran su cosmovisión, sus pensamientos y opiniones sobre lo que pasa en su entorno y, a manera de introspección, lo que sucede en su interioridad.

No obstante su apertura y flexibilidad según Merino (1996), requiere de responsabilidad en la aplicación de teorías, métodos y técnicas considerando los valores del investigador que están en juego. Los investigadores cualitativos también reconocen que los fenómenos humanos están inmersos en situaciones que, además de ser notablemente complejas, son dinámicas y cambiantes. Bajo estas condiciones los proyectos de investigación no pueden ser rígidos, por el contrario, requieren de un planteamiento flexible que no pase por alto los cambios situacionales o emergentes, ya que son precisamente esas situaciones no precisas las que sacan a flote evidencias de problemas, recursos y posibilidades enriquecedoras. Esta actitud de "no saber lo que va a pasar" es lo que permite dejar que los hechos sucedan, admitiendo que están sujetos a diversas influencias, se requiere ir con esta disposición de ingenuidad, enfocándose más a escuchar que a hablar. Con todo esto podemos decir que el investigador se sitúa en una posición en la que puede verse a sí mismo con relación al mundo, desde varias perspectivas. Con el empleo de una amplia gama de estrategias cualitativas, la investigación genera una información abundante que, al principio, puede parecer abrumadora o enmarañada.

Desenredarla, depurarla y organizarla es la tarea del análisis cualitativo; estas técnicas producen una información amplia y detallada que aumenta la posibilidad de comprender y explicar el fenómeno, pese a su gran complejidad.

Una vez que se ha observado ampliamente, se pueden elaborar supuestos abiertos o hipótesis provisorias, es así que este tipo de análisis pretende identificar los aspectos esenciales de un fenómeno y sus regularidades, que surgen poco a poco a partir de las observaciones realizadas en el mundo empírico. La estrategia consiste en esperar que en los contenidos registrados aparezcan "*indicadores funcionales de sentido*" que integrarán conjuntos susceptibles de categorización. Además, la interpretación que hace el investigador para explicar lo que sucede es una actividad que la mayoría de las veces necesita recurrir a constructos teóricos (elemento que se subraya en el siguiente apartado), pero otras veces requiere elaborar nuevos constructos que enriquezcan una teoría o, incluso, creen una nueva. Al hacer interpretación se persigue el significado de lo que una experiencia estudiada representa para los sujetos que están inmersos en ella.

Según Merino (*op. cit*), en esta forma de hacer investigación nos enfrentamos a la formidable tarea de tratar de representar lo que conocemos a través de un medio: el lenguaje. Una característica de los medios es que su función es mediar entre dos elementos, cualquier cosa que actúa como medio ejerce un cambio sobre el objeto de su acción, así, un mapa no es el "territorio" es el medio, tal como un texto no es el "evento". Podemos afirmar entonces que la investigación cualitativa se basa en la observación de expresiones verbales, no verbales o escritas, obtenidas en entrevistas, videocintas, observación participante, etcétera. Estas estrategias, se caracterizan por ser abiertas, precisamente para permitir al sujeto expresar lo que él considera significativo, considerando al ser humano como un ser interpretante de su realidad y un agente estructurador de su pensamiento.

Estos puntos nos hacen referirnos a sistemas simbólicos como el lenguaje y la cultura, que son el reflejo de una comunidad y que llevan a sus miembros a la construcción de significados como el VIH y SIDA.

Al respecto, Bruner (1991) hace hincapié en la cuestión de cómo puede construirse una ciencia de lo *mental* en torno al concepto del significado y los procesos mediante los cuales se crean y se negocian los significados dentro de una comunidad. Igualmente, Vigotsky (1992) destaca el impacto que la utilización del lenguaje tiene sobre la naturaleza del hombre como especie al situar al discurso de la historia de vida como una forma de la narrativa.

Los registros de la naturaleza de estos medios simbólicos reflejan una trayectoria humana y dan noticia de la visión subjetiva que los sujetos tienen de la realidad circundante, así como de su propia existencia, es así que cada persona tiene una historia y un mundo único, diferente a todo lo que vemos y, la forma en que respondemos a una situación y la manera en que la interpretamos lleva nuestra firma única como podemos observar en una historia de vida. Nuestra forma de vida adaptada culturalmente depende de esos significados y conceptos que se hacen públicos y compartidos a través de las formas de discurso compartido que, además, sirven para negociar diferentes significados e incluso resignificar.

Es importante destacar que este recorrido hecho a través de los aspectos señalados anteriormente sirve para ubicar a la presente investigación dentro de los estudios de campo y, particularmente, en el uso que se hace de los documentos personales. Como señala Pardinás (1991), podemos ubicar entre los documentos personales a las autobiografías, diarios, cartas, estudios de caso e historias de vida. Siendo que nos interesa este último, podemos señalar que en ellas se cuentan los significados del Yo en el proceso de estar aquí y ahora del narrador, protagonista de su propia historia.

Para tratar de explicar más ampliamente en qué consiste la metodología cualitativa, algunos autores han hecho descripciones muy detalladas sobre sus principales características. A continuación se mencionarán cada una de ellas.

Ruiz (1989) menciona que lo que hace legítimo el uso de los métodos cualitativos en lugar de los métodos cuantitativos, es el descubrimiento de significados. Algunos otros autores según él, proponen un conjunto de postulados para definir a los métodos cualitativos, de donde se derivan una serie de procedimientos como los siguientes:

INTRODUCCIÓN ANALÍTICA. En ésta, el trabajo comienza con la observación detallada y próxima a los hechos. Se busca lo específico y local en donde pueden o no descubrirse ciertos patrones. Cuanto menos atado a un modelo teórico esté el investigador, mejor será su condición para encontrar datos. Por lo tanto las generalizaciones serán tentativas a partir de los datos y en función de su capacidad para interpretarlos.

PROXIMIDAD. Se da especial importancia a la observación de los casos concretos y del comportamiento de los individuos en las actividades que a ellos mismos les interesan.

COMPORTAMIENTO ORDINARIO. El mundo cotidiano es el marco en el que se plantean los problemas a investigar, a los que se les da mayor importancia que a los problemas que alteran la rutina social.

LA ESTRUCTURA COMO REQUERIMIENTO RITUAL. Aquí es la propia investigación la que tiene que descubrir la estructura de la investigación: no se debe imponer, sino que se deben reconocer los significados y los contextos en donde los actos son relevantes.

FOCOS DESCRIPTIVOS. Los núcleos de interés son los fenómenos recurrentes en un tiempo y espacio concretos. El descubrimiento y la exploración son los objetos más importantes en lugar de la explicación y la predicción.

Como menciona Ruiz (1989), a pesar de que existe gran diversidad de enfoques en la metodología cualitativa, hay varios puntos en los que todos ellos concuerdan. Entre esa gama de enfoques encontramos a autores como en la etología a I. Pavlov, C. Lorenz, J. Timbergen; en la psicología ecológica el más representativo es K. Lewin; en la etnografía holística F. Boas y B. Malinowski, G. Wright, R. Linton; en la antropología cognitiva

encontramos a W. Goodenough, a I. Spradley, E. Tylor; en el interaccionismo simbólico tenemos a A. Schütz, Blumer, G. Mead, Ch. Cooley, W. Thomas, E. Goffman; y en la etnometodología a H. Garfinkel y a A. Cicourel.

Jacob (1987; citado en Ruiz, *op. cit.*, p. 21), agrupa algunos puntos en los que coinciden la mayoría de los enfoques citados:

- a) El énfasis en estudiar los fenómenos sociales en el propio entorno natural en que ocurren.
- b) La primacía de los aspectos subjetivos de la conducta humana sobre las características objetivas.
- c) La exploración del significado del actor.
- d) La predilección por la observación y la entrevista abierta como herramientas de exploración.
- e) El uso del lenguaje simbólico más bien que el de los signos numéricos la estadística.

Por su parte, Taylor y Bogdan (1992, p. 20) señalan las siguientes características de la metodología cualitativa:

1. La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones a partir de los datos, y no solamente recogen datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas.
2. En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. El investigador estudia a las personas en el contexto de su pasado y las situaciones en las que se encuentra.

3. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos Que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Interactúan con los informantes de un modo natural sin ser intrusivos y aunque no pueden eliminar sus efectos sobre las personas, intentan reducirlos y entenderlos al interpretarse los datos.
4. Los investigadores cualitativos se identifican con las personas que estudian para poder comprender cómo ven las cosas.
5. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. Se ven las cosas como si estuvieran ocurriendo por primera vez, nada se da por sobrentendido, todo es tema de investigación.
6. Para el investigador cualitativo. todas las perspectivas son valiosas. No se busca "la verdad", sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas. A todos se les ve como iguales, la perspectiva de una es tan importante como la de otra, aunque sean contrarias.
7. Los métodos cualitativos son humanistas. Ya que se conocen a las personas en lo personal y en la forma en que ellas sienten, aprendemos conceptos como la belleza, el dolor, la fé, el sufrimiento, la frustración y el amor, y es esta misma esencia la que se pierde en otros enfoques de investigación.
8. Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación. Debido a que estos métodos permiten una buena proximidad al mundo empírico, en donde se mantiene una relación estrecha entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace.

9. Para el investigador cualitativo. todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Todos los escenarios y personas son a la vez similares y únicos. Similares porque en cualquiera se pueden encontrar procesos sociales generales; y únicos porque en cada uno se puede estudiar algún aspecto de la vida social.

10. La investigación cualitativa es un arte. Ya que el investigador es alentado a proponer su propio método, y aunque se tienen lineamientos, no se siguen reglas.

En conclusión -como menciona Ruiz (*op.cit.*)-, los métodos sirven al investigador, por lo tanto no es el investigador el esclavo de las técnicas y procedimientos. Finalmente terminaremos este apartado mencionando lo encontrado por Ruiz (*op.cit.*, p. 24) sobre algunas de las diferencias que existen entre los métodos cualitativos y cuantitativos. Este autor menciona que:

- Los métodos cualitativos estudian significados intersubjetivos, situaciones construidas, los métodos cuantitativos analizan los hechos existentes, los cuales están sometidos a leyes y patrones generales.
- Los métodos cualitativos eligen la entrevista abierta y la observación directa, mientras que los cuantitativos prefieren los experimentos y los cuestionarios estandarizados.
- Los métodos cualitativos estudian la vida social en su propio ambiente natural sin distorsiones, sin someterla a los controles experimentales, mientras que los métodos cuantitativos aprensan la realidad, sometiéndola a controles que permitan un estudio filtrado de adherencias contaminantes.
- Los métodos cualitativos eligen la descripción y los conceptos propios del lenguaje simbólico, mientras que los cuantitativos prefieren la precisión matemática y los métodos estadísticos de codificación numérica.

La perspectiva cualitativa resulta idónea para el estudio de fenómenos de naturaleza social, pues suponen el uso de categorías para describir y explicar el mundo y la propia persona. La adecuación entre la metodología y las técnicas cualitativas y el marco teórico del construccionismo social ha producido una infinita línea de investigación en varios ámbitos. El construccionismo social se centra en la generación colectiva (más que individual) del sentido producido en las interacciones, bajo la asunción de que la realidad no es única y preexistente, sino que se construye y es producto de prácticas discursivas (que incluyen el lenguaje, y otros procesos sociales). Por ejemplo, el interés construccionista por cómo pensamos las diferencias entre los sexos ha confirmado que las cogniciones tienen un efecto sobre los comportamientos de varones y mujeres, y contribuye a dar realidad a las supuestas diferencias entre ellos. Desde esa perspectiva el sexo/género es concebido más como un constructo, un producto del pensamiento social, que como un mero dato biológico. (Martínez, 2001).

3.2 Panorama general de los relatos de vida

Básicamente, la historia de vida es el relato de la experiencia vital de una persona; como Pourtois y Desmet (1992) señalan, es un documento autobiográfico obtenido mediante entrevistas sucesivas, en las que el objetivo es mostrar el testimonio subjetivo de una persona recogiendo tanto acontecimientos, como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia.

Ahora bien, este apartado está dedicado a describir los diferentes aspectos y puntos que detallan lo que en investigación cualitativa se conoce como "historia de vida".

Para Aceves (1996), "... este género testimonial, donde la evidencia oral es central como método de investigación y exposición en las ciencias sociales, se ha desarrollado en la antropología, la sociología y la psicología ..." (p.22). La historia de vida -afirma el autor- es un relato autobiográfico del sujeto entrevistado o "informante clave" y es también el resultado de un trabajo de investigación y análisis por parte del investigador, de una técnica escrupulosa de entrevista, grabación y transcripción de la evidencia oral.

Para este autor, la historia de vida es "... el fruto de una investigación de carácter científico, donde se emplean diversos tipos de fuentes, y donde se lleva a cabo una crítica y contextualización del relato autobiográfico para, en la medida de lo posible, realizar un análisis del contenido del relato testimonial y analizar la relación establecida entre el informante y el investigador ..." (Aceves, 1996, p. 23), menciona que aunque la historia de vida es muy útil para cualquier estudio social contemporáneo donde aún sea posible entrevistar a los informantes, también se han hecho construcciones de historias de vida de personajes del pasado, usando documentos escritos que son versiones de testimonios orales.

Según Pujadas (1992; citado en Aceves, *op. cit.*), la historia de vida aporta una evidencia fundamentalmente cualitativa sobre la percepción del informante, debido al tipo de relación personal que implica este método y al involucramiento que se va produciendo entre el investigador y el sujeto.

La historia de vida -afirma Aceves (*op.cit.*)-, como cualquier método de investigación, pretende responder a un problema, a hipótesis y preguntas importantes y no sólo es la transcripción cuidadosa de un relato autobiográfico.

Por su parte, Taylor y Bogdan (1992) mencionan que "... las historias de vida contienen una descripción de los acontecimientos y experiencias importantes de la vida de una persona, o alguna parte principal de ella, en las propias palabras del protagonista ..." (p.174). Para su construcción, el análisis consiste en un proceso de compaginación y reunión del relato, de manera que se capten los sentimientos, modos de ver y perspectivas de las personas. Además mencionan los mismos autores, que la historia de vida debe destacar los rasgos sociales significativos de los hechos que se narran. Al construirse la historia de vida se pretende identificar las etapas y periodos críticos que dan forma a las definiciones y perspectivas del protagonista. El análisis comienza con el conocimiento de los datos, se deben leer todas las transcripciones, notas, documentos y otros datos, en donde se identifican las etapas, acontecimientos y experiencias de la vida de las personas. Se codifican y separan los datos, según las etapas, las cuales se convierten en un capítulo o sección.

En ocasiones, si existen temas que no son relevantes para la investigación, estos pueden dejarse a un lado. El paso final será el de compaginar los relatos, para producir un documento coherente (Taylor y Bogdan, *op.cit.*). Así mismo consideran que la historia de vida debe ser legible, sin atribuirle al protagonista cosas que no dijo o que se cambie el significado de sus palabras. Así como pueden omitirse frases y palabras repetitivas, pueden agregarse conexiones para hacer entendible el relato, sin descuidar la regla anterior. En ocasiones pueden incluirse las preguntas del investigador para contextualizar lo dicho. Y por último según estos autores, los comentarios e interpretaciones del investigador por lo general quedan relegados a la introducción o a las conclusiones, aunque en ocasiones se pueden emplear las notas de pie de página para hacer alguna aclaración .

Otro de los autores que describen con detalle la historia de vida es Ruiz (*op.cit.*), el cual inicia su descripción citando a Jones (1983; citado en Ruiz, *op. cit.*), quien menciona que "... la metodología de la historia de vida ofrece un marco interpretativo a través del cual el sentido de la experiencia humana se revela en relatos personales en un modo que da prioridad a las explicaciones individuales de las acciones más que a los métodos que filtran y ordenan las respuestas en categorías conceptuales predeterminadas ..." (p. 219).

Ruiz (*op. cit.*), menciona que en la historia de vida, una persona refiere en un relato largo el desarrollo de su vida desde su punto de vista y en sus propios términos. El sujeto va desgranando en una serie de entrevistas las diferentes etapas de su vida, con la ayuda del investigador. Las entrevistas pueden ir acompañadas en ocasiones de grabaciones, redacciones escritas por las propias personas, visitas a diversos escenarios, entrevistas a familiares o amigos, fotografías, cartas, etc.

El mismo Ruiz (*op.cit.*, p. 220), para justificar el uso de la historia de vida como un método de investigación, propone los siguientes cuatro objetivos:

1. Captar la totalidad. En una experiencia biográfica, se debe captar desde la infancia hasta el presente, desde el yo íntimo hasta todos los que tienen relaciones significativas con las personas, se deben incluir las necesidades fisiológicas,

las redes familiares, las relaciones de amistad, las definiciones personales de la situaciones, el cambio personal y el cambio de la sociedad.

2. Captar la ambigüedad y el cambio. La historia de vida intenta descubrir todos y cada uno de los cambios por los que la persona va pasando a lo largo de su vida, las ambigüedades, las faltas de lógica, las dudas y las contradicciones que experimentan.

3. Captar la visión subjetiva. Se toma en cuenta de qué manera uno mismo se ve a sí mismo y al mundo, de qué manera interpreta su conducta y la de los demás, de qué manera se atribuyen méritos y cómo se crean responsabilidades para sí mismo y para los demás.

4. Descubrir las claves de interpretación. De todos los fenómenos sociales en general e históricos, de donde su explicación se encuentre en la experiencia personal.

La historia de vida, como menciona Ruiz (*op.cit*), busca encontrar la negociación cotidiana entre aspiración y posibilidad, entre utopía y realidad, entre creación y aceptación y por ello es que sus datos provienen de la vida cotidiana, del sentido común, de las explicaciones y reconstrucciones que el individuo efectúa para vivir y sobrevivir diariamente, aquí es de donde se adopta el planteamiento de interpretar significados más que de encontrar causalidades.

Siguiendo con el autor, se menciona que la fidelidad del individuo relator nunca debe darse por supuesta, sino que el investigador debe estar seguro de ella antes de iniciar alguna interpretación de sus datos. Durante la construcción de la historia de vida, el investigador debe estar alerta a la posibilidad de que el sujeto mienta o falsifique su relato, además debe de aceptar la posibilidad de que intente dar de sí mismo una imagen coherente y socialmente aceptable (consciente o inconscientemente) .

Para el mejor uso del potencial en la construcción de una historia de vida, señala Ruiz (*op.cit.*) necesario "... aplicar una serie de criterios para determinar la adecuación descriptiva del investigador al establecer su interacción social con el sujeto entrevistado ..." (p. 222). Además, presenta la siguiente síntesis hecha por Jones (1983; citado en Ruiz, *op. cit.*) sobre esos criterios:

- La persona historiada debe ser considerada como miembro de una cultura, como alguien que desde que nace forma parte de una sociedad y que el pasado, presente y futuro los capta como parte del conocimiento del sentido común. La historia de vida describe e interpreta el relato del actor en su desarrollo dentro de ese mundo de sentido común y el modo como adquiere su bagaje cultural.
- Debe reconocerse el papel de los otros significativos en la transmisión de la cultura, destacando el papel de la familia, los iguales y los líderes de opinión.
- Hay que especificar la acción social y las bases de la realidad social, las expectativas, los postulados, los criterios con que se define una situación, los valores, los códigos de conducta, los mitos y ritos.
- El cuarto criterio se refiere a la reconstrucción y seguimiento del tiempo, seguir una experiencia con otra en la vida del actor. Los momentos de crisis en donde se encuentran los cambios significativos de las definiciones en la realidad y las conexiones de unos comportamientos con otros aparentemente desconocidos.
- El quinto criterio es la recreación continua y simultánea de los contextos sociales asociados con la persona y su acción social. El contexto no puede dissociarse de la conducta, puesto que no sólo la condiciona sino que sirve de clave interpretativa para su comprensión.

Para finalizar este apartado, hemos considerado importante mencionar algunas observaciones para realizar historias de vida.

Aunque esta metodología nos aporta innumerables datos, tanto objetivos como subjetivos, no hay que perdernos en ellos tomando en cuenta que la historia que se relata, no se refiere específicamente a hechos reales, sino que es un proceso comprensivo e interpretativo que se estructura lingüísticamente en torno a la construcción de una imagen que protagoniza la propia biografía que un sujeto hace de su vida en el presente, otorgándole un sentido. Y que ella depende de la situación concreta desde la cual es construido, y las condiciones materiales, simbólicas de generación del discurso. Y que esa identidad que él construye de "sí mismo" no queda fijada para siempre, ya que se va construyendo constantemente a medida que transcurren los diversos episodios que componen su vida. Como dice Ferraroti (1991) "La vida es una práctica que se apropia de las relaciones sociales (estructuras sociales), las internaliza y las transforma en estructuras psicológicas para su actividad de deestructuración y reestructuración" (Pág. 88).

Piña (1988), refiere que las condiciones materiales y simbólicas en las cuales el relato surge, actúan como un conjunto de modeladores, altamente Influyentes en su estructuración, ya que al contar una vida se construye una imagen dirigida a un público en particular. Bourdieu (1984) señala que, el discurso que producimos es una "resultante" de la competencia del locutor y del mercado en el cual se encuentra su discurso; el discurso depende en parte (una parte que se debe reflexionar enfáticamente) de las condiciones de recepción. Ya que plantea que nunca aprendemos el lenguaje sin aprender al mismo tiempo sus condiciones de aceptabilidad. Por lo que aprender un lenguaje es aprender al mismo tiempo que tan redituable será en tal o cual situación. De tal forma, lo que el sujeto recuerda en determinada situación está compuesto por lo que considera importante en ese momento.

Piña (1988) señala que el relato oral al darse mediante una entrevista no habitual, en donde la involucración con el otro es mayor y el predominio de su pregunta tiene un peso específico ineludible. Con frecuencia sucede que en la conversación el narrador suele buscar más explícitamente la aprobación del otro, esperando sus señales de comprensión, buscando más inmediatamente gestos de aceptación, y su discurso se dirige allí donde se estimula más o en donde cree ser más valorado.

Por lo que el diálogo hacia las zonas más temáticas o estilísticas que se suponen ser compartidas con frecuencia se da con mayor facilidad, pues el sujeto en ciertas circunstancias perseguirá superar lo incómodo de la diferencia que se suscita en esa situación. De tal manera, así se pretenderá disminuir esos momentos de estrés en los que se encuentre o en tal forma, también se subestiman aquellas expresiones que no parecen despertar auténticamente el interés del investigador. También cabe tomar en cuenta que en la narración oral, el sujeto no planifica ni reflexiona sobre su relato, ya que al surgir éste, él trata de darle sentido, justificándose así mismo de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentre, por lo cual trata de dar coherencia a su relato en donde no todo puede ser verdad, por lo cual puede entrar en contradicciones. Por ello, Joutard (1988, citado en Martínez, 2001) manifiestan que ni el informante más confiado dirá todo al encuestador más abierto y menos directivo.

Aparte de que hay que considerar que al transcribir las narraciones para su análisis y presentación en ocasiones se puede perder su riqueza potencial, ya que la palabra oral no se ve plenamente reflejada en la escritura, pues muchos rasgos portadores de sentido, no tienen equivalente gráfico como es la entonación, el ritmo, el volumen, las pausas, el énfasis y todos sus cambios a través de la conversación. Por lo que al ser trasladados al lenguaje escrito se puede perder información (Piña, *op.cit.*).

Cano (1996, citado en Martínez, *op.cit.*) señala que los silencios forman parte sustancial de la entrevista. Ya que son unidades comunicativas transmisoras de mensaje, Una pausa refiere que es por así decirlo como un respiro, un momento necesario para organizar los pensamientos, para reponerse de la expresión de un sentimiento o de una emoción. Una pausa también puede ser una forma de redistribuir el uso de la palabra entre el sujeto y el investigador. Y los silencios pueden interpretarse como una ruptura en el orden de la narración, una interrupción voluntaria por parte del hablante, quien de esta manera expresa, en general, una negativa para tocar o ampliar un punto específico de relato.

Sin embargo, considera que en la medida en que transcurre la entrevista, el investigador se va adentrando en la personalidad del entrevistado, lo cual le permite interpretar las reacciones más íntimas de aquel y reconocer el significado de sus silencios e incluso diferenciarlos de las pausas propias de la narración. Por lo cual se debe tener cuidado para no confundirse y darles otra interpretación que en realidad no es.

Cano (1996, citado en Martínez, *op. cit*) refiere que en la transcripción de las entrevistas no se señalan los silencios, lo cual encubre la actitud real del entrevistado hacia otros tópicos. Por lo que considera que dentro del relato escrito es conveniente que se anoten los signos de puntuación pertinentes y con los avisos de silencios, pausas, titubeos y hasta sonidos como aplausos, risas, llanto. Ya que esto permitirá que otros investigadores puedan utilizar nuestro trabajo. Además de indicar claramente los principios de transcripción adoptados.

Asimismo, Guadarrama (s/a; citado en Martínez, *op.cit.*) enuncia algunos tópicos a tomar en cuenta al llevar a cabo el método historia de vida:

En primer instancia propone tener presente que la historia nace y se construye gradualmente en el diálogo entre el entrevistador Y el sujeto, por lo que hay que desechar desde un principio el interrogatorio indagador que puede inhibir al sujeto.

En segunda, hay que asumir la subjetividad de la construcción de la historia oral, por lo cual:

- No debemos inducir al sujeto a que responda lo que queremos con preguntas tendenciosas o que contengan implícita o explícitamente la respuesta.
- Hay que tomar en cuenta que el discurso del informante puede variar de acuerdo a la lejanía o cercanía que sienta por el entrevistador.
- No debemos dejar a un lado las circunstancias en las que se efectúa la entrevista.
- Debemos conocer mínimamente el contexto histórico en el que se encuentra el sujeto, sobre todo si hay fuentes escritas sobre el tema que estamos abordando.
- El punto anterior es básico para guiar la entrevista.

- Debemos tener interés y simpatía por el tema para saber escuchar a nuestro entrevistado, es decir, saber interpretar sus vacilaciones, silencios, asociaciones y gestos; es decir, adaptarnos al ritmo del discurso.

En tercera, la grabación es el único medio que nos permite evaluar el procedimiento de producción del documento, midiendo la parte subjetiva del historiador, ya que nos proporciona pequeños detalles, por lo que es importante hacer uso de ella para nuestro fin.

En cuarta, considera importante grabar el momento en que se explica el motivo de las entrevistas y se le pide la autorización al informante, para evitar después problemas de tipo legal. Igualmente refiere tener en cuenta los siguientes peligros para el análisis en cuanto a la transcripción: el apego estricto al discurso del sujeto que puede dificultar en exceso la lectura y la reescritura del texto oral puede diluir sus características propias o de plano desechar información valiosísima, sobre todo cuando las fuentes escritas son escasas.

Además hay que considerar que el investigador es quién guía el diálogo, lo transcribe y es el encargado de ir acomodando la información e ir retocando el texto, por lo que los resultados que se obtienen, también dependen del tecnicismo del que el entrevistador haga uso. Por consiguiente, el relato construido es una experiencia proveniente "de la interacción entre el yo y el mundo, ella revela a la vez al uno y al otro y el uno mediante el otro" (Bertaux, 1988; citado en Martínez *op. cit.*).

Una clasificación e interpretación de las prácticas de vida, no revividas sentimentalmente como simple factor, sino repensadas crítica mente como visiones del mundo psicológicamente reconfortantes y a la vez, como constelaciones de valores cognoscitivos, ligados a/y verificados por, la experiencia diaria" (Ferraroti, 1991). Lo cual nos enfrenta a cuestiones propias del trabajo: la transcripción de lo oral y las operaciones de ficción que se deriven, así como también otros momentos, están en juego, sus diferencias con la entrevista habitual, las condiciones de circulación del relato, la producción dialógica del mismo en la situación de entrevista, la construcción narrativa de la identidad personal, la construcción del "otro" y del "uno" en la situación de comunicación, etc. (Chririco, 1992).

3.3 Trayectoria personal de participación como unidad de análisis

Como se ha mencionado, el método de historia de vida requiere de diversos pasos a seguir de manera minuciosa sin embargo, el registro de datos en este proceso es uno de los más complejos debido al rol activo que desempeña el participante y el investigador, así como el carácter testimonial del método, por eso debe recalarse la calidad del registro para la confiabilidad de los datos ya que la fidelidad es un elemento crucial de la investigación.

La transcripción de las grabaciones debe estar basada en: a) la presentación ordenada con espacio suficiente para hacer anotaciones, b) numeración e identificación de cada sesión evitando abreviaturas de nombres y señalando quién pregunta, quién habla y cuándo se acaba una cinta, c) puntuación y separación de párrafos que forman parte del sentido del texto, señalamiento de hechos paralelos, lenguaje no verbal en los momentos correspondientes, d) transcripción de lo que se oye sin interpretaciones, sin cambiar frases ni expresiones del informante y, e) eliminación de expresiones comodín o elementos irrelevantes, por ejemplo, conversaciones para romper el hielo.

Las anteriores actividades se realizan con la finalidad de obtener una versión condensada de la trayectoria de vida, es importante no interpretar el texto que se escucha sustituyéndolo por interpretaciones propias o por versiones más breves. Es así que las grabaciones deben ser oídas por más de una persona, y lo mismo debe ocurrir con la transcripción que debe ser revisada junto con las transcripciones y ser presentada al sujeto para su transcripción, corrección y adiciones. En este momento se invita al informante a revisar y a efectuar una autocrítica de su relato de vida.

El orden que se le da a la versión final puede ser temático o cronológico, en el primer caso la organización se hace por áreas, problemas o centros de interés según sea el objetivo de la investigación; esta organización es necesaria, pues de lo contrario sólo habría una recopilación de información y no una historia. Ello no significa una distorsión de la vida del sujeto, sino la sistematización de su relato para su presentación, análisis e interpretación.

Cuando hablamos de un origen cronológico no se quiere decir que sea rigurosamente fechado, puede organizarse en etapas, o dar una visión del presente y proceder hacia atrás, buscando la rememoración del pasado en función de hechos actuales. Obviamente estas formas de organización suponen un análisis general previo de todas las transcripciones correspondientes a una misma historia.

Ahora bien, en cuanto al análisis, se puede decir que esta etapa es la más directamente dependiente de las características específicas de nuestra investigación, por esta razón resulta difícil dar criterios generales de análisis e interpretación de los relatos de vida.

Un primer trabajo de análisis lo constituye la lectura de las transcripciones correspondientes a cada sujeto con el objetivo de organizar el material. A continuación es necesario determinar que tipo de análisis se empleará, ya que se puede echar mano de variadas técnicas aplicables a diferentes tipos de texto y que pueden arrojar distintos resultados al privilegiar o minimizar ciertos aspectos. En general, podemos afirmar que los relatos de vida constituyen un registro de fenómenos sociales que debe ser categorizado y clasificado, esto es, reducido a categorías analíticas abstractas que permitan describir de forma ordenada y contrastar los fenómenos analizados.

Dentro de las formas de análisis de textos se encuentra el análisis de contenido, que consiste básicamente en la realización objetiva, sistemática y eventualmente cuantitativa de los contenidos extraídos de cualquier texto. El análisis de contenido es un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones, como menciona Mayntz, Holm y Hubner (1975), la finalidad de éste es obtener conclusiones sobre las características de los individuos y su contexto social. No obstante, no se requiere que el proceso de análisis de contenido sea siempre de naturaleza cuantitativa, ya que un análisis de contenido de naturaleza cualitativa se apropia muy bien de finalidades explorativas y descriptivas.

No existe un modelo acabado de análisis de contenido debido a que no se trata de un sólo instrumento, sino de un conjunto de instrumentos metodológicos diversificados y cada vez más elaborados que se aplican a textos (discursos, frases de pacientes, documentos escritos,

entrevistas, textos literarios, temas de publicidad, diarios, preguntas abiertas en una encuesta o relatos de vida), por esta razón se habla de técnicas base que se transponen y emplean en función del ámbito estudiado y del objetivo buscado, entre ellas podemos mencionar:

- Evaluación de afirmaciones.

Fue elaborada por C.E. Osgood, en 1956. Es una medida de las actitudes, es decir, evalúa predisposiciones a reaccionar en forma de opiniones o de actos ante objetos (personas, ideas, acontecimientos, etcétera). La técnica descansa sobre el postulado de que el lenguaje representa directamente al que lo utiliza. Para realizar las inferencias se sirve de indicadores implícitos contenidos en la fuente de información; busca en primer lugar los pivotes de actitud contenidos en ésta. Utilizan dos dimensiones para medir las actitudes: dirección e intensidad. La dirección constituye el sentido de la actitud según un par bipolar: la opinión puede ser favorable o desfavorable, positiva o negativa, etcétera; la intensidad es la fuerza, el grado de la opinión: puede ser tibia o apasionada ligera o vehemente. El método no tiene en cuenta la totalidad del texto, sólo se examina la dimensión de las actitudes y, por consiguiente, únicamente se analizan los enunciados que expresan una evaluación.

- Análisis del enunciado.

Descansa sobre el examen de un proceso del acto de palabra, en este caso se considera que el sentido se elabora en el momento de la producción de un discurso. En el proceso de elaboración intervienen las ideologías sociales, las incoherencias, contradicciones, defensas, racionalizaciones de los conflictos, etcétera, se parte pues de que el lenguaje no refleja íntegramente la opinión de las personas ya que siempre se opera un juego de transformaciones, y esta dinámica es la que pretende aprehender el análisis del enunciado. Este tipo de análisis intenta estudiar la disposición, la lógica del discurso y descubrir los elementos formales atípicos, es decir, las rupturas en el relato. Observamos que el análisis del enunciado se centra sobre la singularidad de cada frase, se trata, de hecho, de estudios de casos.

- Análisis Categorical.

En el análisis por categorías se trata de realizar operaciones de división del texto en unidades y de clasificación de estas últimas en categorías. La categorización tiene como finalidad condensar los datos brutos para proporcionar una representación simplificada de los mismos. Se utiliza mucho el análisis que toma el tema como unidad por que es directo y eficaz para discursos; el tema es el "núcleo del sentido" que se desprende del texto cuando se han escogido las categorías. Se pueden diversificar los criterio de categorjzación en diferentes dimensiones, de este modo se obtendrán diversos puntos de vista que se pueden confrontar mediante las posteriores interpretaciones. Fundamentalmente en éste se centra el análisis de los relatos de vida que se recopilan en la presente investigación.

El caso particular de las historias de vida requiere necesariamente, de acuerdo con la opinión de Montero (1990), de la realización de tareas de soporte que deben ser cumplidas con eficiencia y efectividad, pues de ellas depende la discusión de los datos y que las conclusiones obtenidas se apoyen sobre bases concretas, dentro de estas tareas se encuentran:

a) Preparación y organización del corpus, que implica ordenación de temas, preparación de fichas sobre los aspectos que aporta la historia, construcción de perfiles biográficos, elaboración de categorías, selección de pasajes clave, inventario y definición de terminología de los participantes y sus expresiones características.

b) Preparación de matrices de análisis, las cuales permiten poner de relieve las estructuras dominantes, las dependencias, las lagunas, los olvidos y las contradicciones.

c) Organización de categorías.

d) Análisis cuantitativos complementarios.

e) Resumen de los recuentos.

En términos generales el sentido del análisis de contenido es hacer evidentes las constantes que se dan en los relatos. Con todo esto la finalidad del trabajo de análisis es capturar las expresiones de nuestro participante y descubrir cuáles son las categorías que pueden explicar en forma coherente esa realidad en constante movimiento. El marco del análisis es abierto: no hay nada fijo a priori, la posición persigue extraer desde las primeras exploraciones los indicadores más relevantes que gradualmente adquieren un sentido. No se trata sin embargo, de establecer precipitadamente una o más categorías o de agrupar los datos en algunas definidas previamente por una teoría. En suma, se requiere un paciente y un cuidadoso análisis de los datos hasta que el investigador tenga la certeza de haber discriminado cuales son las categorías centrales de la expresión del fenómeno.

3.4 Planteamiento del Problema

A partir de que sabemos que la infección por VIH/SIDA es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo y de que la identidad (un proceso siempre abierto, nunca acabado) es una construcción social que se realiza en el interior de marcos sociales que determinan la posición de los actores, consideramos de gran importancia dar cuenta de del proceso de identidad y la reconstrucción identitaria en una persona que vive con VIH.

Es dentro de esta inquietud que encontramos que gran parte de la información documental se refiere a la fase de SIDA y los eventos experimentados a partir de ella; pero escasamente se habla de las personas que viven con VIH como lo es nuestro participante. De tal modo que se propone que a partir de entender los cambios y construcciones en la trayectoria de vida (desde una identidad dada socialmente a un niño, de las construcciones sociales hacia lo que es el deber ser para el género masculino, se comienza una reestructuración del de la identidad con el reconocimiento de una identidad diferente, y después enfrentándose a otro cambio identitario al asumir como positivo su resultado en VIH). Esto, con el fin de entender que pasa con él, con su proceso, cómo se daban los significados y de qué forma se darán después. Así pues, lo que pretendemos es tan sólo brindar exponer una visión diferente, porque creemos que si una persona pudo vivirlo de manera diferente, es muy factible la posibilidad de que más personas también lo experimenten lo que aquí reconocemos como distinto.

3.5 Caracterización de la Persona

¿QUIÉN ES ÉL?

Contamos con la participación de una persona de sexo masculino de nombre Rodolfo quien en el momento de ser entrevistado, contaba con 37 años, pertenece a la clase media y en cuanto a su nivel escolar se encuentra en Licenciatura incompleta.

Contactamos a Rodolfo mediante una asociación llamada "AVE de México" donde nosotros tomamos un curso sobre tratamientos antirretrovirales y a partir de dicho curso, entablamos una relación como compañeros en la asociación. Al momento de presentar este proyecto como investigación de tesis, decidimos trabajar con Rodolfo porque de entre nuestros posibles participantes, Rodolfo destacaba el hecho de ser un Educador Sexual.

De esta manera, la parte de negociación se llevó a cabo dentro de las instalaciones de AVE de México exponiéndole a Rodolfo que se trataba de un trabajo de tesis cuya finalidad era dar cuenta del proceso de construcción identitaria de una persona seropositiva y que la particularidad en este caso se centraba en contemplar su construcción como educador sexual. En esta parte, Rodolfo se mostró interesado en participar en el trabajo. Durante esta parte, se llevó a cabo la explicación de la forma de trabajo. Esto es, mediante 7 entrevistas semiestructuradas y el uso de una grabadora para recopilar la información. En cuanto al lugar, se negoció trabajar la primera sesión en AVE de México y el resto, por comodidad de nuestro participante, en su propia casa. Cabe aclarar que durante las entrevistas estuvimos ambos investigadores presentes y que se realizó la transcripción de las entrevistas para poder dar un mejor manejo al análisis mediante indicadores funcionales de sentido. Esto es, el análisis se llevó a cabo después de indagar sobre la trayectoria de vida de Rodolfo y rescatar los episodios que aparecieron en diversos momentos de la entrevista.

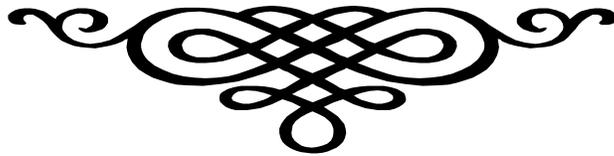
Cabe señalar que si bien hemos expuesto en párrafos anteriores lo respectivo a el campo cualitativo y el método de historia de vida, el presente trabajo retoma las bases de dichos planteamientos pero si bien no llevamos a cabo paso a paso lo que se indica metodológicamente, sí son dichos planteamientos los que nos sustentan nuestra forma de análisis ya que mediante la entrevista semiestructurada, en calidad de investigadores, fuimos reelaborando la historia de Rodolfo mediante unidades de sentido, es decir, episodios significativos. Además, recordemos que la metodología cualitativa, nos permite entrar en la vida de la persona, de aquí la importancia de partir de algo cultural y así poder dar cuenta desde la propia persona cómo es que construye los significados. Ahora bien, la participación de Rodolfo en esta investigación obedece a un proceso de un protagonista en función de los objetivos que se plantearon al inicio de este trabajo. Así pues, no es sólo la presentación de un caso sino la presentación de la visión y vivencia de una persona representativa de una comunidad gay y además, representante de una comunidad que vive con VIH, ambas, encarnadas en Rodolfo.



CAPITULO

4

Análisis



Drier (1999), menciona que las personas al ser miembros formales de algún contexto ya sea por naturaleza o por el alcance de involucración llegaran a verse como pertenecientes a él.

Sin duda alguna, el párrafo anterior, nos remite a pensar en la familia en particular. Una que si pudiéramos hacer historia diríamos que vivió ya hace algunos años en una colonia llamada Carrasco, San Fernando. Una familia sin nada particular... una mujer, ama de casa y profesora de primaria, un hombre proveedor y ausente, chofer de camiones. Ocho hijos, siete hombres y una mujer, que siguen la estructura tradicional de una familia de los años sesenta. Podemos imaginar una casa de dos cuartos, rodeada de otras casas, habitadas por uno que otro familiar, y algunas personas más. En un ambiente lleno de murmullos, ruido de niños jugando, regaños de la casa de al lado o muchas veces de la propia. Ropa tendida en lazos, cerca del patio. Mas lo que podemos notar a simple vista, es una cantidad poco usual de árboles frutales.

Pues bien, ese es el inicio de la historia en la trayectoria de vida de Rodolfo. Actualmente, dedicado a la Promoción de la Salud Sexual; un Educador Sexual de AVE de México (la cual tiene por objetivo promover la salud sexual en poblaciones clave para la epidemia del VIH/SIDA para contribuir en la respuesta en México) donde nosotros lo conocimos.

4.1 La construcción de la Diferencia

*"...Touche me, it's so easy to leave me,
all alone with the memories..."
CATS Broadway*

Sabemos que el campo sexual, es un espacio generador de discursos. Un discurso que nos brinda sentido de las experiencias sexuales, de vida con los otros, que generan un sentimiento de diferencia. Cuando hablamos de construcción de identidad, nos referimos al proceso en el cual se genera la autoaceptación de uno mismo, de un estilo de vida donde los sentimientos, deseos y conductas eróticas son referencia central sobre la cual el sujeto organiza su vida.

Pero veamos cómo se da este proceso desde los inicios, o desde los primeros recuerdos de Rodolfo: *Mi nombre es Rodolfo, tengo 37 años, me dedico a la promoción de la salud sexual, participo en un programa de atención telefónica que resuelve dudas, problemas y todo aquello que tiene que ver con la sexualidad, soy parte de un proyecto enfocado a hombres que tienen sexo con otros hombres, igual en la misma línea de la educación sexual, y yo soy homosexual.*

Temor a ser diferente

*“La soledad es una estación de madrugada;
un beso al viento ,una canción desesperada”.*
Ana Torroja

Aunque hay gente que descubre su orientación gay en diferentes etapas de su vida, la mayoría comienza a hacerlo en la preadolescencia y lo desarrolla en la adolescencia. No se trata de un descubrimiento de un día para otro, sino de un proceso de conocimiento que suele desarrollarse a través del paso del tiempo y de las propias actividades de la persona pero en las cuales se identifica cierto temor a la diferencia ya que nos encontramos inmersos en una sociedad excluyente y normalizadora. Lo que la persona homosexual se enfrenta al reflejo o referente en la información que reciben del exterior acerca de este tema. No sólo nadie les ofrece modelos positivos, sino que temen buscarlos por miedo a caer bajo el estigma de "el marica" de la cuadra, la escuela, etc. Se teme el rechazo de la familia y los amigos que podrían desposeerlos del apoyo afectivo (y económico) que todas las personas necesitamos. También temen el rechazo en el centro educativo, donde nada les hace suponer que allí van a encontrar un refugio en el que poder hablar con alguien que les entienda y les acepte.

Una particularidad específica de las personas homosexuales que los diferencia de otras minorías marginadas es que éstas reciben información desde la primera infancia sobre la identidad de su entorno cultural y de su grupo a través de la familia y entorno inmediato; en el caso de lesbianas y gays no sucede esto, el silencio sobre su realidad es tan opresivo tanto dentro como fuera de su familia.

Sobre mi homosexualidad "Yo siempre lo supe", "A los 7, 8 años jugaba mucho con las niñas, me identificaba con los juegos". "Mi mamá me pegaba y decía maricón, que veas el rechazo, los ojos". "Con mis hermanos el mayor, me decía: ¡Ya tibio!". "Cuando íbamos a casa de la abuela, ella le decía a mí mamá: ay, como que tu hijo es muy meneadito". "Mi familia era muy católica, la iglesia me influyó mucho... era algo malo, sucio, pecaminoso". "Me acuerdo, no diría que fue abuso. Me gustaba... tenía contacto con chavos de 16, 17 años, era sexo oral. Obviamente tenía sentimiento de culpa, yo el monaguillo, pero era una excitación tremenda". "Tenía que ir a misa, bésale la mano al padre. Cuestionaba... quizás era un grito de denme chance, era un miedo al juicio, a la agresión".

El sentimiento de ser diferente está relacionado con las experiencias que Rodolfo vivió, esta diferencia se encuentra marcada, por un discurso impuesto por las personas que lo rodean, pero a su vez por la propia actuación la cual va dando sentido a las experiencias eróticas y crea identidades diferenciadas. Desde que Rodolfo marca como uno de sus recuerdos más tempranos -el bañarse con sus primos y sentir excitación- lo colocan en una situación diferente a la de los otros niños: *"Yo mantenía juegos con los amigos, todos tenían juegos sexuales. Pero donde incidía el acoso era en mi, yo era el puto"*

Este sentido de diferencia se va construyendo a partir de cómo él ve la actuación de los otros y de él mismo, formando parte sustancial en sus experiencias *"Me sentía diferente con mis hermanos, me acuerdo que en el kinder me gustaba el maestro". "Yo me reconocía, me veía y yo sabía desde chiquito... veía el lenguaje que utilizaban mis hermanos, y yo era diferente a ellos..."*

Y es que no es lo mismo que seas diferente porque te guste la naranja y no el melón, y las películas románticas y no las de terror, porque son diferencias establecidas en el marco social. Pero cuando hablamos de diferencias en el campo sexual, son diferencias que se significan de manera mucho más importante.

Núñez (2000) señala que, la diferencia que se hace por la expresión sexual es más importante que la hecha por la diferencia social. "En virtud de lo anterior, es comprensible que el momento de autopresentación diferenciada del individuo se acompañe de culpa, temor, vergüenza, y de un desconcierto angustiante en la inmensa mayoría de los casos" (p. 136)

La vida de una población gay y una población heterosexual mantiene similitudes en cuanto a la vida cotidiana. Ciertamente encontramos diferencias, pero son producto de lo que la sociedad percibe a distancia y es que, aún en nuestros días, dentro de la sociedad, la homosexualidad mantiene un carácter *invisible*, ignorado, que sólo es declarado abiertamente cuando se trata de resaltar los prejuicios o los estereotipos conocidos que surgen a través de chistes, películas, noticias, etc. Y olvidándose que se habla de una vida tan cotidiana como puede ser cualquiera, en donde se labora horas al día, donde se pierde tiempo en las largas filas en los servicios; aquella donde el tener determinada orientación o identidad sexual no es algo relevante para llevarse a cabo.

Entre menos conozcamos de lo que es vivir como homosexual, de entender empáticamente lo que es la vivencia de saberse diferente, menos encontraremos un conocimiento real de lo que representa vivir de esta forma. Poco a poco, al hablar de esto, se va depositando en el otro un lazo de cercanía con la experiencia de ser diferente, tan diferente como cualquiera.

Para vivir con una identidad sexual diferente, es necesario vivenciar varias etapas en las que se experimentan emociones y acontecimientos que poco a poco, todas y cada una de ellas irán conformándonos; dentro de ese proceso la historia personal y la familia son factores importantes, como veremos en los siguientes párrafos.

Agresión del lenguaje

"La gente me señala me apuntan con el dedo

Porque sera? Yo no tengo la culpa, mi circunstancia les insulta"

Alaska

La construcción de nuestra imagen como miembros formales en el mundo se realiza a través de los medios que nos proporciona la propia cultura, concepciones de valores/disvalores que hacemos propios y vivencias de un mundo mediatizado. Nuestra visión del mundo se compone de innumerables actuaciones; el ser humano tiene la facultad de dotar de sentido a todo acto, todo pensamiento, todo sentimiento, todo objeto a través del lenguaje. La palabra es mediadora, supone diferenciarse del otro.

El discurso en sí mismo, forma parte del aprendizaje en nuestra sociedad. Primordialmente, sirve para legitimar un estrecho espectro de ideologías, las que se reúnen bajo la dirección de la "normalidad" esperada. La importancia del lenguaje en la cotidianidad es tal, que marca actitudes particulares dentro de un contexto de práctica. Y si bien es cierto que el lenguaje en cualquiera de sus expresiones nos hace seres sociales, también existe una parte donde el uso de ciertos términos puede operar para narrar la inexistencia de un evento tangible, propiciando discriminación o bien, ocasionando efectos negativos en el aspecto psicológico y emocional de una persona o grupo de personas. De manera más concreta, hemos de referirnos a la comunicación entre individuos en la que el uso de expresiones peyorativas juega un papel mediador que se extiende desde la función de la negativa a hablar, hasta la imposición agobiante, a menudo a través de un lenguaje estridente, de un discurso que no permite espacio a ningún contradiscurso, y menos aún al que aprueba específicamente la legitimidad del deseo homoerótico.

"En ese momento me calaba el lenguaje... que me dijeran joto... hasta la gente tiene el calo para decirlo... te juro que me chocaba que me llamaran joto, me corría por el cuerpo la palabra". "[al niño] Lo veo como un ser... (llanto), como un ser, yo no pedí esta vida y esto en respuesta de ese momento". "El medio tan duro, tan severo, o sea. Estamos hablando de un niño, la sociedad no escatima en cuanto a sus modelos, se van con todo, no importa si eres padre, si eres madre, si es tu hijo". "Lo veo hacia atrás. Me dio mucho miedo. "

Núñez (op. cit), utiliza un concepto muy interesante, el discurso hegemónico retoma a Foucault (1980), señalando que es "el proceso de imposición de un régimen discursivo que construye identidades sociales, subjetividades, organizando y reproduciendo de esa manera el liderazgo moral, intelectual, económico y político de un grupo o clase social sobre otros grupos o clases sociales".

Cuando Rodolfo nos habla de la palabra "joto" y del cómo se lo decían, hace referencia al comportamiento que tiene la sociedad contra aquellos que considera transgresores del rol de género, y que en esa trasgresión encuentran la ocasión para que algunos ejerzan poder sobre otros, lo cual es respaldado culturalmente por el "parecerse" a la mayoría, a la norma del rol de género (que recordemos es una creación histórica), de tal modo que mediante la burla se pretende descalificar opiniones, argumentos de aquellos que son transgresores, de aquellos que son diferentes.

La agresión que Rodolfo siente es cuando escucha "joto", "puto", "puñal", "maricón", cuando actúa de manera diferente a lo que las personas esperan de un joven de su edad. El mismo Rodolfo lo menciona al hablar de que *"la sociedad no escatima ante sus modelos"*. Y es que la sociedad al crear un modelo de "normalidad" y "anormalidad", como menciona Núñez (po cit), en lo que a la sexualidad se refiere, crea al mismo tiempo una maquinaria de poder con posibilidades de ejercerse en cualquier momento y que su función es censurar, vigilar y ejecutar una acción normalizadora.

El discurso hegemónico, en su afán de estandarizar, crea mecanismos de poder a través del proceso de socialización en los varones, como la homofobia. Como señala Rodolfo: *"el poder para aplastarte, era un castigo"*. Podemos hablar de Homofobia entendida como lo menciona Núñez y que nos da una idea de lo que señaló Rodolfo en momentos de su vida.

"La homofobia no es el odio a la "homosexualidad" y los "homosexuales"; la homofobia es el temor, la ansiedad, el miedo al homoerotismo, al deseo y el placer erótico con personas del mismo sexo. Es la práctica, socialmente regulada y avalada, de tener y expresar miedos con violencia; ansiedad que ha sido previamente creada en un proceso de socialización.

La historia personal de nuestro miedo, es parte de la historia social de nuestro deseo. [...] Como cultura hemos heredado una serie de representaciones sobre el cuerpo, el erotismo, el placer, que los construyen, los marcan, los censuran, los disciplinan, les trazan caminos, posibilidades." Que además de todo generan relaciones de poder al asumir determinada existencia sexual. (Núñez, pp. 120-121)

La cita anterior, nos hace pensar en que la homofobia confiesa la existencia de participantes y no participantes en el esquema de un modelo esperado y/o estandarizado, pero no puede reconocer la proposición de dicho modelo de que le hace falta sujetos diferentes como una forma de legitimación de sí misma, porque esto serviría para demandar la colaboración del mismo sector, que pretende eliminar por considerarlo como un Otro ilegítimo.

La homofobia es una actitud de odio al otro de la cual es responsable quien la ejerce, una actitud que se puede cambiar, como tantas otras. es la demarcación de una posición social e ideológica justificada por discursos colectivos (los chistes de loquitas, la educación machista o el sistema social de heterosexualidad obligatoria). Pero con todo y ello, a simple vista pareciera que el enemigo es el otro; pero nos encontramos con que al crecer dentro de esos discursos colectivos, el mismo gay internaliza, subjetiva para sí, la homofobia al asumir tales concepciones que desencadenan problemas en el proceso de construcción. Vivir en un ambiente de rechazo y agresión representa dificultades en ese proceso; por encontrarnos, no sólo con la agresión externa, sino la de uno mismo por no encontrar coherencia entre esos discursos colectivos y la subjetivación que se construye y se va viviendo.

Miedo y Agresión

*“Y lloro gotas de dolor, lágrimas negras,
sentir la vida ya no se olvida, esperaré, si otra oportunidad,
lágrimas vivas en mí, sentir la vida ya no se olvida,”
Monica Naranjo*

El rechazo puede expresarse a través de la agresión verbal, física y psicológica. Por mencionar unos ejemplos en la infancia se crece y aprende sobre comentarios e insultos hacia los homosexuales; en la escuela se comienzan los procesos de socialización y adquisición de valores y se aprende a no ser tolerante a las expresiones comportamentales diferentes de la sexualidad; en el lenguaje que cotidianamente está lleno de expresiones homofóbicas, que traducen y legitiman ese estado de odio y agresión (maricon, jotito, etc.); en los medios masivos de comunicación donde es muy común encontrar la imagen estereotipada del homosexual, o en las noticias amarillistas que tienen un matiz diferente cuando se trata de alguien homosexual, porque se hace relevante su condición sexual.

El miedo y la agresión son otras de las respuestas que se presentan en las personas cuando se visualizan y reconocen diferentes a los demás, a lo esperado socialmente de ellas. Rodolfo desde niño se da cuenta que no se puede expandir en aquello que le cause felicidad o satisfacción ya que recibirá burlas, regaños, ridículo, todo un castigo social que es el resultado de la acción del poder de sancionar, y el miedo sobre su propia dignidad y sentido de valía.

Ahora bien, si pensamos que nacemos dentro de una cultura, dentro de una sociedad que tiene sus normas, no sólo tenemos a un otro que ejerce violencia con murmuraciones, el insulto hiriente, la risa devoradora de la voluntad, los secretitos en la oficina o en la escuela, el tenso silencio, la actitud del discurso médico, el chiste ridiculizante, la burla, el chantaje emocional, la marginación legal, la tolerancia prepotente, el sentido de superioridad (Núñez, 2003). Sino que la propia persona va interiorizando sobre dichas representaciones; ejemplo de ello son las ideas religiosas que generan sentimientos de culpa o agresión a sí mismo por los conceptos de maldad, pecado, etc.

Como señala Rodolfo: *"Yo empecé a escribir [poesía] a los 11, 12 años. A esa edad vi una película de gays, y me levante de la cama, me sentí fascinado. No soy el único". "De esa edad temprana, no fue nada fácil, aprendí a estar solo, mucha soledad que me hizo darme cuenta de muchas cosas". "Me duele porque me veo a mi de chico... un niño precioso, un niño bueno que no entendía porque venía tanta agresión... no se merecía la agresión... "¡Joto!, yo me quedaba paralizado, yo qué contesto, qué digo".*

La intensidad y agresión, duración de este desconcierto-sufrimiento, varían de un sujeto a otro según su capacidad individual para afrontarlo y según el entorno social. Y aun cuando el discurso hegemónico tienen una amplia presencia, no han impedido la existencia de las expresiones eróticas entre varones y la trasgresión a los roles de género, aunque no por eso se han convertido en inofensivas. Tienen un gran peso en la vida del individuo, pero se ven resignificadas por todo un proceso de autoaceptación, identificándose como homosexual.

"Después en la adolescencia tienes elementos para defenderte, pero antes no". "El cómo a tanta angustia, pues a informarte para saber que pasa en ti". "Es reconocimiento no solo de lo que es un homosexual, sino de lo que es toda mi vida, madurar a huevo, a fuerzas". "El manejo del lenguaje no me afectaba como antes, lo superé como a los 16 años. Era el hecho de identificarme".

El camino intrincado de la experiencia del lenguaje va acompañando la construcción de respuestas a la violencia simbólica después de definir sus deseos y sentimientos, redefiniendo la categoría de homosexual y darse cuenta no solo de su existencia sexual, sino de muchas otras áreas de su vida. En algún momento, y con unos de sus recuerdos, entendemos que él comienza a utilizar estrategias como el aprender a jugar solo *"decía es que yo soy un niño, si soy joto yo no lo sé, soy un niño, tengo diez años. No lo sé", "Hubo momentos donde si jugué con los niños, pero después se venía el repliegue de todos los niños y no me hablaban... pero no me importaba, yo con mi bendita imaginación en defensa".*

Y con todo ello, las preocupaciones que vive una persona al sentirse diferente, lo llevan a buscar nuevos elementos para su sobrevivencia, como solicitar la ayuda de otros, por ejemplo de sus hermanos para defenderse de las agresiones que reciben de los demás por su condición homosexual.

"Había un fulanillo de ahí de la colonia, haz de cuenta yo.... pues obviamente todo el mundo lo sabía y este... me metía el dedo en la calle, o sea, pero el dedo con el pantalón, y yo me acuerdo que me lastimaba mucho; hasta que a los doce o trece años fui y le dije a su mamá directamente: Señora su hijo me está lastimando. Pero es que tu eres jotito, que no se qué, que no se cuánto; sí, pero no tiene porque lastimarme. Entonces, fui con uno de mis hermanos. Y me acuerdo que yo le dije: no tengo a quien recurrir, tú eres mi hermano (a parte que era más grande que yo, él tenía 17 años, yo tenía 12 años), le dije defiéndeme no seas cabrón; y fue. Mi reacción de verlo que sí se estaba madreando al fulanillo ese, dije: Dios mío, alguien me está defendiendo".

Podemos mencionar que es después de un largo proceso dónde se va encontrando consigo, *"Ya después dije, sí, o sea, ese niño no pudo haber tenido una infancia así muy agradable, en el sentido como pudo ser para otros niños, pero al menos ya hubo alguien que dio la cara por mí en ese momento. Estamos hablando de un chavito que apenas iba a entrar a la secundaria".* Después de que te das cuenta que el discurso, no sólo es un mecanismo de represión y normatividad en una sociedad; sino además tiene otra cara que es la de ser una herramienta de reestructuración y resignificación que nos permite, entonces, ver al mundo con otros ojos, darnos cuenta de nuestros diversos contextos de participación a partir de diferentes miradas.

Ahora bien, el discurso hegemónico, respecto a Rodolfo, deja de ser representado tal cual, por lo menos ya no es tan importante dado que se significa de manera diferente para el vivir y el participar cotidiano en nuestra práctica social, que recordemos está compuesta de múltiples contextos. Para comenzar, afronta las situaciones, lo cual permitió empezar a hacer algo en contra de la intensidad y duración del desconcierto-sufrimiento, postura que estaba tomando dentro de su entorno social. Siendo así que comienza a cristalizar en actos,

todo un conjunto de prácticas con el fin de parar la situación que estaba viviendo, quizá con la intención de que fuera un cambio en todos a su alrededor, aun cuando lo principal fue el cambio que vivió desde él mismo. Empieza a re-crear un sentido de identidad. En fin, sin tratar de hacer un esfuerzo por sintetizar todo un proceso, lo importante es que se empiezan a generar respuestas, estrategias que van acordes a los intereses de él mismo; aún sin haber sido pensadas con ese fin expreso desde un principio.

"No fue nada fácil, aprendí a estar solo, mucha soledad que me hizo darme cuenta de muchas cosas". De repente jugaba a la comidita, a los soldados, de donde me pude reconocer". "Sí, a lo mejor soy puto, no entiendo la palabra, pero soy un niño, soy una buena persona. Ya para eso pues mi estrategia, era jugar solo, tenía 9, 10 años". "Y me decía no importa tu estás contigo... decía, ¡que grueso!, estoy yo solo".

"Yo no me voy a quedar con el gusto, aunque me digan puto". "Sí había gente gays de aquí, pero yo no quería ser la gata de la casa, o tener que portarte bien porque eres el gay, no, yo no quiero eso, ese modelito no me lo voy a tragar, independientemente de lo que sea me voy a respetar, y quiero que me respeten. Si el respeto significa romper lineamientos pues los voy a romper". "Luchar contra todo".

Podemos reconocer un aspecto importante en todo este proceso que hemos llevado a lo largo de las líneas, y es que estamos inmersos de una u otra manera en la identidad y su cambio; a partir de que consideramos que esta es el concepto que se tiene de uno mismo, y que se ve conformada por las experiencias que ha tenido el individuo a lo largo de su vida, matizada por múltiples factores que como lo social, lo histórico, lo cultural, lo familiar y entre otros. Es en la adolescencia cuando ya no sólo eres dirigido por un discurso, sino te encuentras en la calle, en los medios de comunicación como la TV a los homosexuales o a las representaciones de ellos. Como señala Rodolfo: *"Ya en la adolescencia tienes lo que es el modelo de lo que significa ser homosexual de lo que es que te digan joto o maricón, aunque lo quieras negar tu sabes que hay algo externo que la gente lo nota como tuyo, cuando la gente te dice... qué haces tu con eso".*

Reconocemos que la identidad es un proceso que se vive a través del tiempo, el individuo adulto, aun siendo distinto al que era a los tres años, sigue siendo el mismo individuo; todas las aspiraciones, ideales, metas, son o fueron cumplidas y transformadas en otras; todo su pasado se ha convertido en parte integral de su identidad, sin olvidarnos que a lo largo de la propia trayectoria de vida vamos modificando, cambiando la propia percepción de nosotros mismos. Lo que nos habla no de una identidad fija e inmutable, sino de un proceso en constante cambio y transformación.

4.2 Reconocimiento y Autoaceptación

*"I'm starting with the man in the mirror
I'm asking him to change his ways
And no message could have been any clearer
If you wanna make the world a better place
Take a look at yourself, and then make a change".
Michael Jackson*

Declararse homosexual públicamente implica superar la propia inhibición y la sociedad que señala por no cumplir con los cánones establecidos. Es asumir su condición y mostrarse orgullosos de ello.

El proceso de asumir la identidad es, para muchos, una etapa que ocurre durante o después la adolescencia; lo importante no es el cuándo, sino que tal proceso se convierte en una identidad aceptada, ya elaborada como propia y en una identidad que es externa al presentarse a los otros. Es donde el contacto con otras personas gays se hace más estrecho, donde se experimenta en la sexualidad y se participa en la comunidad gay. Es en el relacionarse con otros donde el gay va encontrando y aprendiendo modelos en los cuales las demostraciones afectivas, el manejo de la culpa, el estigma, donde se conocen los roles y las formas de interrelacionarse son reconocidos y se apropian de ellos.

Después de una lucha constante contra la culpa que genera tener sentimientos hacia personas de mismo sexo, toda la lucha interior (origen del estigma social) comienza a entrar en contacto con las formas de representar la identidad de género a través de los estereotipos culturales dominantes. Pero un paso importante dentro de la aceptación, es cuando se integra a contextos, y grupos de la comunidad, que poco a poco van garantizando relaciones afectivas que ayudaran en este proceso. Sin embargo, al ser ésta una parte difícil y conflictiva por ser personas visualizadas como “diferentes”, estos actos sólo inician cuando la persona empieza a aceptarse a sí misma como gay y ello indica una pauta diferente en su interrelación con las personas que le rodean. *"Hay algo que es diferente en mi, y es mi orientación. Cómo construyes tus escalones... a partir de la etapa que estaba viviendo... los demás seguían teniendo juegos sexuales conmigo, pero yo sabía que ellos eran heterosexuales, por ciertas cosas que había leído, y sabía que yo era homosexual". "Ya no más, ya no voy a permitir que nadie me sobaje". "Tenía que construir y reconstruir... (yo no merezco tu aprobación... no necesito que me digas que estoy bien)".*

Hablamos pues de una vida, que se inició en el contexto de la diferencia donde surgen prácticas,(como el buscar información que le aclare su forma de estar en el mundo que facilitan la autopercepción de lo que se es, y que ahora puede resaltar vivencias y prácticas que generan en Rodolfo ya una diferencia y una postura, ¡él podía hacer la diferencia!. A través de darse cuenta de lo que vale, señala Rodolfo: *"Que la fiesta... pues arreglen bonito, hay que poner esto y aquello; tenía yo un talento para hacer la diferencia". "Cuando yo les hablo de la imaginación y la creatividad... quizá me ayudó a evadir el dolor". "Reconocía y valoraba mi diferencia... podría sobresalir". "Ay es que mi hijo es tan especial conmigo. Claro, no todo es malo en el hecho de ser gay. Yo reconocía mis valores".* Y es que siendo parte de contextos particulares, como la familia y los amigos, y al estar conciente de su propia participación para tratar de construir y reconstruir lo que históricamente venía pasando, dejó atrás el asumirse como pasivo dentro de su contexto y se volvió un participante activo para ya no buscar una aprobación, sino asumir desde su propia condición ser homosexual, empezando a construir una subjetividad particular en su participación desde el reconocimiento de sí mismo y la puesta en práctica de todo eso que implica ser gay.

Esto forma parte del proceso de construcción identitaria como homosexual de la elaboración de representaciones, de la generación de una subjetividad, cuestionando, transformando, aceptando de forma selectiva e impugando en algunos casos al discurso hegemónico; todo a partir de los propios recursos ideológicos y capacidades de Rodolfo. Aún así, no podemos olvidarnos de que a pesar de que ya sea aceptada la idea de la diferencia, no significa que el proceso se haya acabado, sino que es parte de muchos momentos de ese proceso de construcción que poco a poco iremos vislumbrando.

Núñez (*op.cit.*) señala que la subjetividad del individuo que reconoce su capacidad homoerótica y la misma noción de su identidad al asumirse como homosexual, experimenta cambios a través del tiempo, en parte a las diferentes experiencias individuales y grupales en situaciones compartidas, como lo es el campo sexual.

"Cuando yo les digo del cine, fue que yo me metía a ver películas que decían algo en cuanto a mí historia, y yo me empapaba, ¡ay! a poco los griegos, a poco Carlo Magno". "Y aparte era una cierta fascinación, o sea el hecho de una construcción homosexual no implica que todo sea malo, que todo sea negativo. Yo me acuerdo que veía alguna película de... ay no se, Raúl... Héctor Suárez o Alejandro Suárez haciéndola de gay y yo me divertía como loco, era una fascinación, era un redescubrirse".

Cabe mencionar que en la autoaceptación se genera un compromiso de sentirse a gusto con la identidad gay y de adoptarla como un modo de vida en donde se creará una fusión de la sexualidad y de las emociones en un solo grupo significativo; donde se reestructurarán los significados de la identidad gay (expresándolo no sólo como una conducta de la sexualidad sino como una forma de ser y de vivir; lo que se vera reflejado en el establecimiento de relaciones afectivas con personas del mismo sexo; en la confianza de aceptarse identitariamente frente a los heterosexuales y de participar en grupos de personas y lugares en donde se encuentra afinidad.

Las Relaciones en el Seminario

*"I can't fight this feeling any longer. And yet I'm still afraid to let it flow.
I tell myself that I can't hold out forever. I said there is no reason for my fear. Cause I feel so secure when we're together. You give my life direction, You make everything so clear".
Reo Speedwagon*

Otro aspecto predominante en el proceso identitario corresponde a la sexualidad, el cual es muy amplio y abarca múltiples aspectos de la naturaleza humana ligados tanto a factores sociales, psicológicos como biológicos. Su especial importancia proviene de su omnipresencia en nuestra vida. Somos seres sexuados y esto nos influye de forma múltiple y constante. Es una acción específica del ser humano, que está integrada en el conjunto de las demás acciones que hacemos. Lo más frecuente es que la sexualidad forme parte de una relación amistosa o de pareja (esto último tiene sus salvedades, como por ejemplo en la masturbación individual en la que la relación es con uno mismo, o en la fantasía erótica, en la que nos relacionamos con un otro de carácter ficticio).

Concretando, se puede decir que la sexualidad es principalmente una actividad que dinamiza la comunicación y las relaciones humanas. Aunque no seamos plenamente conscientes de ello, por medio de nuestros cuerpos, géneros e identidades sexuales nos comunicamos de una forma especial con los demás. La relación íntima, sea ésta del tipo que sea, es una importante forma de comunicación, especialmente en el caso de la relación amorosa. El placer es un elemento básico en esta relación. El placer físico/psicológico nos hace crecer como individuos y llena un vacío afectivo y relacional que todos tenemos.

La manera en que dicho proceso se lleve a cabo, tiene que ver con la particularidad de cada persona ya que los contextos en los que seamos partícipes determinan de alguna manera nuestra forma de relacionarnos. Para el caso de Rodolfo, la práctica sexual aflora en sobremanera cuando decide cambiar su contexto de práctica e ingresa a un seminario donde espera obtener una alternativa a lo que estaba viviendo sin contar que es justamente en su estancia en el seminario donde se sentarán las bases de sus recursos de auto-reconocimiento.

"A los 16 tuve mi primer contacto, fue liberador, pero lo que implicó fue una culpa espantosa, que me metí al seminario". No de manera inmediata, pero a partir de lo que nos comenta, entendemos que fue toda una cadena de situaciones, que lo llevaron a tomar esa decisión. *"por mi niñez caótica, y hasta la adolescencia que yo tenía acceso a la información, vivía una violencia en la escuela, tenía miedo a enfrentarme, cómo voy a defenderme de esta gente, los vecinos, la familia, se notaba el bombardeo por todos lados. Sentí miedo. Por la desinformación, me deje guiar y llegue a pensar que entrando al seminario DIOS me iba a ayudar". "Entré al seminario a los 16, 17 años". "Era un pánico, y pensé: a lo mejor pasa el tiempo y se me quita".*

A partir de la manera que tenemos cada uno para representar todas las experiencias, tanto eróticas como no eróticas, se va estructurando el sentimiento de diferencia; tal diferencia puede ser sentida como un aislamiento emocional, existencial. El sentimiento de culpa es un malestar más importante que, según Núñez (*op.cit.*), tiene el individuo que mantiene experiencias sexuales con varones. El sentimiento de rechazo y la agresión, son explicados como esta herramienta del discurso hegemónico que es utilizada para hacer desaparecer, eliminar o estandarizar a los sujetos dentro de una norma social; *"Cuando yo llego al seminario, así como qué... era una vida maravillosa, en el sentido de que es una vida muy ordenada, que la hora de la comida, la levantada, tiendes tu cama...". "Pero, ¡oh sorpresa!, los baños eran completos". "me acuerdo que yo me levantaba, y cuando salí la primera vez a bañarme y no quería ni ver a los chavos, ijole... o sea yo me excitaba, con toda la mendiga represión que tenía. Iba yo a hincarme y decía: Dios, dame una pinche respuesta. No friegues. O sea, yo se que no soy el único, pero estoy haciendo mi esfuerzo; yo me acuerdo que era una angustia y muy fuerte. A veces yo me salía hasta más tarde para no topármelos... porque teníamos juego de básquet en la tarde... era un bañadero terrible. Pero al contrario lo que se genera es una intensificación de la sensación de diferencia dado que el sentimiento y deseo erótico hacia personas del mismo sexo, como mencionábamos anteriormente no se puede deshacer ya que, como indica Núñez (*op.cit.*), el deseo erótico no es algo que uno elige o renuncia libremente, aun cuando las agresiones sean intensas.*

Desde el proceso de construcción identitaria, estamos hablando de una continuidad en el cambio, de que damos sentido a las cosas a partir de que vivimos un proceso donde se construye, se resignifican y se les vuelve a dar un sentido diferente a las experiencias que vamos adquiriendo.

Y como la identidad es un proceso siempre abierto, nunca cerrado (Giménez, *op.cit.*) seguirá nutriéndose de más y más experiencias hasta dotar de diferentes significados a lo que nos va ocurriendo. De tal suerte que estamos siempre en posibilidad de cambio y transformación, y que cada cosa que nos ocurre entra directamente a convertirse en parte de nuestra trayectoria de vida y por consiguiente de nuestra identidad.

Es importante notar que a pesar de que la trayectoria de vida tiene elementos que son rutinarios, dados a partir de nuestra participación y de la acción de los otros por circunstancias que cumplen el orden de hacer las cosas, no podemos suponerla con una estructura estática; porque, la trayectoria de vida, es nutrida por las participaciones que tenemos en todos y cada uno de los contextos, porque no solo es proyectada hacia futuro pensando en un concepto de tiempo abstracto, sino tomando en cuenta lugares donde participamos de manera actual y lugares en los cuales nos visualizamos como participantes en otros momentos y circunstancias, y que ninguno de los dos permanecerán iguales.

Dentro de este proceso, el de construcción identitaria, encontramos cambios cualitativos y sustanciales que van dejando en la persona transformaciones profundas que implican una alteración determinante en sentido de cualidad al proceso de construcción.

La persona se reajusta al cambio al dar cuenta de la amplitud y de cuan profundo será dicho cambio en la propia posición a la que se ha enfrentado.

Giménez (2002) señala que podemos encontrar que la transformación y la mutación forman parte del cambio; refiriéndose a la transformación como el adaptarse gradualmente dentro del proceso continuo de construcción sin afectar la estructura del sistema (*"Reconozco el hecho que, lo que yo traía, me ayudo a alcanzar lo que soy ahora... puedo darme cuenta"*,

"Reconocer que había algo diferente en mi, tenía plena certeza pero no sabía que era, pero que implicaba con mi gusto, con mi afecto, con mi trato y con lo que necesitaba") y la mutación que sí supone una alteración a ella, al cambiarla por otra, es decir, donde la persona se convence -aún de manera subjetiva- de haber cambiado profundamente al haber una "ruptura en su vida", del hombre viejo al hombre nuevo.

Dos cuerpos frente a frente

Son a veces dos olas
y la noche es océano.
Dos cuerpos frente a frente
son a veces dos piedras
y la noche desierto.
Dos cuerpos frente a frente
son a veces raíces
en la noche enlazadas.
Dos cuerpos frente a frente
son a veces navaja
y la noche relámpago.
Dos cuerpos frente a frente
son dos astros que se caen
en un cielo vacío.

Octavio Paz, 1944.

Si yo hablara de un momento importante en mi vida, no es el diagnóstico, no, ese no es tan significativo. Si no cuando estuve en el seminario y tuve mi contacto con otro niño. Si me hablas de un antes y después, es ese. Porque yo sabía que iba a romper con la estructura de mi familia, en cuanto a mí iba a romper mis propias construcciones, mi propia homofobia, negar y romper mi propio proyecto de vida, de ocultarme o manejarlo atrás, de construir mi propia vida como homosexual. A qué me refiero, cuando un compañerito se fue a mi cuarto y pasó todo, ya en ese sentido fue volver a reconfirmar; en ese momento, después tuve una crisis como de un mes, fui con mi guía espiritual, le dije que yo estaba pero tronado, no sé que me pasa, mis sensaciones, y el me abrazo y cuando siento zaz, estaba así [una erección]". "entonces fue un choque muy fuerte, fue decir ¿esto quieres?, poderte fajar a medias con alguien porque estas en tus votos. Fue volver a cuestionarte todo". "Dije ni madres, yo no quiero esto, fuera mascarás"

Sin lugar a dudas, desde que se dio el sentimiento de diferencia hasta el surgimiento de prácticas dentro del proyecto de vida son pasos importantes para que Rodolfo se defina, o se viva dentro de una postura que represente esa diferencia; asumiendo para sí un nombre, ya sea homosexual, gay o el que su contexto de práctica utilice. Aceptándose como tal, autodefiniéndose y, después, buscando una aceptación que tendrá que ver ya con el uso de contextos, de discursos, de posturas frente a los otros que generarán en él una pertenencia, y vivirse de una manera como parte del mundo social. Se sitúa, de forma definitiva, dentro del mundo; aún cuando su construcción no es un proceso cerrado, no por eso, falto de cambios, de intereses, de metas cumplidas y por cumplir, de experiencias, de discursos frente a los cuales choque y que todo ello se convertirá en parte del camino recorrido, para la conformación identitaria.

La Relación con la Tía

"Duro es el camino y sé que no es fácil no sé si habrá tiempo para descansar en esta aventura de amor y coraje solo hay que cerrar los ojos y echarse a volar".

Patricia Sosa

Una relación que nos ayuda a salir adelante, que de cierto modo y por ciertas circunstancias se convierte en un elemento que nos ayuda a dar respuestas, o que nos mantiene en el camino para poder darlas. Y que a través de su discurso manifiesta acuerdos, expresa necesidades y trata de enseñarnos alcances y limitaciones de nuestras participaciones, es una relación como la que mantenía Rodolfo con su tía, y que a través de su discurso entenderemos el por qué de su importancia; lo que haremos nosotros es sólo presentarla ante ustedes; porque para nosotros nos basta con lo que el mismo Rodolfo da cuenta de lo que ella significó en su vida:

"Mi tía tenía mucha bronca con mamá, tanto que le dije a mi mamá yo a quien le lloré fue a mi tía, no a mi abuela", "ella en su desconocimiento del homosexualismo, siempre lo supo; mi mamá también. Pero me entendía más mi tía que mi mamá". "Me acuerdo que yo harto de la situación en la casa, de los insultos, ella compró una litera y me fui con ella, digo, era aquí en el mismo terreno, pero era tener mi espacio, ahora que lo pienso, viví mas tiempo con ella", "Me decía, yo te quiero mucho. Fijate que sabía, me decía, cuidate

mucho porque tu vas a sufrir". "No había diálogos, pero me protegía con sus actos". "En la noche nos poníamos a platicar y nos pegaban en la pared para que nos calláramos, y ella decía por qué me voy a callar si estoy en mi casa". "Ella fue la que me enseñó a fumar. Fue una historia muy bonita". "Ella me protegió, mi mamá me pegaba y me decía ¡maricón!, que veas el rechazo, el encono en los ojos [llanto]. Y pues corría con mi tía, por eso una no quería a la otra, decía que era la alcahueta, -pues si, pero es que yo lo quiero mucho-". "Lo del seminario, mi tía me dijo que era un error, ella era muy sabia. Le dije, a lo mejor esa es mi vocación, y ella me dijo, no, esa no es. Y tenía toda la razón". "Curiosamente era a la que menos le hablaba, pero era con las que mas cerca estaba, era una persona cabrona, me decían porqué le hablas así, si es tu tía, -pues si, pero esta es una relación de dos seres, también ella me manda a la chingada-". "Ella me dio la casa: -ninguno de ellos te va a mangonear-. Fue un reconocimiento que nadie en la familia me dio". "Puedo decir que por lazo de familia, es a la que mas he querido. Me dejó esto [la casa]. Me dijo, -Nada mas no me tires el árbol-, lo plantó su bisabuela. Y es tanto el compromiso que tengo con ella, que la casa esta al rededor del árbol, a mi me decían -cómo vas a construir alrededor de él, pero si ellos qué; el compromiso yo lo tengo con ella".

Cuando se da cuenta de lo que en realidad esperas para él (a partir, de toda su trayectoria y de las decisiones que lo han llevado a reflexionar sobre su posición en el mundo), es cuando decides de manera directa lo que vas a hacer para lograrlo, aunque ello implique la ruptura de expectativas o el mismo desafío a la estructura social que te ha venido cercando para mantenerte dentro de un círculo donde tu campo de acción será limitado a tu propia represión. Cuando te llega el momento de cuestionarte, de mirarte a ti mismo es cuando te das cuenta que tus manos ya no son las de un niño que no se sabía defender; sino que han crecido y que tienen más fuerzas, que te ayudaran para sostenerte de lo que puedas para que las cosas no te aplasten, o que servirán para rascar en la arena de posibilidades y encontrar la acción o la decisión quizá no la mejor, pero si la necesaria para convertirte en agente directo del escenario y de los escenarios donde, hasta hace poco, todo se movía y parecía que tu lo hacías con ellos, pero que tu papel en ellos no era comprendido, no era satisfactorio.

Yo sí me cuestionaba, que hago aquí, pero me justificaba con que allá afuera va a ser peor; después de ese momento en que decidí terminar con todo dije no, es que hay que tener tamaños para enfrentarme allá afuera". "Le hable a mi tía, sabía que mamá no lo iba a entender. Y mi tía que tenía 67 años fue al pueblito a dar la cara por su sobrino, fue como haber perdido el miedo a dar la cara. Perder el miedo a vivir". "Por eso VIH lo dejo en segundo término, no es lo mas importante". "Descubrí lo que quería ser yo". "Y fue regresar y enfrentar el juicio, no era recibir el beneplácito de mi mamá, era el hecho de tener que aceptar a su hijo homosexual.

Siendo así que al aceptarse, comienza un proceso que Rodolfo llama empoderamiento y que nosotros podríamos desmenuzar en todo un estrecho camino donde se liga la socialización dentro de la comunidad de individuos que se identifican como homosexuales, cuando se encuentra entre pares y que implica un conocimiento de los símbolos que utilizan, de lo que significa la red de amigos y conocidos y de cómo se va estructurando ella. Lo que va generando en el individuo argumentos, razones, juicios y todo aquello que servirá para entenderse, y que comenzara a curar, aliviar, liberar la culpa que se sentía y que de varias maneras empezará a cambiar los significados de lo que antes era homosexual, gay, joto, etc.

"Mi primer amigo en el trabajo, me decía usted es gay, y todos sabían que era jota. Ni modo, quizás sí, pero no le entendía que era gay ". "Con él fue con quien fui por primera vez a una disco, y conocer el lugar fue impresionante. Fue abrirme los ojos, cielos, había un lugar donde conocías gente como tu, me sentía fascinado". "Llegaba con miedo de aquellos, pero era reconocer que la gente tiene sus espacios, y pues que ya conocía alguien, y después ese alguien me presentaba a alguien más. Me acuerdo que, ya después de que en la familia había puesto las cosas claras, era comprarme mi camisa de esas que estaban de moda, creo era de Paco Raban, y salir con mi chamarra y vámonos. Y yo en el enfrentamiento... mi mascada. Pero no me agredían si me veían en la calle por ejemplo, me lo había ganado, por mi propio ejercicio, el respeto de todos los demás".

El grupo de amigos, los conocidos, los espacios donde te empiezas a desenvolver y te das cuenta que empiezas a incidir de manera directa al ser participante de ellos, y que aun cuando tienes que aprender nuevas formas de comunicación por compartir ciertos estilos, es donde empiezas a encontrar razones para salir y conocer gente, argumentos que te permitirán defender tu sexualidad, motivos para saber que merecer el respeto de los demás, y que se fortalece a partir de conocimientos claros, objetivos sin prejuicios que ayudan en la aceptación de la propia homosexualidad, y que todo lo anterior ayuda a hacerlo libre de culpas y con un sentimiento de pertenencia a lo que es la comunidad. *"A prender de mi sexualidad, a prender a vivirla, padecerla y continuarla"*.

Recursos de Reconocimiento en la comunidad gay

"Mis cuentos no hablaban de historias hechas de casualidad, nadie me dijo que el destino daba esta oportunidad.

1+1 son 7, quien me lo iba a decir, era tan fácil ser feliz".

Fran Perea

El deseo de la expresión erótica, que sigue estando condicionada por una situación sociocultural de censura, genera un sinnúmero de situaciones, contextos y prácticas: desde los espacios de ligue y de expresión erótica en donde comparte el mismo espacio de interacción, el cortejo, por ejemplo), el cómo de ésta, a través de la comunicación verbal y no verbal para el ligue y la propia relación erótica. *"En el ligue, los elementos eran más de pose". "A mi toda la gente me ligaba". "Es muy bonito, me gustaba la ronda. Que te mandaban la copa"... "Yo a la primer gente que me he ligado es a Jaime... [Actual pareja]"*. Lo cual es muestra de todo un abanico de prácticas que se establecen dentro de un contexto particular para conseguir determinados objetivos. Se utilizan claves como recursos de reconocimiento.

"El cuerpo para mi tiene reglas, para mi, mi sexualidad tiene reglas". "En cuestiones de ligue, sobre todo en cuanto a lo que es mi ejercicio eran lenguajes no verbales... había situaciones y las hay en que te le quedas mirando a alguien y te responde", "Y eso es sexualidad, no solo una penetración o un wawis [sexo oral], sino el mirarte, cuando vas en el metro y te sonríen, todo eso me genera una sensación, eso es mi sexualidad".

"Cuando ves a un hombre en un baño, y si es heterosexual, el lenguaje es diferente". "Cuestiones de ligue... yo trataba que mi lenguaje estableciera un mensaje". "Yo sabia, lo que yo podía reconocer: en frecuencia era la mirada, y lo que no, pues sondeando en la platica".

4.3 Información

*"It's times like these you learn to live again,
It's times like these you give and give again.
It's times like these you learn to love again,
It's times like these time and time again".
Foo Fighters*

Encontramos, de nueva cuenta, el proceso inacabable de la construcción de la identidad; *"Ya más empoderado con más dominio de mí mismo, yo fui el que le dije a la primera persona, yo quiero ser penetrado. Digo, estamos hablando de hace 21 años. Me dolió pero me gusto [se ríe], y es que para mi fue la culminación de muchas cosas, fue con alguien que yo escogí. Fue lo que me dio la pauta de yo voy a escoger no solo en la sexualidad, sino en toda mi vida".* Lo cual, como menciona Drier (*op.cit.*), la persona va configurando una composición subjetiva particular de la manera en que se siente ubicado en el mundo. Reflexiona sobre su propia participación, de la forma en que ésta se da, reflexiona sobre la relación personal que mantiene él mismo con los otros, y todo ello gesta la configuración de una postura dentro del proyecto particular, considerando lo que él mismo representa y al lugar donde pertenece.

"Habiendo visto desde la niñez, (la falta de información puede provocar en un ser) yo decía, tiene que haber otra historia no nada más lo que sé". "A los 17, 18 años tomé mi primer curso. Uno de sexualidad en general, y otro de VIH ya específico para HSH". "En AVE, seguía mucho a Francisco Estrada Valle. Me fascinaba ver las cosas que decía en la tele. El expresar las cosas que decía, no solo lo que decía, sino la información". "para mi fue liberador, los términos joto, maricón, mayate, ya no eran lo que antes, ahora me los conozco todos [ríe]".

Cuando se trata de uno mismo, el proceso de recuperación implica el resignificar, ya no solo el concepto de homosexualidad, sino todo el proyecto de vida que ahora tendrá que verse modificado, y enfrentar las situaciones que no se habían previsto. Por decir algo, al crecer dentro del contexto social, también ya tienes todo un plan que es ideal que cubras pero que ya no es necesario preguntarse el cómo, puesto que ya está trazado, el matrimonio, los hijos, el llevar una pareja, quién llevará el papel activo, y demás cosas que si bien ya no es el único modelo, si es una opción inmediata para los heterosexuales. Pero ¿cómo lo enfrenta quien se ha asumido diferente a la norma?: *"El proceso de recuperación, el hecho de reconocermé y asumirme. Fue muy duro. Porque la familia tiene ya un proyecto de vida para ti, que la escuela, los hijos. Pero uno como homosexual también, yo tuve que hacer mi duelo por no tener hijos, y no porque no los pudiera tener, sino porque es diferente. No podría con una chica, y es de que pasa tu duelo de no voy a tener hijos"*. Y es que hablando del concepto de género, nos apunta a que las diferencias observables del comportamiento de hombres y mujeres no tienen su origen en la biología o la naturaleza que es diferenciadora, sino en una aculturación que es parte nuestra desde la crianza (no se comporta igual un padre con un hijo varón o con una niña, lo mismo la mamá: la forma de hablar, las expectativas, relaciones de poder, los cuidados son diferenciados, porque culturalmente ya se espera algo de ellos).

Mas lo que no es posible pasar por alto, es que para muchos la información les abre la puerta a muchas otras posibilidades de acción, integrándola a sí mismos, y repercutiendo en su proyecto de vida, lo que termina siendo parte activa de su identidad. *"Es la vida que me tocó, la vida que le toca a cada uno. Pero con la información me voy a empezar a construir y lo voy a replicar (fue un compromiso conmigo). Lo que sí me ayudó fue la información. Que rico es vivir sin culpas... pues ve a pasar la información a otros"*. *"Lo que hizo la información fue liberarme, en una dinámica como la de mi mamá con su religión y en la que crecí, o con la idea de la loquita de las películas... yo decía, bueno pues a que horas empieza la metamorfosis. Y sí, después me vestí [se ríe]; no, no es cierto, no me pasó a mí. Pero eso me lo dió la información... me ayudó a construirme, darme cuenta que somos diferentes"*

De tal modo que la intensidad de la agresión que se sufre, es la causa de la aceptación, ya que el aceptarse representa una liberación, tranquilidad, cese de la angustia. Además de que se le suma que la aceptación es considerada gracias a su posibilidad de ser presente en personas cercanas, ya sea la familia, los amigos, etc.

4.4 Explorar y Significar un proyecto de vida: Pareja de los trece años

"When I first saw you, I saw love. And the first time you touched me, I felt love"

Shania Twain

Sin lugar a dudas, la construcción de una pareja requiere de un esfuerzo para unir diferencias en costumbres, en educaciones; y en esas circunstancias invertimos mucho más que ahínco personal para solventar, para dar resolución a las diferencias, a los conflictos. Nos esforzamos mucho por tratar de evitar abismos, conflictos y pequeñas guerras que se van dando como en cualquier interacción ya que nos enfrentamos a la construcción de un sujeto histórico (la orientación, el rol que desarrollen o bajo el cual han sido educados) y portador de diferentes voces que lo trascienden, y la que les da una nueva voz dentro de su propio discurso que se vincula con otro.

Desde que nacemos la cultura nos enseña, indiscriminadamente, que “debemos” estar, vivir con una pareja ya desde una edad adolescente. Es culturalmente valorada la relación de pareja y desde la niñez es enseñada como el fin al que debemos perseguir, pero no se nos enseña el cómo llegar a ella, se nos condiciona deseable pero no se nos construye la idea de la búsqueda, esa es cuestión personal que se confunde y construye en el camino; y es que si se nos dice que lo que debemos buscar es estar con un otro; hay que sumarle que ya no se nos dijo antes que teníamos que aprender a estar con uno mismo primero, que la construcción de la pareja es una parte mas del gran rompecabezas que somos nosotros de forma independiente.

Mas aún sin esto, tenemos muy metido en la cabeza, hemos significado de tal modo la pareja que se ha convertido en la salvación, en el objetivo vital encontrando como argumento común las dificultades en la vejez, de que llegará una edad que necesitarás una persona que te pase tus pastillas y, más aún, en la creencia de no terminar solo porque tendrás a tus hijos, como si *"el estar casado con alguien fuera garantía de que esto no sucediera"* (Rodolfo).

El campo de las relaciones de pareja del mismo sexo es poco explorado, y podríamos suponer que una de las razones de que suceda esto es la sugerencia de que ambas parejas comparten características similares; podemos mencionar, en nuestro papel de investigadores, desde nuestra participación en las actividades cotidianas que en la actualidad son mucho mas diversas, y desde nuestra propia historia personal, entre las diversas cosas que se comparten es el compromiso, los sentimientos, la intimidad y la habilidad requerida en cualquier relación, que es la de resolver conflictos.

De este modo, no sólo reconocemos que compartimos esas características, o virtudes; sino también aquellas cosas un poco más conflictivas, las dificultades en general que se presentan en la cotidianidad, en el estar juntos, los problemas de pareja y las formas que tenemos de resolver los conflictos que se presentan. De tal manera que se tiene un modelo dado por la cultura heterosexual, cabe mencionar, de manera muy breve que dicho modelo se ve involucrado en un discurso del "deber ser" y que ello implica intensas consideraciones sociales, culturales, etc. (las cuales no serán mencionadas en este trabajo pero de alguna manera, se ven involucradas). Lo que nos hace reflexionar acerca de si es realmente necesario el seguir un modelo o si lo que realmente se presenta es que con el día a día se va desarrollando una forma de relacionarse. Y es que, en todo esto, lo importante es que sea cual sea la particularidad que se genere en esa relación, simplemente existe dentro de la trayectoria, y es en ella donde se van gestando la elección de expectativas, la construcción de los significados (acerca de lo que se hace, de lo que siente, por ejemplo), de tal modo que no es que sea mas o menos importante, ya que se generan, y lo que esta en juego en esa relación son todas estas características juntas en una sola pareja.

Es a través de las representaciones simbólicas, las creencias, los rituales, las prácticas, así como del sentido y significado que Rodolfo da su participación en la trayectoria de vida, como podemos entender su caminar por los múltiples contextos. En el transcurso de la existencia individual, se van dando cambios que van actualizando la forma de enfrentarse a las situaciones, y que nos van ayudando a sobreponernos. Aunque no siempre será, aquello que podemos hacer, lo que esperábamos en un principio, pero siempre nos dará elementos para continuar y seguir construyendo dentro de nuestro proyecto de vida.

La pareja en esta situación, se convierte en un aliciente, en una motivación de cambio, y no la reduzcamos a ello; de la misma manera se convierte en un paso más hacia la aceptación de la propia identidad. El hecho de construir una pareja lleva implícito, la situación de compartir con otro la aceptación de la identidad, de aceptar a un otro con su propia construcción. En el caso de Rodolfo, brinda la oportunidad de seguir con el proceso de su construcción, al entablar vínculos afectivos con un otro, se están compartiendo los procesos de vida, que de una u otra manera han de ayudar a la continuidad de nuestra construcción.

"Cuando Salí de casa, como a los 20 años, salí con la pareja significativa. Él había comprado un departamento, compró cosas. Yo le ayude, pero pues no era lo mismo, con lo que yo llegaba a ganar pues no alcanzaba". La relación de pareja es importante, porque con ella vamos aprendiendo nuevas cosas de nosotros mismos. Con las parejas que no se establece un compromiso a largo plazo, se van experimentando y descubriendo formas de relación en torno a los significados que damos a la pareja; la manera en que sentimos hacia determinada situación y que nos es grato compartir con ella. Y que ésto, a la larga, será lo que trataremos de buscar en una pareja con la que se desee establecer un compromiso formal. *"En esa edad, ya no era el noviecito con el que sales y todo, digo, ya había tenido esas relaciones, pero en este caso ya fue una persona que me dio la oportunidad de vivir con alguien".*

En la relación de pareja, se van construyendo y reconstruyendo subjetividades de cada uno de los miembros. Rodolfo comenzó una nueva vida al irse con su pareja. *"Esa pareja me dio la oportunidad de vivir con alguien. Y ¡chasco! Porque, pues nos complementábamos muy padre. Pero era una pareja muy celosa. Está bien que me celes, pero no tanto, las cosas se van desgastando"*. Realmente, no se tiene un modelo cultural para llevar una relación de pareja entre personas del mismo sexo, lo que hace necesario que en tal relación se elaboren las propias reglas, se aclaren las expectativas, los roles y las metas. De tal modo que van construyendo una manera de entender el concepto de pareja, de amor, de fidelidad, etc. En el proceso de relación, se van buscando recursos que permitan mejorar la calidad, la permanencia. *No tenía trabajo y él me recomendó con su hermana. Practícamele toda mi vida, laboral, social, etc. todo se cerraba a él*. Desde este momento encontramos que las situaciones, los contextos y las participaciones son parte ya del mundo o los mundos intencionales de Rodolfo, ya que se convierten en contextos donde comienza a compartir con su pareja. Dentro de tales contextos hay una comunidad de personas al rededor de él que dirigen sus creencias, deseos, emociones, propósitos entre los participantes.

Es a partir de la propia experiencia donde se busca hacerle saber al otro, lo que negociamos para una convivencia más cómoda para ambos, hasta lo que ese otro podría compartirnos. Es decir, todo cuanto permita establecer un rumbo para saber si las expectativas pueden ser cumplidas. Ahora bien, para comprender la vida de Rodolfo, podríamos entender que las acciones, pensamientos, emociones son parte de su práctica social y que tiene una forma particular de participar en ella. Reconociendo sus vivencias, sus percepciones y sus voces como parte de la posición que tiene dentro de esos contextos. En la relación de pareja, se comienza a manejar toda una serie de significados, de expectativas que son poco a poco nutridas por el contacto diario, con la historia que cada uno lleva y que es la que va proponiendo la forma en que se dan las interacciones, los tiempos que duran, los lugares y hasta el grado de compromiso que se establece. Es a partir de la propia historia personal que se van tejiendo las posibilidades de hacer, sentir, pensar, interactuar y generar, como respuesta a eso, significados para ellos dos como pareja.

La situación de pareja por la que pasa en la actualidad y en un futuro, son las que ponen la tinta fluorescente en el renglón de nuestra construcción, las que nos van diciendo el cómo nos construimos, para qué hacemos tal o cual cosa. Y es que siempre nos enfrentaremos a construir una relación de pareja en la vida, no sólo las formales, duraderas y en las que el amor verdadero puede destruirlo todo cuanto se interponga, que es la que culturalmente hemos subjetivado para nuestro vivir.

No, realmente las parejas son cosa de una interacción diaria con el mundo, con las personas... donde la sonrisa coqueta, tierna o pasional hacia alguien que hizo lo mismo al vernos en el metro, o el encuentro casual-sexual con alguien a quien conocimos en un antro y que después quizá, será un buen amig@, o la amiga (o) que nos ha gustado mucho y que no le decimos nada pero nos place estar a su lado; hasta alguien con quien después de llorar, gritar, reír nos damos cuenta que el tiempo que se dio fue de manera tan espontánea que podemos seguirlo compartiendo por el resto de la vida.

El entender que en una relación de dos hombres, no hay un papel firmado que avale ante la ley o religión su unión, no ha sido obstáculo para que sí sea validado dentro de sus contextos de práctica, ya que se les reconoce como una pareja de tantos años, y lo más importante, es validado como compromiso por cada uno de ellos, recordando siempre que lo que se entiende por compromiso, por amor y demás conceptos será una construcción particular de cada pareja.

Y cuando se da el proceso de aceptar que la relación ya no funciona, es aceptar que una relación, así con todas sus letras, se termina, aun cuando se piense en todo lo anterior. Es una relación de años, que se pierde y que duele dentro de cada uno. Como señala Rodolfo *“Yo también tuve que elaborar mi duelo, imagínate entiendo que era una relación donde ya estaba mal pero en un espíritu de lealtad, me quiso muchísimo. Hubo huella, recordar lo que habíamos pasado...pasamos momentos muy bonitos, salíamos a la playa, y el poder estar acostado con él en la playa todo el día, sin decir nada, pero saber que está ahí. Cuando viajamos, todo lo que convivimos. Decir te quiero, era muy reservado. Pero decirlo era lo que equilibraba.*

De una u otra forma, dentro de la relación existía un sentimiento, compromiso, significados y negociaciones que hacían que ella continuara, dentro de esa misma se gestan lo que serán las dificultades y es en ellas cuando decide Rodolfo estructurar su vida de manera diferente.

“Yo participe en esa dinámica, me costo trabajo. Sabíamos que ya no funcionaba, pero lo dejamos”. “Durante la relación, pues él me dio carro y muchas cosas, pero también me dio agresión, no le hecho la culpa, porque yo también entré en la dinámica, pero me ayudo a comprender lo que quería. Quería amor, y eso no era... Eso era una dinámica de poder”. “No vivía yo a gusto, tenía todo menos la confianza en él”.

Sin olvidar que Rodolfo utiliza palabras a partir de su tiempo presente, un tiempo donde su construcción es diferente a la que era cuando viviría como presente, ese tiempo pasado, no lo entendemos como dificultad, porque dentro de su discurso se encuentran las voces vivas de lo que era su pasado, un pasado sin la construcción actual.

PERO ME LO HICISTE A MÍ

Tengo que pagar el precio
de lo que tus pensamientos enjuiciaron,
y el delito de ser culpable
a tus ojos siempre es igual.
El dolor de verte implacable
por tus pensamientos creados en ladrillos,
tuvo la fuerza de devastar los cimientos
de una década que, pensé que para ti, fueran mas fuertes.
Jamás justificaré tu indecisión a las circunstancias,
pues quien de verdad ama, pese a sentirse herido no olvida;
no arrebatara el corazón con el olvido,
y peor a quien se dijo amar.
Día, y aquí quedo frió de tristeza,
Mis lagrimas de dolor son secas
mi conmoción en silencios contenida.
Por mi propio dolor acallé
en una situación retomable,
para que a mi muerte, esta fuera mas fácil.
Solo un poco a tus ojos quiero ver,
Vives al lado mío
y bien sabes que la eternidad nos distancia.
Una barrera de desamor se erige al lado de ambos
yo por mi parte sabes, o quizás no.
Me conociste más, de poco valió.
Lo que haz hecho con mis sentimientos
si no lo sabes, mejor,
si lo ignoras, mejor aún
si no te haz dado cuenta, pon atención,
Pero si lo haces con conciencia...
¡Santo Dios!
Que duro es el desamor
y que duro lo estoy pagando,
¿no crees que por los años, me cobraste de más?
Puedes irte, se que te fuiste desde antes
Yo, en venganza, te amare por siempre.
En mi amor desengañado
y en reclamo y sentencia te dirán
Todo esto que paso...
Me lo hiciste a mí.

(Rodolfo Vargas ©)

Lo que nos narra de manera muy lírica, lo que tuvo que pasar para construirse como es él hoy. Primero, para darse cuenta qué esperaba de ese momento y que no lo estaba obteniendo.

“La relación era muy viciada”. “Yo utilizaba esa misma relación, en cuanto a la baja autoestima de dejarme consentir, ahora es lo contrario, porque ahora veo el error que había cometido, lo reconocí y lo asumí, era replantear lo que quería”. “En ese tiempo era rica, en la relación: que los viajes a Europa cada año, el Vaticano, y demás [Siguiendo al umbral de la puerta de su recámara, encontrarás lo que son los recuerdos en papel, fotografías, de los lugares que en ese tiempo cuando era "rica" pudo visitar, El Vaticano, Rusia y su Palacio Rojo, etc.] y me doy cuenta de que no es tanto el ejercicio de decir -- Tengo y soy--. No, pues no tengo y de todos modos soy, hasta soy a lo mejor más porque estoy respondiendo a mis necesidades". Hubo cosas muy bonitas pero hubo cosas en los últimos años no le dieron nada a mi vida, nada. Sí, si tenía pareja y todo, pero un círculo de violencia muy grueso”.

Al entrar en contacto con el reconocimiento del otro, de sus cambios y de lo que significaba para él; se elabora un proceso de reconstrucción de su propia identidad, al reconocerse como libre al terminar la relación, reconocerse como importante al salir de ella y no seguir teniendo lo que tenía. Es decir, entender que en el continuo de nuestra vida, vamos reconociendo nuestros cambios, es lo que nos permite establecer nuestra identidad, eso que es un continuo permanente.

4.5 Proceso de reconstrucción identitaria: Pareja después del VIH

“Pillow talk, pillow talk, Another night of hearin’ myself talk, talk, talk, talk

Wonder how it would be to have someone to pillow talk with me”

Doris Day

Como se estableció en los capítulos 1 y 2, el hecho de informar a una persona que se encuentra infectada por el VIH, que tiene SIDA atrae un cambio de perspectiva ante la vida y es que una noticia como esta atrae cambios en cada uno de los contextos en que la persona se desenvuelve.

Así pues, al recibir una prueba de VIH con resultado positivo las reacciones iniciales son caracterizadas por un shock emocional y el rechazo. Recibir un resultado positivo puede ser tan traumático que es casi imposible para las personas retener la información que se les proporciona durante la consejería en el post-test (D. Grant & Anns, 1988; Perr & Markowitz, 1988; Perry et al., 1993). Poco después del shock, las personas experimentan coraje, enojo, reaccionan con depresión, y emergen preocupaciones obsesivas sobre la salud, y ansiedad generalizada (Huggins, Elman, Baker, Forrester, & Lyter, 1991). Por otro lado, se ha encontrado que la mayoría de los exámenes positivos muestran evidencia de una adaptación a su condición dentro de las semanas siguientes a la notificación de resultado.

Un resultado positivo en la prueba de detección de anticuerpos de VIH puede llevar a la pérdida de empleo, la amenaza de despojo, el rechazo al seguro de salud y de vida, la negativa de servicios profesionales, y pérdida del cuidado de la salud y el cuidado dental. De hecho, desafortunadamente, muchas personas con VIH sufren rupturas en sus relaciones más íntimas. Las prácticas sexuales vinculan a la protección de la pareja sexual de la infección, así como proteger a las personas con VIH de una reinfección y la exposición a otras infecciones de transmisión sexual. La divulgación de la infección de VIH a un compañero para su protección puede poner a las personas en riesgo de reacciones violentas (Wingood & DiClemente, 1997). El miedo de perder a la pareja o compañeros en un momento cuando el apoyo es más necesitado puede inhibir la divulgación del estatus seropositivo.

“Teniendo yo la información, bajé la guardia por una cuestión terrible de crisis: no era feliz, no me sentía a gusto. Y estoy consciente que por donde haya sido yo no le busco explicaciones si fui yo el que infectó a otra persona o no sé a mi fue quien me infecto, ¿cómo llegó? yo no lo sé. Del nivel de control que tenía yo en ese entonces, ¡por Dios! Sí pude haber tenido alguna situación de infidelidad pero era tocamiento, no era ni siquiera sexo oral, no pasaba más allá. Podría haber quizá utilizado esto y decir, bueno pues vino de ti, tú ahora me la vas a pagar pero tampoco estoy del todo seguro que haya sido así. No hubo penetraciones, no había sexo oral, no sé si ya lo traía de las parejas de veinte años atrás... no lo sé, pero tampoco me ocupa ni me preocupa una situación que ya pasó, lo que sí es que tuve que asumir otras cosas, y mi expareja me dijo "es que tú me viniste a contagiar a mí" ¿con qué seguridad lo dice? Y digo, yo en el proceso de saberlo, yo me entero a los dos meses que él está infectado, fue muy duro en ese entonces... y a la mejor mucho del odio, claro que sí, de odio, de cómo me sentía y todo eso, lo despotriqué en la relación y terminamos”.

Y es que no olvidemos que la terminación de un pareja es un proceso muy personal, y en este caso muy particular se une con un diagnóstico positivo en VIH, lo que hace una mezcla de emociones que serán mejor explicadas por el propio Rodolfo.

INVENTA

Si del viento quedo por tus palabras
Un dolor me atormenta la garganta
Es como no poder respirar
El dolor me aprisiona
Como duele romper las ilusiones
¿Cómo me protegeré? Inventaré
¿Cómo me duele romper las ilusiones
Mas aún cuando son las propias inventadas
Me duele el corazón, me desgarran un dolor inventado

Así duele menos.
Tus palabras me golpearon
Y yo de frente las acepte
Me invente para ello mi dignidad
Invento una contradicción
No hay dolor mas grande
Que perder lo que se ha inventado
Para mi no lo ha sido
también invente el consuelo
sufro y sin pensarlo construí un dolor
invente con ello la razón.
Nada de lo escrito
Contradigo en mi vida inventada
Que de cierta a su fin
Lo inevitable les dará a todos la razón
Que con mi muerte,
Habré dejado de inventar.

(Rodolfo Vargas ®)

La Prueba

"You're dangerous 'cause you're honest

You're dangerous, you don't know what you want

Well you left my heart empty as a vacant lot, For any spirit to haunt".

U2

Conocemos que la infección por VIH es una condición de toda la vida que produce un declive físico y tiene un rango de mortalidad muy alto. Después de una prueba de VIH positiva, las personas deben enfrentar una amenaza a su supervivencia, la necesidad de hacer cambios inmediatos a su estilo de vida, el miedo a la posibilidad de infectar otros, dudas acerca de lo que la salud involucra, el acceso a tratamientos, los cambios en la apariencia, y lo que respecta a la calidad de vida (Solomon et al, 1991). Por esta razón, pensar en realizarse una prueba de detección del VIH, no es nada sencillo aún teniendo información sobre el tema pues el rango de consecuencias psicológicas en la infección de VIH es tan amplio como el propio espectro de la enfermedad del VIH.

"En una ocasión que fuimos a acampar con un amigo, yo ya había tomado mi curso, y estaba empezando a romper el cascarón.... Reconozco que ya me empezaba a sentir mal, entonces ya de ahí surgió el hacerme la prueba. De repente tú presientes las cosas, y le dije a mi amigos: yo presiento que tengo algo. Después del campamento yo me fui a hacer la prueba y mi pareja fue a recogerla y me lo dijo así de ¡crack! Dada la relación ya en declive y una situación de VIH mal manejada pues esto trono". "En cuanto a manejo de poder, no me soltaba. Entonces yo dije, yo no me voy a echar broncas... "Reconocí mi violencia, aprendí la lección en ese sentido. En todo, en cuanto a violencia, en cuanto autoestima, en cuanto a recuperación, reconocer qué es lo que puedo, qué es lo que no puedo, hasta dónde puedo; todo eso me sirvió para reconstruir porque no fue nada fácil. Todo esto entremezclado sin amigos; de repente mi amigo, pero muy pocos.

Elaborando en momentos casi simultáneos la pérdida de la pareja y la situación de VIH, comienza una negociación por hacer el trago mas digerible, de su pareja no se separa inmediatamente, su proceso de pérdida es un proceso que comienza a vivir dentro de ella misma, al darse cuenta de una dinámica donde el juego de poder era su constante negociación, el utilizar la misma relación al "dejarse consentir" y demás posturas tomadas dentro del proceso, no podrían ser tomadas como errores, ya que son los recursos que tenia en ese momento para hacer frene a ese momento a lo que estaba pasando.

¡Haz lo que sea, lo que sea!

"Your youth will never fade

Never die. I won't let go of that youthful soul

Despite body and mind my youth will never die".

Creed

Así, en el curso de nuestra trayectoria de participación vamos reflexionando, reconsideramos, reevaluamos nuestras participaciones, nuestras preocupaciones, en relación a nuestro contexto y en relación a los otros con las que las compartimos. Poniendo así, otros aspectos significantes y otras posibilidades de interrelación.

"Obviamente hubo una reestructuración en cuanto a proyectos, el VIH me ha acompañado de manera más positiva que negativa; gracias a esa situación estoy como estoy, o aproveché esa circunstancia para estar como estoy. No porque estuviera mal, hubo muchas cosas que estaban bien, hubo que adecuar en cuanto a excesos quizá en cuanto a alcohol, pues tampoco me desvelaba mucho, más que nada en cuanto a calidad de vida, sí hubo un replanteamiento en cuanto a decir, el VIH implica esto, en cuanto a manejo de emociones estoy hecho una mierda, en ese momento lo reconocí. Fue un parte aguas en ese sentido, vi llegar una oportunidad".

Es por todo ello, que decide cambiar de rumbo, aceptando como flexible nuestra propia construcción y que gracias a ello, podemos comenzar a crear nuevos reguladores de nuestras conductas, nuevos significados de y para lo que no hacemos, logrando un cambio en el sentido de nuestra trayectoria.

A medida que se van entendiendo los sentimientos que se tienen, las dudas sobre el por qué de la pareja y de su terminación, del por qué del diagnóstico positivo, se va elaborando en él una postura personal que quizás entenderíamos como adaptación donde se da un significado diferente al que se tenía, se entienden las diferencias, y se pone énfasis en una postura diferente para afrontarlas. Siendo así que al seguir caminando en el trayecto de lo que es su construcción de identidad, su propia trayectoria de vida y atendiendo a lo que son sus contextos de participación, va elaborando sentidos particulares a las situaciones, todo con el fin, como directamente él lo menciona: *"de que tú estés bien"*.

Y es que, siendo una reestructuración, pues el asunto no termina ahí, de hecho no podemos hablar de un término, más bien de diferentes momentos. La situación familiar fue importante, en la medida del impacto que generó la situación de VIH.

"Mi mamá me contaba sus cosas, pero aprendí muchas cosas en cuestión de VIH. Le decía --Yo te puedo apoyar, pero cada quien sus problemas--. Fue como reeducarla en ese sentido. Ya en una cuestión de VIH, el estrés te acaba". "En el recuento de los daños me quede con mi hermana, me di cuenta que las mujeres tienen más huevos, en cuestión de lo que es entender algo doloroso, o diferente". "Al principio con mis Hermanos... era difícil porque había discusiones [respecto de su ser gay o de su positividad], pero era de decirles, argúntame con hechos, no por ignorancia. Pero ES DIFÍCIL TENER LA INFORMACION Y QUE LA GENTE NO LA ACEPTE". "Eso de la familia es medio falaz. Cada familia es diferente. Y a mí me toco eso".

Indudablemente una situación de seropositividad se encuentra revestida, a nivel social e individual, de toda una serie de significados que llevan a la familia a generar crisis. Sin embargo, a partir de reconocerse como agente de cambio, reencontrándose en contextos en los que es partícipe, reconociendo su construcción social teniendo un carácter dinámico con los otros, es como menciona Holzkamp (1995, citado en Drier (*op.cit.*) "Una estructura compleja de la práctica social cotidiana, convirtiendo el desarrollo de la vida personal de múltiples actividades en diversos contextos y con muchas otras personas, en un rasgo crucial de lo que significa ser una persona." (p.39)

4.6 La Línea

*“Hello--how are you, Have you been alright, through all those lonely nights,
That's what I'd say, I'd tell you everything, if you'd pick up that telephone”.*

Electric Light Orchestra

Una vez que el individuo hace una pausa en su vida y reevalúa el cómo se siente ante el mundo, el cómo se percibe y es percibido ante el mismo, se plantea nuevas metas u objetivos enfocados ahora en un sentido de pertenencia y de trascendencia como veremos más adelante. Y es que, tal y como lo refiere Dreier (*op.cit.*),

El sentimiento de pertenencia a prácticas particulares, con personas y en lugares particulares, se desarrolla sobre el trasfondo de ser parte de ellas, de reflexionarse sobre la relación personal de uno con el ser parte de ellas, de configurar aquellas reflexiones en posturas personales y de configurar tales posturas en un proyecto de lo que uno representa y a dónde pertenece (Dreier, op.cit).

AVE de México es una organización educativa, líder en desarrollar, implementar y compartir estrategias de prevención y capacitación en los campos de la Salud Sexual, el VIH/SIDA y el Fortalecimiento Institucional en México y América Latina.

Es una organización transparente, democrática, inclusiva de las comunidades y basa su trabajo en evidencia, cuenta con un liderazgo compartido que se nutre de la formación de cuadros y que tiene al trabajo colaborativo y al *advocacy* como herramientas. AVE de México trabaja con perspectiva de género en el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos promoviendo la vivencia de los valores:

Respeto	Democracia
Diversidad	Transparencia
Placer	Trabajo Colaborativo
Laicismo	Visibilidad de los no visibles

Es aquí cuando entra en el proyecto de AVE de México llamado DIVERSITEL,

DIVERSITEL “La línea de la diversidad sexual” surge como respuesta a la necesidad de brindar un servicio especializado con calidad y calidez a las mujeres y los hombres de las comunidades de la diversidad sexual que cuentan con pocos espacios íntimos y confiables en donde puedan expresarse y encontrar orientación acerca de servicios educativos, de salud sexual, entre otros.

Programa de AVE de México y con apoyo del Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA/ITS (CENSIDA), el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal y Fundación American Express.

Rodolfo entra, como veremos a continuación, a participar en la organización y es donde encontró un espacio para adquirir conocimientos sobre sexualidad y el saber que de acuerdo a su experiencia, la gente busca un apoyo cuando pasa por este proceso de aceptación; ser VIH positivo.

“Mi amigo me lo planteó, me pareció un excelente proyecto ya que es un espacio donde te quitan culpa, te quitan ese estigma”.

El acercamiento que tiene Rodolfo en este proyecto lo hace involucrarse más a fondo en este tema y sobre todo, formar parte de una red de apoyo entre las personas que tienen contacto con la línea. Al mismo tiempo, esta actividad, confronta al mismo Rodolfo a resignificar su historia, ya que en más de un ocasión se sentirá identificado con las llamadas *“Cuando recibí mi primera llamada, has de cuenta que yo mismo me escuchaba, era de un chavito que tenía problemas con su reconocimiento y tuve que pensar en qué era lo que a mí me hubiera gustado que me dijeran en ese momento. Me sentí muy a gusto al ver la transformación del chico al final de la llamada.”*

Y es justamente en la línea (DIVERSITEL) donde Rodolfo encuentra la posibilidad de brindar información a la gente y que sea ella quien decida y no la cultura misma, ya que si bien es cierto que como individuos estamos entrelazados culturalmente, es válido reconocer en cada persona la capacidad de decisión en cuanto a su propio ejercicio.

“Todo depende del valor de vida de cada quien”. “El beneficio de la información es que tú eliges”, “Mi meta tampoco es que la gente deje de tener prácticas de riesgo, que sería lo más recomendable, pero cada quien decide”. “Tú no puedes incidir en el hecho de cambiar toda tu vida de lo que pudo haber sido todas tus prácticas”. “En cuanto al derecho que tiene la gente de vivir con VIH, tiene derecho a protegerse y gente que no vive con VIH, también tiene derecho a protegerse”.

Sin embargo, para desempeñar un papel como el que Rodolfo lleva a cabo, hay que clarificar el estilo de vida que se lleva a cabo pues así como se encuentra con casos donde su desempeño lo evalúe él mismo como satisfactorio, habrá otros que cuestione su hacer y donde él tendrá que reconocer las limitaciones de este ejercicio como educador sexual: *“En la línea, hay mutua responsabilidad. Hay que ser coherente con lo que dices al que te escucha y con lo que tú haces (salud sexual, autoestima, etc.)”. “En una situación de prácticas, obviamente gana más la práctica que la información en muchos casos”. “No soy quién para que la gente decida lo que tiene que decidir, bastante tengo conmigo en ese aspecto como para asumir la responsabilidad de otro”.*

Como hemos visto, la constitución de la sexualidad se va a ir dando a través de las prácticas que marcan los cuerpos y sitúan su transmisión de generación en generación. Nos referimos a las prácticas no como simples acciones, sino como un complejo sistema de relaciones que acarrearán propuestas de identificación y que en sí mismas pueden ser portadoras de diferencia. Es aquí, donde nosotros encontramos una aportación más ya que son esas prácticas las que dan consistencia a los aspectos materiales que organizan cuerpos y lugares haciendo que el lenguaje signifique y no sea un puro juego formal de signos propios de una cultura.

Siendo esta la vida de un luchador, una persona encarnada en sus propios sentidos, en sus propios significados, en sus propios contextos, en sus propias participaciones. Es ella, esta persona, la que nos ha enseñado su propia vida. Nos ha enseñado, del verbo mostrar, aquello que de alguna manera nosotros hemos vivido, lo que si aún no hemos llorado, aprenderemos a llorar más aún siendo no de nuestra propia trayectoria. Es ahora cuando terminamos, con un pequeño comentario de Rodolfo –que os parecerá interesante, después de haber leído todo lo anterior—

MAL CONSUELO

Por ahí dicen:
Nadie es feo a los ojos de Dios,
Nadie sabe de esta construcción... Dios es ciego.
Por ahí se asegura:
Dios es la voz del pueblo,
Nadie sabe de esta construcción... Dios es mudo.

(Rodolfo Vargas ®)

Después de haber conocido la trayectoria de vida de Rodolfo y desde nuestra perspectiva como psicólogos, cabe preguntarse quién es Rodolfo y para dar “respuesta” a dicha cuestión, hemos decidido resaltar el papel que la sexualidad juega no sólo en la vida de Rodolfo si no en la vida de todas las personas y es que para muchas personas en el mundo moderno, saber quiénes somos implica conocer nuestra sexualidad, reconociendo, a dónde pertenecemos realmente. El reconocimiento de una auténtica ubicación configura nuestra forma de ver y de vivir nuestras vidas, liberando sentimientos y energías de cuya existencia apenas sabíamos. De este renovado sentido de identidad, de pertenencia, ha fluido una reorientación del compromiso personal y también de la identificación en el marco social.

Sin embargo, sabemos al mismo tiempo, y frecuentemente merced a las mismas personas que tan apasionadamente afirman su identidad sexual, que esa identidad es provisional, siempre precaria, dependiente y constantemente enfrentada con una relación inestable con significados sociales y personales cambiantes, y con las contingencias históricas y es que, en este caso, Rodolfo es una persona que reconstruye los momentos a lo largo de su vida ante cada situación y dicha reconstrucción esta en función de lo que ha sido y espera ser mediante el derecho a decir y decidir en cada uno de los aspectos de su vida. De manera más específica, en el marco de la orientación sexual de Rodolfo, a llegado a abarcar no sólo la interacción erótica, sino también la actividad socio-política, *religiosa*, y cultural. Rodolfo ha llegado a constituir más una identidad humana que una categoría sexual.

Por otro lado, hemos encontrado que "identidad es diferenciación" ya que tiene que ver con las afinidades basadas en la selección y la elección, proceso que a Rodolfo lo a llevó a tener que buscar algo que tiene que ser conseguido a fin de estabilizar el ser, y que para ello, como hemos podido dar cuenta, ha pasado una serie de sucesos en su vida que lo inclinan hacia una *necesidad* de un "¿quién soy yo?" y que dicho cuestionamiento fue la base para oponerse a los impulsos contrarios a la vida en la sociedad en que vivimos. La labor de su proceso identitario se llevo a cabo (en un momento determinado y que aún puede volverse a presentar) *en contra de o a pesar de* las disposiciones institucionales de la sociedad, desafiando el peso de la "realidad suprema". Su "identidad" es algo que está ahí, de verdad, y que es asumida; de alguna manera, se ha convertido en una verdad para él mismo.

Ahora bien, la búsqueda de una identidad ha sido una característica de la historia de Rodolfo, de su proyecto de vida. Su encuentro ha sido descrito invariablemente en términos de haber alcanzado una especie de hogar para sí mismo, hasta entonces enterrado bajo un discurso de informaciones falsas y prejuicios. Para Rodolfo, recibir y comprender la información sobre la sexualidad, orientaciones sexuales, etc. fue como hallar un mapa para explorar un nuevo terreno. Este descubrimiento ha sido la condición previa para un sentido de su unidad personal. De aquí que el proceso de formación de identidad, puede controlar, restringir e inhibir, pero al mismo tiempo proporcionan "seguridad y confianza". Y la condición previa para esto ha sido a su vez un sentido de vínculos más amplios, en los que

actualmente Rodolfo es valorado y reconocido y es que, como seres sociales, es en las relaciones sociales donde los sentimientos personales adquieren significado y se hace posible la "identidad". La razón *más evidente* para poner este énfasis en la identidad es que, para Rodolfo y para muchísimas personas, es su propia sexualidad lo que se cuestiona. En una sociedad regida por un discurso del "deber ser" se encuentra fragmentada por muchas divisiones, marcada por clases, razas, religión, ideología, status y edad. Estas se intersecan con otras dos divisiones fundamentales, a las cuales hacen más complicadas, si bien no son su causa: género y preferencia sexual. Sin embargo, el caso que hemos presentado a lo largo de este trabajo nos da la confianza para afirmar que la cotidianidad de un modelo nos brinda la posibilidad de cambio: La esencia de nuestra vida, se encuentra en los significados que vamos otorgando a nuestros actos y el impacto que en nuestra vida sugiere.

*Over the reefs of moonshine, Under the skies of fall
Over the seas of silence, Hauling on frozen ropes
For all my days remaining.
Why should I,
Why should I cry for you?
Why must I think of you?
Why must I?"
Sting*

En los momentos que te enfrenas a el discurso agresor, es cuando se comienza todo un proceso de transformación de aquel discurso que afecta; a través de los propios recursos ideológicos y de las capacidades que se va significando diferente todas esas palabras que llegan del exterior.

A lo largo de esta trayectoria de vida, consideramos las grandes ocasiones y circunstancias en las que se ha escrito de gota en gota de tinta la historia. Pero unas de las grandes es cuando surge la pregunta de si en verdad se es parte de esa llamada minoría, ¿si se es gay? Es una pregunta que siempre va acompañada de angustia, de dudas; porque de la respuesta depende un sin numero de cambios en todas las áreas de la vida. Que se sea consciente de las emociones a las personas del mismo sexo, no significa que esa se haya aceptado.

El saber y sentirse diferente, por sí mismo y por la acción de los otros, en muchos casos da como resultado la aceptación como homosexual, pero no es para todos. Ya que el definirse como homosexual es un momento diferente a el de aceptarse como tal, aunque puede que sean coincidentes en el trayecto de vida.

Cuando llega la aceptación, el ser nombrado por sí mismo como homosexual (o la palabra inglesa *gay*) implica aceptarse dentro de esa diferencia, aceptar que no se puede deshacer eso que se siente. La persona se va integrando al concepto *homosexual* o *gay* a partir de lo que estos representan o significan para sí. En términos sexuales, ser parte de esa minoría es diferente y difícil. Cuando se es parte de la minoría religiosa, o de raza, etc., se hace dentro de un marco de pertenencia, donde aun cuando se sientan marginados se esta dentro de una colectividad y que su participación y acciones, muchas veces, se convierten en fuente de orgullo, de pertenencia. Mas en el caso de la homosexualidad, o las minorías sexuales, se vive diferente porque no se alcanza a percibir ningún beneficio posible, por el contrario se entiende un futuro aislado e incierto.

No se tienen modelos, ni experiencias ni aprendizajes previos de lo que será esto a lo que se enfrenta; Castañeda (1999) lo describe como estar en un país sin mapas, ni direcciones, ni indicaciones, pero en el que se tiene que vivir. De tal forma que el camino que se va recorriendo de ese país, es lo que va generando, la posibilidad de crear una identidad, al hacerse conciente y aceptar todas las características vividas (sentimiento de ser diferente, el asilamiento por parte de la sociedad, las capacidades y habilidades, deseo de vivir y voluntad de tomar decisiones, etc.) que se resumen en una coincidencia de los deseos, sentimientos, actos y conciencia.

Cada individuo construye su identidad sexual, no hay ni una sola causa ni una forma única de vivirla, ya sea homosexual o heterosexual. Y parte de ese proceso de aceptación, comprendió el despedirse de una orientación heterosexual que fue grabada y labrada desde la infancia; todos los niños crecen con la representación de casarse y tener hijos, así es nuestro patrón de crianza.

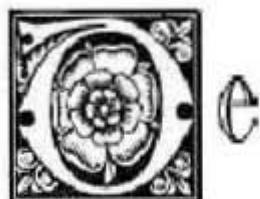
Cuando se da cuenta que esto posiblemente no sucederá, que se tiene que renunciar al destino que durante largo tiempo ha sido preparado, es un proceso que representa dificultades y dolores. Castañeda (1999) también menciona que se trata de una pérdida importante, y como en toda pérdida se da un proceso de duelo;

Un duelo que abarca las fases descritas por Elizabeth Kübler-Ross y en la que la persona que está asumiendo su homosexualidad se genera el proceso de negación (Quizá no sea cierto), negociación (Haré cualquier cosa para que no sea cierto), cólera (Qué hice yo para merecer esto), depresión (Siempre seré infeliz) y finalmente, si todo marcha bien, aceptación (p. 73)

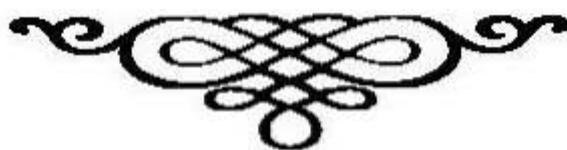
La identidad gay u homosexual no es algo con lo que se nazca... es algo que se construye. Como dice Castañeda: "Ser gay no es un hecho, es un proceso" donde se reconstruye la historia personal, de manera continua, y en la que se viven etapas de aceptación y momentos en que se vuelve a cuestionar y a aceptar, ahora en nuevos términos. Esto es un proceso donde se generan actitudes, donde comienzas a construir una nueva vida todos los días.



Manera



Conclusión



Con todo lo expuesto anteriormente, podemos adentrarnos primeramente, a una reflexión sobre los temas que se han abordado dentro de esta investigación. Tal es el caso de diversidad sexual, VIH/SIDA e identidad y que de alguna manera se entrelazan con ideas sobre cultura, estigma, educación, significados, entre otros.

No podemos dejar de lado el hecho de reconocer que hemos encontrado algunas dificultades a lo largo del trabajo ya que aún siendo inicios del siglo XXI, y teniendo mayor acceso a información documentada, el tema del VIH y el de diversidad sexual (principalmente) contienen cierto grado de limitaciones sino en su acceso sí en su abordaje a nivel cultural pues ahora nos enfrentamos al “destape” no de algo nuevo sino de algo que estaba de alguna manera vedado por la misma cultura y que si bien esta lucha por el reconocimiento se ha venido dando a través de ONG’s o grupos independientes (principalmente) aún queda mucho por hacer. Por ello, resaltamos la importancia del reconocimiento y valoración no sólo en estos temas sino en cualquier otro que manifieste a los humanos como seres sociales.

Pues bien, ya mencionábamos la involucración de ciertos temas y conceptos identificados a lo largo de la metodología y análisis en este trabajo, y al relacionarlos con la parte teórica que se brinda en los capítulos uno y dos, resaltamos los puntos que a continuación se exponen.

Comenzaremos con lo relacionado al lenguaje ya que es mediante el lenguaje que los seres sociales expresamos diversos acontecimientos relacionados con nuestro proceso de identidad (no olvidemos que ésta no es estática, por el contrario, se encuentra en constante cambio), de aquí que:

- El lenguaje es el modo de configuración de la identidad y la cultura. Con él se perfilan las normas y se idean las estrategias para escapar o acatar las mismas. Las reglas del lenguaje serían manifestaciones de las reglas culturales, de las normas que prescriben lo correcto y lo incorrecto, lo permitido y lo prohibido. Sin embargo, aunque de manera teórica, podamos establecerlo, en la práctica tenemos la oportunidad de elegir los elementos con los que nos quedaremos y los elementos que desecharemos con la finalidad de resignificar y evaluar si nos sentimos cómodos o no con lo que vivimos.

- En el ámbito de los contextos particulares, hemos podido ver que se relacionan diversos componentes socioculturales, en los cuales se dinamizan los significados. Así pues, identidad y cultura señalan una línea que se articula a la comprensión de los significados particulares en sus usos y en sus posibilidades dinamizadoras de los procesos socioculturales, en los cuales adquiere sentido de identidad el individuo y el grupo social, del cual es perteneciente. En el caso expuesto, esta parte del proceso nos indica la importancia que tiene el pertenecer a un grupo social y adquirir sus conceptos y valores, recordemos que para Rodolfo, crecer en un lugar tan específico como lo es una vecindad y una familia con creencias religiosas como modo de vida, desprenderse de ciertas ideas que obstruían su tranquilidad, fue muy difícil y que del todo, no nos podemos desprender ya que es parte de nuestra historia y que ella se vuelve la base para tener esa posibilidad que ya mencionábamos, de evaluar y decidir qué es lo que adoptamos y que es lo que adoptaremos para una mejor convivencia con nosotros mismos y con otros.

- Dentro de la trayectoria de vida, el lenguaje se descubre en su funcionalidad y en sus usos, que adquieren sentidos a partir de sus relaciones internas (lo individual) y con otras áreas del comportamiento (lo colectivo). La funcionalidad interna corresponde a lo que podría denominarse, un significado hablando de sí mismos; en tanto que la funcionalidad externa responde a un lenguaje de tipo colectivo a nivel social.

- Con estos planteamientos, al asumir el estudio de la identidad desde una aproximación cultural, se reconoce la estrecha relación entre los términos utilizados en el ambiente gay, materializada en las prácticas cotidianas y, principalmente en el desarrollo de patrones culturales de la sociedad actual. Resaltamos lo mencionado sobre los términos ya que a pesar que consideramos que son del dominio colectivo, cada persona tiene su propia variación del mismo y que por lo tanto, a una persona le puede impactar más o menos determinado tipo de discurso y con ello significar de una manera particular.

- Asumiendo relacionamente los conceptos del lenguaje y de la cultura, se advierte la necesidad de reconocer los hilos funcionales que los entrelazan de manera recíproca. Es justamente en esta parte, donde se configuran los elementos que le dan identidad a los sujetos pertenecientes a una comunidad particular.

- La identidad podría considerarse, entonces, como producto de la relación entre lenguaje y cultura, o bien como la intervención de los individuos en este proceso. Intervención que no puede ser pasiva (por el sólo hecho de pertenecer a la comunidad) sino activa (en la medida de los usos del lenguaje mismo y de los valores de la cultura).

- También, podemos mencionar que la familia es un espacio que promueve prácticas relacionadas con la valoración cultural. La convivencia de los individuos, mediante las redes de interacción cotidiana con sus miembros en la comunidad familiar, genera un marco ideal para la construcción de la identidad. Un contexto de cultura en el cual se asumen nuevos paradigmas en el sistema valorativo. Los sistemas tradicionales de valores particulares socializan y dan vida a uno nuevo. Aquí es posible establecer los patrones de la identidad que colocan a los individuos en ambientes de interacción con los valores de la cultura, circulando en el lenguaje cotidiano.

Por otro lado, encontramos a la sexualidad como tema prioritario en cuanto a lo que se refiere a la identidad del ser humano ya que juega un papel preponderante en cada una de las etapas de nuestra vida. De hecho, en lo que respecta al análisis de este trabajo, dedicamos un apartado especial a este tema ya que en el caso de nuestro participante, se convirtió en una herramienta primordial para el ejercicio de su vida. Tal es el caso que él mismo nos indica la importancia de conocer el tema y abordarlo sin disimulos sociales y/o culturales. Nosotros mismos, estamos plenamente convencido de tal importancia ya que:

- La sexualidad es una dimensión prioritaria del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Su desarrollo armónico es fundamental para la formación integral de la persona. Su finalidad es la relación humana en tanto contempla dimensiones comunicativas, afectivas, de placer y reproductivas. Su desarrollo comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- La sexualidad es parte fundamental de la identidad de todos los seres humanos. Incide en las relaciones interpersonales que se establecen en el ámbito familiar, social y en el ámbito de pareja.
- Si la sexualidad es el diálogo entre la naturaleza y la cultura en torno a la diferencia, podemos descubrir también que es necesario realizar aprendizajes para hacerse hombre o mujer. Aunque culturalmente, nacemos *definidos* como masculino y femenino, los actos que nos diferencian y que vamos a denominar sexualidad dependen de las orientaciones culturales que se nos ofrezca. Esa orientación de la diferencia podemos denominarla: construcción de identidad.
- El hecho de que el ser humano tenga la posibilidad de preguntarse por la razón y el modo de ser y estar con el mundo, nos permite descubrir la sexualidad como objeto de construcción de propuestas de sentido en el proyecto personal de vida en una cultura y un momento histórico. Desde este punto de vista, comprender lo sexual en lo humano implica no sólo descubrir e interpretar los dinanismos y potencialidades del diseño del sexo, orientar los desarrollos de la identidad

masculina y femenina, sino además construir propuestas de sentido para un sujeto que oriente sus actos por motivos y fines. Esto es, para que el sujeto sea capaz de optar y escoger su trayectoria de vida.

- En todas las sociedades existe una serie de ideas acerca de la apariencia y comportamiento ideales para hombres y mujeres. Se trata de un conjunto de significados, aptitudes y valores que se transmiten de generación en generación y que moldean a los seres humanos.

- Ahora bien, llegamos al punto donde nos encontramos con que la identidad se caracteriza por ser heterogénea y compleja, más que simple y homogénea. Es una realidad constituida por componentes sociales y psicológicos que se entrelazan permanentemente. La significación y el juicio que sobre ella se hace está en función del contexto histórico y cultural en que se desarrolla. Sexualidad e identidad, se encuentran desde la niñez hasta la edad adulta, significando un ámbito fundamental de realización y satisfacción para las personas en el encuentro con otros y consigo mismo.

- Con lo anterior, se rescata lo siguiente: El acercamiento a todo fenómeno humano constituye siempre un reto que debe ser asumido, en lo posible, desde diferentes perspectivas. Estas incluyen aspectos biológicos, sociales y psicológicos, los cuales se interrelacionan constantemente y de diferentes maneras. Cada una de estas miradas enriquece el panorama y permite obtener visiones más ricas sobre las experiencias de los seres humanos.

Aunado al tema de la cultura y el lenguaje (entre otras), encontramos la parte correspondiente en esta investigación a la homosexualidad siendo éste, un tema de controversia en nuestros tiempos ya que encontramos no su descubrimiento sino un movimiento de reconocimiento social en ámbitos como el político, religioso, etc. Así pues, hemos considerado al lenguaje como portador de un juicio social, con ello, reconocemos lo siguiente:

- Consideramos al lenguaje como una de las fuerzas formativas de la sociedad, siendo este, además, una de las pautas básicas de socialización que posee una influencia en las relaciones interpersonales. Es un canal para comunicar creencias y actitudes sociales a una persona en desarrollo de describir, aclarar los papeles que ese ser en desarrollo debe identificar y desempeñar, integrándolo de tal modo a la comunidad, a su contexto de práctica que generará un sentimiento de pertenencia.

- La construcción homosexual es enmarcada dentro de un juicio social expresado en símbolos lingüísticos utilizando un sinnúmero de calificativos que se ocupan en un momento dado de caracterizar, juzgar y reprimir a la persona homosexual (“maricón”, “joto”, “mariquita”, “mayate”, “puto”, por ejemplo) cargadas afectivamente. Originando, en alguna parte del transcurso de vida, la búsqueda de un refugio, donde evitar ser juzgado en esta forma verbal directa y amenazante; tratando de ocultar sus sentimientos y evitando realizar toda conducta que pueda ser blanco de evitación social por ser considerada desviada de la norma. En este caso, hablamos de la comunidad gay, donde encontrará su principal fuente de apoyo y por medio de ella resignificará cada uno de los términos que ha venido escuchando.

- Ahora bien, si tomamos al lenguaje como un arma para escudarse, la conducta verbal desempeña una función estructuradora de relaciones humanas, el generar grupos unidos por la forma peculiar de comportarse generando una forma particular de comunicarse entre sí logrando un sistema de referencias a varios significados compartidos socialmente, se obtiene de alguna manera, evadir la vergüenza. Es evidente que no todos los símbolos dentro del grupo son verbales, pero sí contemplan un reconocimiento inmediato, que en su caso, es sin recurrir a la palabra (ya sea el vestirse, el peinado, ciertos gestos, etc.), aún con esto la mayor parte de la interacción está relacionada con el habla. Al hablar, no de un rechazo hacia el entorno social, ni de una huida, sino, entrando mas allá, conociendo el contexto, de una transferencia del punto de referencia social hacia otro grupo el cual se merece el respeto y reduce la angustia.

- Cabe mencionar que para Rivera (1975), *“No queda otra alternativa que pensar que la sociedad es la responsable de la soledad del homosexual, por su deseo desmedido de canalizar la pulsión sexual del individuo en vías de la reproducción como única meta, echando de lado toda actividad sexual no reproductiva”*.
- En general, podemos afirmar que un individuo se va descubriendo como homosexual y con una orientación definida hacia sujetos del mismo sexo no en un momento preciso, sino que el establecimiento de dicha idea se asume y comparte poco a poco una vez que la persona se reconoce a sí mismo. Dicha tendencia, en muchos casos, no es fruto de una *“elección”* personal sino de un proceso a lo largo de la construcción de su identidad.
- Sí es verdad que para muchas personas conlleva un alto coste psicológico la vivencia de su orientación homosexual ya sea por vivirla de manera oculta y clandestina o bien, por intentar abiertamente ser consecuente con su preferencia sexual. Evidentemente supone una mayor *“carga existencial”* que la vivencia de la heterosexualidad, a la cual contribuye en gran medida el contexto social en el que nos movemos.
- Claro está que no ignoramos la complejidad de la vivencia homosexual; si bien creemos que a su vez *“ese mundo desconocido”* rompe esquemas y causa miedo a una cultura que se ha caracterizado por la importancia dada a determinados modelos culturales (entre los que hay que resaltar la supremacía de los patrones masculinos sobre los femeninos y sus connotaciones, por ejemplo, el uso del poder) marginando y dejando fuera todo aquello que era distinto, extraño o cuestionaba sus principios.

De igual forma, queremos exponer algunas de las problemáticas que hemos encontrado con respecto al tema de VIH/SIDA; y es que como psicólogos, nos interesa el aspecto emocional y su relación con lo social. Hablamos específicamente del estigma que vive una persona a la cual se le ha diagnosticado como VIH positivo. Mencionamos en el capítulo uno algunos alcances psicológicos, sociales y culturales que se viven dentro de este proceso. Indicamos que la estigmatización que se sufre de diferentes profesionales, en el caso de los profesionales médicos los estigmas y prejuicios propagados por los proveedores de servicio de salud son particularmente inquietantes.

Los estudios durante la última década han mostrado que muchos de los profesionales médicos mantienen actitudes negativas hacia las personas con VIH, tal y como lo hace como la sociedad hacia algunas minorías (Silverman, 1993). En este caso, remarcamos esta parte de la estigmatización ya que se ve incursionada en diversas áreas habituales, podríamos mencionar de alguna manera, lo que respecta a la calidad de vida pero sabemos que ello nos sometería a un dilema de tipo moral y aún con ello, indicamos la importancia de la ética que como psicólogos debemos contemplar pues ante todo, debemos comprometernos con el manejo de herramientas específicas que nos ayuden sino a cambiar nuestra sociedad en todo su esplendor, sí a colaborar con la erradicación del estigma social y ello va más allá de la información y la educación, ya que aunque son pilares básicos, hace falta más que ello para llegar aun nivel de concientización de este problema.

De aquí que plantemos las siguientes ideas:

- La infección por VIH, además de ser un problema prioritario de salud, también a conjuntado una serie de problemas sociales y psicológicos no sólo para aquellos que padecen esta enfermedad sino también para toda la humanidad.

- Algunas de estas problemáticas habían permanecido en ámbitos ocultos aparentemente ajenas a la cotidianidad. Con el VIH/SIDA afloran temas ya de por sí polémicos: drogadicción, opciones y prácticas distintas a las *comúnmente establecidas* (homosexualidad, bisexualidad, etc); conductas que se vuelven prácticas de riesgo para contraer el virus, surgiendo así el prejuicio y el rechazo hacia todo lo que gira en torno al VIH/SIDA.
- Estas problemáticas se reformulan y cuestionan a la misma sociedad, forzándola a tomar partido, al incorporar nueva información, al reorganizar sus creencias y modificar comportamientos individuales y las relaciones entre sí.
- Mencionábamos en líneas anteriores, la importancia de la sexualidad y algunos aspectos que la enmarcan queriéndola hacer pasar como un enigma y es a partir de ello que hemos rescatado la dificultad al abordar este tipo de temas en su conjunción puesto que la transmisión del VIH/SIDA supone actos privados con consecuencias públicas y sociales.
- El hecho de que una persona infectada por el VIH reciba estigmatización, es claramente una afirmación ampliamente reconocida. Sin embargo, esta enfermedad ha tenido su evolución y también la respuesta social ha sufrido cambios, se podría decir que esta respuesta, de alguna manera, es menos severa, al menos con lo que respecta a la incursión de personal capacitado en el tema y que labora en instituciones tanto públicas como privadas.
- Así, además de los programas de información y cambios de hábitos sexuales que permitan a cada quien decidir la manera más viable de prevención, es imprescindible ahondar en las modificaciones de creencias, prejuicios y actitudes que conllevan a la estigmatización.

- En esta parte, queremos mencionar la aportación que nos hace Alfaro (2001): *“Amigos y semejantes, estos grupos son la principal fuente de apoyo entre los hombres homosexuales y bisexuales, ofrecen empatía, accesibilidad, valores y cultura compartida, lo cual se asocia con el ajuste psicológico entre las personas seropositivas. La integración en una comunidad de este tipo, incrementa el número de semejantes. Los estudios muestran que las redes sociales de los homosexuales contienen al menos una persona que vive con el VIH/SIDA”*.

- La aceptación de una diversidad sexual, erradicar mitos y creencias, rechazar valores ortodoxos, es la forma para evitar la estigmatización del VIH/SIDA; promover la cultura de la educación sexual y de salud donde se integre en los programas educativos, desde los niveles básicos estos contenidos, tratando de forma objetiva y práctica, alejados de falsos moralismos. El trabajo requiere tiempo pero sobretodo, el compromiso de tod@s.

Finalmente, queremos resaltar que el llevar a cabo una investigación bajo una metodología de tipo cualitativa implica no sólo al participante sino al investigador mismo ya que en este caso particular, cada uno de los investigadores se fue involucrando como un personaje más en el campo de estudio, estableciendo así, una relación interpersonal con nuestro participante y es que, recordemos que Rodolfo no sólo es el portador de una historia particular sino el representante tanto de una comunidad gay como de un grupo de personas que viven con VIH y desde la Psicología Cultural, hemos tenido la oportunidad de acercarnos a la persona misma y reconocer mediante su propio relato de vida cómo es que ha vivido todo un proceso, dónde se encuentra y hacia dónde desea ir.

Y es justamente lo que como psicólogos nos ha interesado ya que la formación que recibimos dentro de la FES – Iztacala nos permite reconocer que la Psicología exige un compromiso en cuanto a estudio, preparación e investigación se refiere ya que sólo así podremos adoptar responsablemente una posición donde si optamos por cualquier área (llámese clínica, educativa, etc) sí aceptamos cada una de las consecuencias que traerá , entonces podremos entrar en contacto con la gente, al menos convencidos nosotros

mismos que no *defraudando* a la psicología aportaremos algo positivo a nuestra cultura ya que este estudio nos a dejado (a nosotros como investigadores) en claro ese vínculo que se crea al hacer investigación ya que se trata de una construcción intersubjetiva y de procesos de co-construcción, de aquí la importancia de la responsabilidad en el ejercicio como psicólogos. Ahora que si de manera muy razonable no perdemos de vista que estamos trabajando con Seres Humanos (y entre Seres Humanos) y logramos entender en primera instancia que la psicología primordialmente promueve una construcción activa y que para ello debemos colaborar en la tarea de hacer que el hombre de ser un *sujeto en sí*, pase a construirse en un *individuo para sí*; tendremos que involucrarnos más con la manera de abordaje al momento de entrar en contacto con la gente ya que independientemente del enfoque del que se maneje, no hay decisiones buenas ni malas en cuanto se procure el bienestar del individuo: la psicología encuadra en el área de humanidades y ser humanos consiste principalmente en hacer humanos a los demás y dejar de verlos y vernos como objetos.

REFERENCIAS

- Aceves, J. (1996). *Historia Oral e Historias de Vida. Teoría, Método y Técnicas. Una bibliografía comentada. Lic. Psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales - Iztacala. UNAM, México.*
- Alfaro, L. (2001). *Estrategias de enfrentamiento, personalidad y apoyo familiar con relación al estatus de seropositividad en hombres homosexuales. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México*
- Atkinson, J. H. , Grant, I., Kennedy. C. J., Rdishman, D. D., Spector, S. A., & McCutchan, J. A., (1988) Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus. *Archives of General Psychiatry*, 45, 859-864
- Baker, R. (1996). *Resumen sobre los fármacos: Inhibidores de proteasa. Beta, julio, pp 22-24, México.*
- Bayer, R. (1996). *AIDS prevention- Sexual ethics and responsibility. New England Journal of Medicine*, 334, 1540-1542.
- Bourdieu, P. (1984). *Sociología y Cultura. Edit. Grijalbo, México.*
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado. Edit. Alianza. Madrid, España.*
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T. B., Miller, D. S., Brown, L. L., Cross, P. A., & Tenaglia, A. N. (1984). *Psychosocial status in chronic illness: A Comparative analysis of six diagnostic groups. New England Journal of Medicine*, 311, 506-511.
- Castañeda, M. (1999) *"La identidad sexual: aspectos biológicos y sociales" Paidós, Barcelona.*
- Catalan, J. (1988). *Invited Review: Psychosocial and neuropsychiatric aspects of HIV infection: Review of their extent and implications of psychiatry. Journal of Psychosomatic Research*, 32, 237-248.
- Catalan, J., Beevor, A., Cassidy, L., Burgess, A. P., Meadows, J., Pergami, A., Gazzard, B., & Barton, S. (1996). *Women and HIV infection: Investigatori of its psychosocial consequences. Journal of Psychosomatic Research*, 41, 39—4.
- CENSIDA (2001). *Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales. Cuarta Edición. México.*

- Centres for Disease Control, (1985). Provicional public health inter-agency recommendations for screening blood and plasma for antibody to the virus causing acquired immunodeficiency syndrome. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 36,(1), 1-5.
- Chririco, M. (1992). Los relatos de vida, el retorno de lo biográfico. Estudio preliminar y Compilación. Centro Editor de América Latina, S.A. Buenos Aires. Christ, G. H., & Wiener, L. S. (1985). Psychosocial issues in AIDS. In V. T. DeVita, S. Hellman, & S. A. Rosenberg (Eds.), *AIDS: Etiology. diagnosis. treatment and prevention* (pp. 275—297). Philadelphia: Lippincott.
- Chuang, H. T., Devins, G., Hunsley, J., & Gill, M. J. (1989). Psvchosocial distress and well-being among gay and bisexual men with Human Immunodeficiency Virus infection. *American Journal of Psychiatry*, 146, 876—88L
- Chuang, H. T., Jason, G., Pajurkova, E., & Gil, J. (1992). Psychiatric mor in patients with HIV infection. *Canadian Journal of Psychiatry*. 37, i09— 115.
- Coates,T; Temoshok, L; & Mandel, J.(1984). Psychosocial research is essential to understanding and treating AIDS. *American Psychologist*, 39, 1309-1314.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (1994). Depressive distress among homosexually active African American men and women. *American Journal of Psychiatry*. 151, 524—529.
- Cohen, S., & Wihiamson, G. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 5—24.
- CONASIDA (2001). *Guía para la Atención Psicológica de Personas que Viven con el VIH. Segunda Edición. México.*
- CONASIDA, (1997). *Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. 2ª. Edición, México.*
- Crandall, C. S., & Coleman, R. (1992). AIDS-related stigmatization and the disruption of social rebuionships. *Journal of Social asid Personal Relationships* 163—177.
- Del Río, E. (1990). *El amor en tiempos del SIDA. Grijalbo, México.*
- Des Jarlais, D. C., Friedman, S. R., & Casriel, C. (1990). Target groups for preventing AIDS among intravenous drug users: 2. The “hard” data stud ies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 50—56.

- Des Jarlais, D. C., Friedman, S. R., & Stoneburner, R. L. (1988). HIV infection and intravenous drug use: Critical issues in the transmission dynamics, infection outcomes, and prevention. *Reviews of Infectious Diseases*, 10, 151—158.
- Dilley J., Ochitill, H., Peri, M., & Volberding, P. (1985). Findings in psychiatric consultations with patients with acquired immune deficiency syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 142, 82—86.
- Doniou, J. N., Wolcott, O., Gottlieb, M., & Landsverk, J. (1985). Psychosocial aspects of AIDS and AIDS-related complex: A pilot study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3, 39—55.
- Dreier, O. (1999). Trayectorias personales de participación a través de contextos de práctica social. En: *Psicología y Ciencia Social*. Vol. 3, 1. pp. 28-50
- Elford, J., Bor, R., & Summers, P. (1991). Research mb HIV and AIDS between 1981 and 1990: The epidemic curve. *AIDS*, 5, 1515—1519.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535—544.
- Esterling, B. A., Kiecolt-Glaser, J. K., Bodnar, J. C., & Glaser, R. (1994). Chronic stress, social support, and persistent alterations in the natural killer cell response to cytokines in older adults. *Health Psychology*, 13, 291—298.
- Feregrino, M. (1997). Los inhibidores de proteasa. En: *Amigos contra el SIDA*, A.C. (Editor). SIDA Hoy. Amigos Contra el SIDA. México.
- Ferraroti, F. (1991). *La historia y lo cotidiano*. Ed. Pnínsula, Barcelona, España.
- Folkman, S., Chesney, M., Pollack, L., & Philips, C. (1992). Stress, coping, and high-risk sexual behavior. *Health Psycholcogy* 11, 218-222.
- Gallo, R. C. (1987). The AIDS virus. *Scientific American*, 256. 46—56.
- Gallo, R. C. (1988). HIV: The cause of AIDS—An overview on its biology, mechanisms of disease induction, and our attempts to control it. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*. 1, 521—535.
- Giménez, G. (2002). *Paradigmas de Identidad*. En A. Chihu (cord). *Sociología de la Identidad*. México: Porrua.
- Gochros, H. L. (1992). The sexuality of gay men with HIV infection. *Social Work*, 37, 105—109.

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. In *glewood Cliffs, Ni: Prentice Hall*.
- Gordon, J. H., Ulrich, C., Feeley M., & Pollack, S. (1993). *Staif distress among hemophilia nurses*. *AIDS Care*, 5, 359—367.
- Gostin, L. (1987). *Screening for AIDS: Efficiency, cost, and consequences*. *AIDS Public Policy Journal*, 2, 14-24.
- Grant, D., & Anns, M. (1988). *Counseling AIDS antibody-positive clients: Reactions and treatment*. *American Psychologist*, 18,72-74.
- Gutiérrez, G. (1986). *Metodología de las Ciencias Sociales. Tomo II*. Edit. Harla. México
- Halstead, S., Riccio, M., Harlow, P., Oretti, R., & Thompson, C. (1988). *Psy chosis associated with HIV infection*. *British Journal of Psychiatry*, 153, 618—623.
- Hays, R. D., Cunningham, W. E., Ettl, M. K., Beck, C. K., & Shapiro, M. E (1995). *Health-related quality of life in HIV disease*. *Assessment*, 2, 363-380.
- Hays, R. D., Wells, K., Shesbourne, C., Rogers, W., & Spitzer, K. (1995). *Func tioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses*. *Archives of General Psychiatry*, 52, 11—19.
- Herbert, T. B., & Cohen, S. (1993). *Depression and immunity: A meta-analytic review*. *Psychological Bulletin*, 113, 472—486.
- Herek, G. (1990). *Illness, stigma, and AIDS*. In G. M. Herek, S. M. Levy. S. Maddi, S. Taylor, & D. Wertlieb (Eds.), *Psychological aspects of chronic illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care* (pp. 7—60). Washington, DC: American psychological Association.
- Herek, G. M., & Glunt, E. K. (1988). *An epidemic of stigma: Public reactl to AIDS*. *American Psychologist* 43, 886—891.
- Hinkin, C. H., van Gorp, W. G., Satz, P., Weisman, J. D., Thommes, J., & Buckingham, S. (1992). *Depressed mood and its relationship to neuropsychological test performance in HIV-I seropositive individuals*. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 14, 289-297.
- Huggins, J., Elman, N., Baker, C., Forrester, R., & Lyter, D. (1991). *Affective and behavioral responses of gay and bisexual men to HIV antibody testing*. *Social Work*, 36, 61—66.

- Jennings, C. (1994). *Qué es el SIDA y cómo prevenirlo*. Ed. Norma. Bogotá, Colombia.
- Kalichman, S. C. (1995). *Understanding AtDS: A Guide for Mental Health Professionals*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kalichman, S. C., Hunter, T. L., & Kelly, J. A. (1992). Perceptions of AIDS risk susceptibility among minority and nonminority women at risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 725—732.
- Kalish, R. A. (1985). *Death, grief and caring relationships* (2nd ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Kegeles, S. M., Coates, T. J., Christopher, T. A., & Lazarus, J. L. (1989). Perceptions of AIDS: The continuing saga of AIDS-related stigma. *AIDS*, 3(Suppl.), S253—S258.
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Bahr, G. R., Kalichman, S. C., Morgan, M. G., Stevenson, L. Y., Koob, J. J., Brasfield, T. L., & Bernstein, B. M. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed persons diagnosed with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1679-1680.
- Kieck, R. E. (1968). Self-disclosure patterns of the nonobviously stigmatized. *Psychological Reports*, 23, 1239—1248.
- Kiecolt-Glaser, J., Fisher, L., Ogrocki, P., Stout, J., Speicher, C., & Glaser, R. (1987). Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosomatic Medicine*, 49, 13—34.
- Koenig, H. G., Meador, K. G., Cohen, H., & Blazer, D. (1988). Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Archives of Internal Medicine*, 148, 1929—1936.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lemp, G. F., Hirozawa, A. M., Givertz, D., Nieri, G. N., Anderson, L., Lindergren, M. L., & Janssen, R. S. (1994). Seroprevalence of HIV and risk behaviors among young homosexual and bisexual men. *Journal of the American Medical Association*, 272, 449—454.
- Leserman, J., Perkins, D., & Evans, D. (1992). Coping with the threat of AIDS: The role of social support. *American Journal of Psychiatry*, 149, 154-1520.

- Lipsitz, J. D., Williams, J., Rabkin, J., Remien, R., Bradbury, M., Sadr, W., Goetz, R., Sorrell, S., & Gorman, J. (1994). Psychopathology in male and female intravenous drug users with and without HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1662-1668.
- Llanes, L. (2000). La Participación del Psicólogo dentro de la Asociación Civil: Comunidad Unida en Respuesta al SIDA. Reporte de Trabajo Profesional. Lic. Psicología. Facultad de Estudios Profesionales - Iztacala, UNAM.
- Martin, J. L., & Dean, L. (1993). Bereav following death from AIDS: Unique problems, reactions, and special needs. In M. Stroebe, W. Stroebe, & R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 317-330). Cambridge, England; Cambridge University Press.
- Martínez, L. (2001). Estilo de crianza en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: el caso de una usuaria de CAVI, Tesis Lic. Psicología. Facultad de Estudios Profesionales - Iztacala. UNAM, México.
- Mayntz, F; Holm, K. y Hubner, P. (1975). *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Ed. Alianza, Madrid.
- McCusker J., Stodda A., Mayes, K., Zapka, J., Morrison C & Saltzman S. (1988). Effects of HIV antibody test knowledge on subsequent sexual behaviors in a cohort of homosexually active men. *American Journal of Public Health* 78, 462-467.
- McDonell, J. R. (1993). Judgments of personal responsibility for HIV infection: An attributional analysis. *Social Work*, 38, 403-410.
- Merino, C. (1996) "Metodología cualitativa en investigación psicosocial".
- Miller, D., & Pinching, A. (1989). HIV tests and counseling; Current issues, *AIDS*, 3(Suppl.), S187-S193
- Miller, D., & Riccio, M. (1990) Editorial review: Non-organic psychiatric and psychosocial syndromes associated with HIV-1 infection and disease *AIDS*, 4, 381—388
- Minkoff, H. L., & DeHovi 1. A. (1991) Care of women infected with the human immunodeficiency virus. *Journal of the American Medical Association*, 266, 2253_2258
- Mireles, M. (1992). *La plaga del siglo, infección por VIH: un enfoque diferente*. Edit. Diana, México.

- Montero, M. (1990). "Memoria e ideología. Historias de vida: memoria individual y colectiva". *Acta Sociológica*, N° 1 enero-abril, FCP y S-UNAM, México, p.11-33.
- Moos, R. H., & Tsu, V. D. (1977). The crisis of physical illness An overview. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with physical illness*. New York; Plenum.
- Morin, S. E, & Batchelor W. E (1984). Responding to the psychological crisis of AIDS *Public health Reports*, 4-9,
- Mulder, C., & Antoni, M. (1992). Psychosocial correlates of immune status and disease progression in HIV-1 infected homosexual men: Review of preliminary findings and commentary. *Psychology and Health*, 6, 175-192.
- Neugebauer, R., Rabkin, J., Williams, J., Remien, R., Goetz, R., & Gorman, (1992). Bereavement reactions among homosexual men experiencing multiple losses in the AIDS epidemic. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1374-1379.
- Nichols, S. E. (1985). Psychosocial reactions of persons with the acquired immunodeficiency syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 103, 765-767.
- Nieto, L. (1997). Los nuevos antirretrovirales. En: *Amigos Contra el SIDA, A.C. (Editor). SIDA Hoy. Amigos Contra el Sida, México.*
- Noh, S., Chandarana, P., Field, V., & Posthuma, B. (1990). AIDS epidemic emotional strain, coping and psychological distress in homosexual men. *AIDS Education and Prevention*, 2, 272-283.
- Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, (2001). Secretaria de Salud y CONASIDA, México.
- Núñez, G. (2000). *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual. Programa Universitario de Estudios de Género. 1ª reimpresión a la segunda edición. UNAM, México*
- O'Dowd, M. A., Biderman, D. J., & McKegney E. P. (1993). Incidence of suicidality in AIDS and HIV positive patients attending a psychiatry outpatient program. *Psychosomatic* 34, 33-40.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 363-382.
- Organización Panamericana de la Salud (1993). *Sida. La epidemia de los tiempos modernos.*

- Osgood, E.(1957). *The measurement of meaning*. Urbana : University of Illinois.
- Ostrow, D. (1988). Models for understanding the psychiatric consequences of AIDS. In T. P. Bridge, A. E Mirsky & F. K. Goodwin (Eds.), *Psychological, neuropsychiatric, and substance abuse aspects of AIDS* (pp. 85-94). New York: Raven Press.
- Pardinas, F. (1991). *Metodología y técnicas de investigación en ciencias humanas*. Ed, Siglo XXI, México.
- PCR, Laboratorio, S. A. (1998). Folleto de utilidad para las pruebas de Laboratorio para el paciente seropositivo con el virus de la inmunodeficiencia adquirida. México.
- Perry, S. W, & Tross, S. (1984). Psychiatric problems of AIDS inpatients al the New York Hospital: Preliminary report. *Public Health Reports*, 99, 200— 205.
- Perry, S., & Fishman, B. (1993). Depression and HÍV: How does one affect the other? *Journal of the American Medical Association*, 270, 2509—2510.
- Perry, S., & Markowitz, J. (1988). Counseling for HIV testing.Hospital and Community Psychiatry, 39, 731-739.
- Pescador, J. (1989). Sociedad y SIDA viejas reacciones frente a nuevos problemas. En: SIDA, ciencia y sociedad. Sepúlveda, J. (Editor). Fondo de Cultura Económica, México.
- Peterson, J. L., Folkman, S., & Bakeman, R. (1996). Stress, coping, HIV status, - psychosocial resources, and depressive mood in African American gay, bisexual, and heterosexual men. *American Journal of Community Psychology*, 24, 461-487.
- Piña, C. (1988). La Construcción de sí mismo en el relato autobiográfico. En: *Revista Paraguaya de Sociología*. Año 25, N°71 (enero-abril), pp. 138-176 Piña, C. (1988). La Construcción de sí mismo en el relato autobiográfico. En: *Revista Paraguaya de Sociología*. Año 25, N°71 (enero-abril), pp. 138-176 Pourtois, P. y Desmet, H. (1992). *Epistemología e instrumentos en ciencias humanas*. Ed. Siglo XXI, México.
- Pujadas, J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Cuadernos metodológicos N° 5, Centro de investigaciones Sociológicas. Madrid.
- Rabi3n, J. G., Williams, J. B., Neugebauer, R., Remien, R., & Goetz, R. (1990). Maintenance of hope in HIV-spectrum homosexual men. *American Journal of Psychiatry* 147 1322-1326

- Rabkin, J. G. (1994). Mood and immune effects of pharmacotherapy in HIV illness. Paper presented at the NIMH Neuroscience Findings in AIDS Research Conference, Rockville, MD.
- Rabkin, J. G., Johnson, J., Lin, S., Lipsit, J. D., Remien, R. 1-1., Williams, J. B. W., & Gorman, J. M. (1997). Psychopathology in male and female HIV positive and negative injecting drug users: Longitudinal course over 3 years. *AIDS*, 11, 507-515.
- Ritchie, E. C., & Radke, A. Q. (1992). Depression and support systems in male Army HIV+ patients. *Military Medicine*, 157, 345-349.
- Rivera, A. (1975). *La Homosexualidad Masculina: Revisión Bibliográfica de algunos aspectos clínicos y sociológicos*. Tesis para obtener el Grado de Maestro en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Rodin, G., & Voshart, K. (1986). Depression in the medically ill: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 143, 696-705.
- Ruiz, J. (1989). *La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Deusto, Bilbao, España.
- Sarason, I., Sarason, B., Potter, E., & Antoni, M. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, 47, 156-163.
- Sewell, D. D., Jeste, D. V., Atkinson, J. H., Heaton, R. K., Hesselink, J. R., Wiley, C., Thai, L., Chandler, J. L., Grant, I., & the San Diego HIV Neurobehavioral Research Center Group. (1994). HIV-associated psychosis: A study of 20 cases. *American Journal of Psychiatry*, 151, 237-242.
- Siegel, K., & Krauss, B. (1991). Living with HIV infection: Adaptive tasks of seropositive gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 17-32.
- Silverman, D. C. (1993). Psychosocial impact of HIV-related caregiving on health providers: A review and recommendations for the role of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 150, 705-712.
- Solomon, G. F., Kemeny, M., & Temoshok, L. (1991). Psychoneuroimmunologic aspects of human immunodeficiency virus infection. En R. Ader, D. Felten, & L. Cohen (Eds. *Psychoneuroimmunology II* (pp. 1082—1113). Orlando, FL: Academic Press.
- Taerk, G., Galop, R. M., Lancee, W. J., Coates, R. A., & Fanning, M. (1993). Recurrent themes of concern in groups for health care professionals. *AIDS Care*, 5, 215-222.

- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S. E., & Aspinwall, L. (1990). Psychosocial aspects of chronic illness. In G. M. Herek, S. M. Levy, S. Maddi, S. Taylor, & D. Wertlieb (Eds.), *Psychological aspects of chronic illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care* (pp. 7-60). Washington, DC: American Psychological Association.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Edit. Paidós. Barcelona, España.
- Tindali, B., Forde, S., Goldstein, D., Ross, M. W., & Cooper, D. A. (1994). Sexual dysfunction in advanced HIV disease. *AIDS Care*, 6, 105-107.
- Torres, K; Alfaro, L; y Díaz, R. (1999). *Juventud y SIDA: Una visión psicosocial*. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Treiber, E A., Shawn, D., & Malcolm, R. (1987). Acquired immune deficiency syndrome: Psychological impact on health personnel. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 496-499.
- Treviño, S. (1997). Transmisión de VIH de madre a hijo. *La Jornada*, Suplemento "Letra S". N° 17, diciembre.
- Vanhems, P., Toma, E., & Pineault, R. (1996). Quality of life assessment and HIV infection: a review. *European Journal of Epidemiology*, 12, 221-228.
- Vigotsky, L.(1992). *Pensamiento y Lenguaje. Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. Ed. Quinto Sol. México.
- Weinberger, M., Conover, C. I., Samsa, G. P., & Greenberg, S. M. (1992). Physicians' attitudes and practices regarding treatment of HIV-infected patients. *Southern Medical Journal*, 85, 683-686.
- Williams, G. (1996). "La invisibilidad del investigador en psicología: los efectos de un mito y los orígenes de un fracaso". En: Lara, J.(comp.). *Alternativas para la formación de psicólogos en México*. AMAPSI.
- Wingood, G. A., & DiClemente. R. J. (1997). The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African American women. *American Journal of Public Health*, 87, 1016-1018.
- Woo, S. (1992). *Ending the isolation: HIV and mental health in the second decade*. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Health and Welfare.