



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Subjetividad y VIH:El eco de un deseo silenciado"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Monica Juarez Ocaña

Directora: Dra. Laura Palomino Garibay

Dictaminadores: Dra. Irene Aguado Herrera

Lic. María Luisa Hernández Lira



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	3
HOMOSEXUALIDAD.....	8
El elemento “perversión” en la homosexualidad.....	11
La noción de género en la teoría psicoanalítica.....	13
Lo social en la construcción de la homosexualidad.....	17
DE LA CONSTRUCCIÓN EXTERIOR A LA CONSTRUCCIÓN INTERIOR: REFLEXIONES SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD Y EL VIH.....	19
La construcción exterior de estigmas entorno a la homosexualidad y el VIH: exploración a través del periódico.....	25
ORGANISMO Y CUERPO EN LA ENFERMEDAD.....	37
La enfermedad y la subjetividad.....	38
La enfermedad del VIH.....	38
LA INTEGRACIÓN DEL ORGANISMO AL CUERPO.....	40
EL ACERVO SUBJETIVO DEL CUERPO.....	46
La madre.....	46
La hermana mayor.....	49
La hermana menor.....	50
El hermano.....	50
El padre.....	54
Los ciclos de reconstrucción.....	63
CONCLUSIONES.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	81

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (s.f.) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En contraste, la enfermedad se definió mucho antes de agregar un elemento patógeno, como “desequilibrio, castigo, pecado, desadaptación, sufrimiento, irregularidad, anormalidad...” (Gómez, 2002, p. 4). Al respecto, Baz (1996) señala que las significaciones atribuidas a la enfermedad esconden la problemática social que influye causando subjetividades enfermas.

Baz (1996) indica que todo sujeto tiene una apertura social que le permite formar su identidad, sin embargo, cuando la mirada del “otro” constituye su identidad en el rechazo de cualquier anormalidad, lo sitúa dentro del entorno social como transgresor y le exige algo que lo haga visible y por tanto controlable “a través de su localización en el espacio visible del cuerpo” (Baz, 1996, p. 17). En consecuencia la enfermedad señalada a nivel subjetivo se hace evidente en el organismo.

Por ello resulta importante el papel de la sociedad tanto en la salud como en la enfermedad, ya que “el entrecruzamiento de todos estos discursos acerca del sujeto, abre el espacio simbólico que habrá de contenerlo, de darle encuadre como ser concreto, inscribiéndolo en un conjunto de significaciones de su propia condición...: un ser social”. (Gaos, 2009, p. 26). Este intercambio social involucra la transmisión de lo simbólico y la inscripción de un sujeto a una identidad enferma.

La compleja experiencia social, plantea la necesidad de examinar el VIH desde una dimensión subjetiva del ser humano. Gaos (2009) señala que las teorías científicas tratan de crear un discurso universal, aunque ello implique la exclusión de lo singular y la preexistencia del sujeto a las formas de conocerlo. Por ello, la problemática que atañe al presente trabajo, es ubicar la manera singular bajo la cual, la persona con VIH se apropia de la enfermedad, desde sí misma y no desde las teorías preconstruidas, como el mismo Gaos (2009) lo señala “De ahí la importancia del Psicoanálisis y su tesis del inconsciente, que crea un sujeto en última instancia inaprensible.” (p. 19). Por lo tanto, el psicoanálisis, recupera la complejidad humana a través de sus propios sentidos, abriendo paso a su totalidad psicológica, social y biológica.

El virus de Inmunodeficiencia Humana, patógeno que provoca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en el cual, el sistema inmunitario deja de proteger al cuerpo de manera satisfactoria y se vuelve susceptible de infecciones, es una problemática social actual, que impacta en alto grado el estilo de vida de las personas que lo contraen. Las intervenciones al respecto pueden ser multidisciplinarias, aunque es necesario investigar terrenos diferentes del VIH, y retomar las aportaciones de la Psicología Social, la cual, propone una unión entre dos procesos importantes: los subjetivos y los sociales (Baz, 1996). Esta perspectiva permite “abordar distintas problemáticas psicosociales” (Baz, 1996, p. 11) relacionadas con la salud, específicamente la investigación sobre VIH desde una perspectiva que recupera la subjetividad. Al respecto, Bosch, E. & Ferrer, V.A. (2000) señalan que la Psicología Social de la Salud es la aplicación de técnicas y conocimientos de la Psicología Social a problemáticas de salud, con el fin de comprender y analizar cómo la enfermedad y la salud se ven afectadas por el sistema social.

La sociedad, no está deslindada de los casos de VIH que van en aumento, ni de las propuestas preventivas que no han dado resultados satisfactorios, quizás porque en ellas se oculta su influencia, y porque la medicina se apropia del estudio del VIH delimitándolo como un problema patógeno. Además, Córdoba, Ponce de León & Valdespino (2008), mencionan que el registro formal de los casos de VIH/SIDA realizado desde 1986 en México, presenta problemas de calidad, debido a que se basa principalmente, en estimaciones de casos reportados con retraso o en el subregistro de distintas instancias, lo que dificulta tener una estimación real del incremento de las infecciones. Sin embargo, confrontando datos de diferentes instituciones, se estimó un total de 115 651 casos del año 1983 al 2007, de los cuales, la mayoría corresponde a hombres (83%) y la minoría a mujeres (17%). De estos datos se desprende que el grupo de edad más afectado es el que va de los 15 a los 44 años (76.6%), seguido del grupo de 45 años en adelante (19%), y del grupo de 0 a 14 años (2.4%). También se encontró que la forma de transmisión predominante es la sexual, a través de lo que denominan “modalidad HSH”, es decir, hombres que tienen sexo con hombres. En cuanto al Distrito Federal, se encontró que es la entidad con mayor concentración de casos de SIDA en nuestro país: “50% de los casos se concentran en cinco entidades federativas: Distrito Federal (20 881), Estado de México (12 183), Veracruz (10 420), Jalisco (9 911) y Puebla (5 676)...La tasa de incidencia acumulada de SIDA muestra al Distrito Federal como la entidad más afectada por la infección con 236.9 casos por cada cien mil habitantes...” (Córdoba, Ponce de León, &

Valdespino, 2008, p. 103). Datos más recientes, del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA, 2010) indican que la estimación de casos acumulados de SIDA, del año 1983 al 30 de junio del año 2010, es de 141 356, lo cual muestra un incremento del año 2007 al 2010, de 25 705 casos, es decir, un equivalente de 8 568 nuevos casos de SIDA por año en nuestro país, sin contar aquellos que no son registrados. Sin embargo la misma institución, reportó que el número de casos detectados de VIH, del año 1985 al 2010, suman 30 924. Es evidente que las personas que desarrollaron SIDA estuvieron contagiadas de VIH, sin embargo, comparando las cifras de los casos estimados de SIDA con las cifras de casos detectados de VIH, se podría estar ante la posibilidad de que 110 432 infecciones de VIH hayan pasado desapercibidas antes de desarrollarse en SIDA. Éstos datos, presentan una problemática social de grandes magnitudes, ya que el VIH, más allá de su factor biológico, es una enfermedad que impacta los aspectos físico, psicológico, familiar, laboral y social, dependiendo de la subjetividad de cada uno y de los recursos que tengan a nivel psicológico, todo esto pone en cuestión la manera en la que se ha enfrentado la problemática.

Por otra parte, el aspecto teórico y metodológico, del estudio del VIH, y de acuerdo con la revisión documental realizada por Piña (2005) respecto a la producción de trabajos sobre reflexiones teóricas e investigaciones en el periodo de 2000 a 2004, se sabe que se ha dedicado mucho material al estudio de enfermedades crónico degenerativas, y que la mayoría se concentran en el VIH, sin embargo, llama la atención que las temáticas más tratadas, de acuerdo al número de publicaciones de este periodo son:

- 1) Conductas de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH
- 2) Uso del condón masculino y su relación con la transmisión del VIH
- 3) Creencias en torno a la enfermedad del VIH
- 4) Prevención del VIH
- 5) Reflexiones multidisciplinarias de la problemática del VIH
- 6) VIH y homosexualidad
- 7) Afrontamiento del VIH

Sobresale el hecho de que la mayoría de estos trabajos, se enfocan en la prevención primaria, es decir aquella que trata de evitar la aparición del VIH (temática 1-5), mientras que los trabajos dedicados a la prevención secundaria y terciaria (la prevención que busca retardar o detener la enfermedad) son escasos (temáticas 6 y 7). También se observa que los trabajos acerca del VIH se enfocan, en su mayoría a adolescentes y jóvenes estudiantes

de nivel medio superior y superior que no están infectados, los trabajos en los que participan sujetos con VIH son escasos y el estudio de la subjetividad nulo. Esto revela que las investigaciones sobre VIH, cuentan con una tendencia médica y epidemiológica, que mantiene el estudio de la temática a nivel biológico. Sin embargo, estudios sobre homosexualidad y VIH, afrontamiento, e incluso reflexiones multidisciplinarias, permiten la participación de la Psicología, y la contribución de enfoques que van más allá de la tendencia médica.

De ahí que resulte relevante, la producción de un trabajo en el que participen sujetos adultos con VIH y preferencia homosexual, pero tomando en cuenta la subjetividad que se involucra, e incluyendo un análisis cualitativo que rescate los aspectos del discurso de cada persona en su singular vivencia.

Asimismo, abordar la relación entre VIH y homosexualidad desde lo psicológico, es el punto de partida, que enuncia la necesidad de cambiar el estancamiento biológico característico del tema, a partir de lo cual, surge la pregunta ¿Cuál es la relación simbólica que existe entre la homosexualidad y el VIH?

Por lo tanto, el objetivo general de la presente investigación es identificar la relación simbólica que existe entre la homosexualidad y el VIH. Para tener un marco de referencia en función de lo que se está investigando, se realiza una aproximación de corte cualitativo, Martínez (1996) señala que la investigación cualitativa se utiliza para estudiar diversas problemáticas, desde diferentes disciplinas, y bajo distintas perspectivas metodológicas y epistemológicas que constituyen un sistema explicativo muy amplio. Castro (1996) por su parte, agrega que el método cualitativo focaliza los procesos sociales bajo el siguiente supuesto: “la realidad se construye socialmente y por lo tanto, no es independiente de los individuos” (p. 64). El resultado en el empleo de la metodología cualitativa es una interpretación de la subjetividad, en palabras de Castro (1996): “Los métodos cualitativos privilegian el estudio “interpretativo” de la subjetividad de los individuos, y de los productos que resultan de su interacción” (p. 64).

En la presente investigación, participó Román Alexis, varón soltero de 37 años, ingeniero y encargado de relaciones públicas en una institución gubernamental importante, derechohabiente del Hospital General Tacuba perteneciente al ISSSTE. Se entrevistó a Román en un cubículo, ubicado al lado del consultorio destinado para el programa de VIH

del H.G. Tacuba, en la división de medicina preventiva. Además, se utilizó el dispositivo de la entrevista a profundidad, y se realizó el análisis del discurso, empleando algunas categorías de corte psicoanalítico –cuerpo, homosexualidad, enfermedad y subjetividad–, con ello se interpretó el caso de Román, una persona con elección de objeto homosexual y con VIH, que nos proporcionó el corpus del cual, se realizó el análisis del discurso.

Realizar un trabajo de este tipo tiene implicaciones en el campo de la Psicología, ya que nos permite ver el fenómeno a profundidad, y es una condición básica para cambiar la manera homogénea de pensar lo que surge en el cuerpo.

HOMOSEXUALIDAD

“La ley interpreta el deseo”

(Chazaud, 1976, p. 16)

Baz (1996) explica que la palabra “homosexual” se deriva del griego *homo* cuyo significado es equivalente a mismo o igual. Además, retoma dos conceptos que juegan un papel indispensable en la descripción de la homosexualidad: Objeto sexual (aquello hacia lo que se dirige la atracción sexual) y fin sexual (acto hacia el que se dirige el instinto). En el caso de la descripción de la homosexualidad, el objeto sexual usualmente es una persona del mismo sexo, y el fin sexual pudiese ser tan versátil como en la relación heterosexual.

Alcazar & Cruz (1999) recopilan diferentes conceptos de homosexualidad pertenecientes a las décadas de los 60's y 70's, que pueden servir para indagar sobre el significado popular o individualizado sobre la homosexualidad:

- 1) “Atracción erótica definida y preferencial hacia miembros del mismo sexo y que de modo habitual tienen relaciones sexuales abiertas con ellos” (p. 64)
- 2) “Actividades en las cuales el efecto de atracción y de estimulación resulta del atractivo que se experimenta por alguien del mismo sexo” (p. 64), lo cual involucra una serie de actividades no definidas que impide la delimitación clara de las actividades que bajo esta definición podrían resultar homosexuales.
- 3) Alcazar & Cruz (1999) señalan que durante los 70's, la homosexualidad se denotaba en:
 - a) “Persona que mostraba pública y privadamente las características del sexo opuesto” (p. 64).
 - b) “Individuo que había experimentado contactos conducentes al orgasmo con un individuo de su propio sexo” (p. 64).

Alcazar & Cruz (1999), además señalan que la palabra homosexual es un: “Término aplicable tan sólo a aquellos individuos que sentían un deseo sexual urgente y quienes buscaban la satisfacción de dicho deseo en forma predominante con individuos del mismo sexo” (p. 64).

- 4) La homosexualidad también se definió como la “capacidad para amar al propio sexo” (Alcazar & Cruz, 1999, p. 64).

Un evento importante que marca un cambio en la concepción de la homosexualidad se ubica en 1974, cuando la Asociación Psiquiátrica Americana deja de incluir en sus libros a la homosexualidad como un trastorno mental tratable y se retoma como una forma de “conducta sexual” (Alcazar & Cruz, 1999, p. 85).

Sin embargo, la poca claridad sobre el tipo de relaciones que resultan homosexuales es reiterativo y se refleja en las definiciones posteriores sobre la homosexualidad, por ejemplo, se enunció como “el gusto que tienen algunas personas para relacionarse afectiva (emocionalmente) y/o eróticamente (en búsqueda de excitación u orgasmo sexual) con personas del mismo género” (Alcazar & Cruz, 1999, p. 85).

Lo cierto es que todas estas definiciones contienen el significado colectivo y a su vez se imprimen en lo personal. Un ejemplo de la concepción popular referente a la apariencia designada para la homosexualidad en México, es la siguiente: “todos los homosexuales son afeminados en su constitución física, en sus modales o bien son personas débiles” (Alcazar & Cruz, 1999, p. 69). Aunque no necesariamente ocurra de ese modo.

Sin embargo, más allá de las concepciones preconcebidas acerca de la homosexualidad, y en vista de la multiplicidad de conceptos generados, es necesario regresar a una visión de origen, alejada de los referentes típicos entorno a la homosexualidad, con el fin de tener un acercamiento más objetivo, que permita identificar algunos elementos inmersos en el fenómeno del VIH y la homosexualidad, nos remitiremos a la teoría psicoanalítica.

Alcazar & Cruz (1999) señalan que, en términos Freudianos, la descripción de la homosexualidad se vuelve en torno al actor, es decir, al homosexual, y no a la homosexualidad, así, define a los *homosexuales o invertidos* como las personas cuyo objeto sexual son personas del mismo sexo, debido a que hace referencia a la fábula de la división humana en dos entidades: hombre y mujer. Por ello, llega a la conclusión de que lo natural, es la tendencia de estas dos entidades a reunirse en el amor.

Cabe señalar, que las distinciones entre ‘Homosexual’ y ‘Homosexualidad’ han generando diversas nociones, por ejemplo, Alcazar & Cruz (1999) recuperan la siguiente clasificación que se hace del término ‘Homosexual’.

- a) Homosexual encubierto “Se encuentran en toda la gama de ocupaciones en nuestra sociedad, ellos “pasan” por heterosexuales en la mayoría de sus negocios y

relaciones sociales, hasta pueden estar casados, ser padres de familia, pueden llevar una “vida doble” o limitar su conducta homosexual a los períodos en que están alejados del hogar, como es el caso de los varones que participan en aventuras heterosexuales extramaritales” (p. 68)

- b) Homosexual manifiesto “Constituyen un grupo menor, han abandonado todo fingimiento y abiertamente confían en la comunidad homosexual para la gratificación de sus necesidades sexuales, estos hombres trabajan en profesiones en las que o son tolerados o en las que no hay castigo y tal vez hasta haya algunas ventajas por ser homosexuales” (p. 68)

Alcazar & Cruz (1999) también recuperan dos clasificaciones del concepto ‘Homosexualidad’:

- a) Homosexualidad periférica: se refiere a la homosexualidad manifestada a una edad avanzada.
- b) Homosexualidad verdadera o definida: la definen como una “orientación permanente e involuntaria hacia una persona del mismo sexo” (p. 68)

En cuanto a la clasificación psicoanalítica de ‘homosexual’ recuperada en Alcazar & Cruz (1999) se encuentra la siguiente descripción:

- 1) “Invertidos absolutos, su objeto sexual tiene que ser de su mismo sexo, ya que el sexo opuesto despierta en ellos repulsión sexual” (p. 36)
- 2) “Invertidos anfígenos (hermafroditas psicosexuales), cuyo objeto sexual puede pertenecer a uno u otro sexo” (p. 37)
- 3) “Invertidos ocasionales: bajo ciertas condiciones exteriores pueden tener como objeto sexual a una persona del mismo sexo y obtener satisfacción en el acto sexual...” (p. 37)

Por otra parte, la teoría psicoanalítica explicó el origen de la homosexualidad, en función del complejo de Edipo y del complejo de castración: “Los intentos psicoanalíticos para describir la dinámica de la homosexualidad empiezan en la suposición de que todos los niños son “perversos polimorfos” y que por varias razones algunos sobrepasan y reprimen estas tendencias infantiles perversas. Las razones pueden incluir, por ejemplo, lazos edípicos no resueltos (para evitar conflictos, el niño puede haberse ligado sexualmente al padre del mismo sexo y puede llevar ese patrón a su vida adulta) o angustia de castración

(en el que los varones se desposan con hombres porque la vista de los genitales femeninos evocan sus temores infantiles de que ellos también pueden perder el pene)” (Alcazar & Cruz, 1999, p. 69). Para Rubí (1998) el complejo de castración implica todos los miedos de un infante de perder el pene, ya sean conscientes o inconscientes, además señala: “Los niños comienzan amando a sus madres pero la angustia de castración los frena y surge entonces, como respuesta una identificación con el padre (deseando posteriormente ser su sustituto con la madre) o bien identificándose con su madre «castrada» (amando a su madre, imaginándose a sí mismos como objeto de amor para su padre), o bien identificándose de ambas maneras” (p. 38). Lo cual, en el primer caso establece las bases de la heterosexualidad, en el segundo de la homosexualidad y en el último de la bisexualidad.

El elemento “perversión” en la homosexualidad

Perversión, es una palabra que proviene del latín “pervertere, que significa volver, invertir...” (Bonnet, 1992, p. 8). Éste concepto coincide con la designación “invertido” que Freud utiliza para las personas homosexuales, en ese sentido, Freud define la perversión como “una vuelta o una inversión de meta o de objeto en el ejercicio de la sexualidad.” (Bonnet, 1992, p. 9).

Sin embargo, Bonnet (1992) señala que en la época actual, la palabra perversión puede resultar inadecuada, debido a que se presta a mal interpretaciones, por ello, utiliza la expresión “peculiaridad sexual” para definir las perversiones en el terreno sexual, y define a los perversos sexuales como “las personas cuya sexualidad se ejerce de manera muy singular, sin que, sin embargo, ellas lo hayan deseado o decidido conscientemente” (Bonnet, 1992, p. 5).

Roudinesco (2009) realiza una aclaración en torno al concepto, cuando señala que la perversión existe por la noción de ley, es decir, toda desviación de la ley establecida dentro de una sociedad, se convierte en perversión: “...la perversión sólo existe como un desarraigo del ser respecto al orden de la naturaleza” (p. 14). Además, está presente en cualquier esfera social: “...constituye un fenómeno sexual, político, social, psíquico, transhistórico, estructural, presente en todas las sociedades humanas”. (Roudinesco, 2009, p. 14). Por lo tanto, la homosexualidad se presenta como perversión en función de una problemática con la ley.

Por otra parte, Bonnet (1992) explica que Freud clasifica las perversiones en dos rubros: perversiones de objeto y de meta. En el caso de la homosexualidad, el tipo de perversiones que nos atañen son las perversiones de objeto, éstas se subclasifican en objeto humano (íntimamente ligadas a la evocación del compañero prohibido: la madre); Y objeto no humano (el equivalente a un objeto humano). Para Bonnet (1992), la homosexualidad es una perversión que involucra la preferencia por un objeto humano considerado anormal:

“Se designará como objeto a la persona o la realidad sustituta que ejerza el atractivo sexual dominante... Hay perversión cuando se produce una fijación por un objeto en detrimento de los otros y, en particular, del objeto que se considera como normal.” (p. 28). Con esta noción, la homosexualidad se reitera como una anormalidad en función de la ley.

Las palabras iniciales de Bonnet (1992) en su libro *Las perversiones sexuales*, ubican la noción de perversión como la práctica realizada fuera de la ley con respecto al fin para el cual se establece determinada práctica, además, indica el carácter delictuoso que adquieren las prácticas perversas:

“Una práctica que se desvía del fin para el que parece ordenada normalmente, ¿no es delictuosa por definición? Y, ¿no hay razón de considerar toda perversión como un delito o, de manera más moderada, como un error que hay que combatir si no es que hay que evitarlo a toda costa?” (Bonnet, 1992, pp. 7)

Lo cierto es que éste fenómeno se sitúa en procesos inconscientes. El elemento inconsciente juega un papel muy importante para la actuación perversa, Bonnet (1992) señala que los perversos están conducidos por el inconsciente: “...actúan fuerzas que los llevan a las estratagemas más tortuosas, pero se trata de fuerzas inconscientes de las que ellos son los primeros en pagar el precio y cuya mira es siempre el placer sexual” (p. 8).

En este punto muestra el sentido de las perversiones. Señal que toda perversión es realizada bajo la forma de un escenario o una puesta en escena y un impulso. El “escenario o puesta en escena” consiste en la conjugación de una serie de elementos repetitivos e indispensables para llevarse a cabo; Y el “impulso o deseo irresistible” que no es controlable debido a su origen inconsciente y que además puede ser justificado de muchas maneras por el perverso, pero que a fin de cuentas “apuntan a un gozo autoerótico del que se está excluido el compañero” (Bonnet, 1992, p. 9). Para Chazaud (1976), el sentido del perverso es una búsqueda que consiste en “actualizar, con obstinación, angustia o

terquedad, lo que ha perdido para siempre: una satisfacción «infinita», pero reconstruida demasiado tarde” (p. 12).

Cabe señalar que Freud indicó a la homosexualidad como una práctica perversa, debido a que se lleva a cabo fuera de la ley, sin embargo, Bonnet (1992) hace la acotación de que la práctica homosexual, puede llevarse a cabo, mostrando síntomas adicionales cuando se asocia a actitudes perversas como sadismo, masoquismo, entre otras; Cuando utiliza modalidades como escenarios o ritos; Y cuando “...lo que se erotiza es el hecho mismo de la inversión en la elección del sexo; el homosexual perverso no es indiferente a la visión de una mujer, por el contrario, pero él experimenta deseo irresistible de transferir excitación sobre otro sexo” (Bonnet, 1992, p. 101).

Sin embargo, la importancia del inconsciente no se limita en la práctica denominada perversa, tal y como Bonnet (1992) lo indica, el impulso de muerte se hace presente como sentido de la práctica: “Esta vez la referencia al inconsciente no pone en juego tan sólo la pulsión parcial y el deseo de incesto, sino la delicada interrelación entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte, de las que cada perversión, por algunos procesos esenciales, representa un ensayo más o menos logrado que consiste siempre, en anticipar la muerte, en dominarla y en fijarla en un sistema en el que esté claramente situada. El juego con la muerte, tan evidente en el mito de don Juan, domina de tal manera la escena, de un extremo al otro, retardando el final que se ha hecho omnipresente.” (p. 32). Ésta es una forma de explicar por qué algunos homosexuales buscan relaciones sexuales peligrosas que los ponen en riesgo de contraer VIH.

La noción de género en la teoría psicoanalítica

Si bien la homosexualidad se nos revela a través del psicoanálisis como una práctica perversa por permanecer fuera de la ley, el estudio mismo de las perversiones demuestra que algunos sujetos tienen dificultad para seguir el destino de sus funciones anatómicas. De esta forma, el pensamiento psicoanalítico permitió ampliar el estudio de la sexualidad más allá de la anatomía, indicando una subjetividad que le otorga al cuerpo significaciones que determinan su comportamiento. Lo cual, marca la pauta para el reconocimiento entre sexo y género. Dio Bleichamar (1991) define esta distinción: “Bajo el sustantivo género se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad/masculinidad, reservándose sexo para los componentes biológicos, anatómicos y

para designar el intercambio sexual en sí mismo.” (p. 4). Ambos elementos se conjugan para conformar la identidad en un sujeto:

“Este pasaje del cuerpo a lo simbólico en la determinación de la identidad, hasta hoy llamada identidad sexual –justamente por el peso atribuido a la marcación anatómica– y que de ahora en adelante debiéramos denominar identidad de género, contribuye a reintroducir en la teorización psicoanalítica una orientación que los propios trabajos de Freud...interrumpieron: la importancia de la realidad psíquica...de lo simbólico, como órdenes fundantes” (p. XVI).

Sin embargo, Dio Bleichmar (1991) precisa que sólo se puede construir una perspectiva amplia sobre la sexualidad humana tomando en cuenta la conjunción del sexo, el género y la elección de objeto: “Para describir el perfil psicosexual de una persona, actualmente se requieren tres especificaciones: el sexo anatómico, el género y el tipo de sexualidad en relación al objeto. Las combinaciones son múltiples” (p. 13). Esta concepción devela una gran variedad psicosexual, sus elementos se describen de la siguiente manera:

- 1) El sexo anatómico: se refiere a los genitales externos del recién nacido, por los cuales se le identifica como hombre o como mujer (Dio Bleichamar, 1991).
- 2) La identidad de género: es el sentimiento consciente o inconsciente que tiene el sujeto de pertenecer a una categoría (masculino o femenina). De acuerdo con Dio Bleichamar (1991) la identidad de género se deriva de:
 - La actitud de “otros” (padres, hermanos y más tarde sus iguales) desde el nacimiento, con respecto a la masculinidad o feminidad atribuida al niño, que no necesariamente corresponde con la anatomía (por ejemplo, una madre que trata como niña a su hijo varón).
 - La autopercepción del niño con respecto a sus órganos genitales, “«soy nena» o «soy varón»” (p.6), determinada por la presencia de pene en el varón y la ausencia del mismo en la mujer.
 - La noción de masculinidad o feminidad, que se consolida cuando el niño conoce consciente o inconscientemente el deseo de sus padres de verlo masculino o femenina y tratan de comportarse de acuerdo a ello. Así se consolida el rol de género descrito por Dio Bleichamar (1991) como: “El

conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado” (p. 9). Sin embargo, el sujeto está en la posibilidad de asumirlo o rechazarlo.

- 3) La elección de objeto: “se refiere a la orientación o preferencia del sexo que debe poseer el compañero sexual” (Dio Bleichamar, 1991, p. 12).

Tomando en cuenta las especificaciones de Dio Bleichamar (1991), la sexualidad no necesariamente se define a partir de la anatomía, en otras palabras, la presencia de pene o vagina no es un rasgo definitivo de la conducta masculina o femenina respectivamente y mucho menos de la elección de objeto. Las combinaciones son variadas (ver cuadro 1) y se perfilan por el contacto social.

Bajo esta perspectiva, la homosexualidad se presenta como una variante más en un mar de vínculos entre sexo, género y elección de objeto, de la sexualidad humana, donde la elección de objeto no afecta al género ni al núcleo arcaico del sexo.

<i>Sexo</i>	<i>Género</i>	<i>Elección de objeto</i>
Hombre	masculino	heterosexual
Hombre	masculino	homosexual
Hombre	afeminado	heterosexual
Hombre	afeminado	homosexual
Hombre	travestido	heterosexual
Hombre	travestido	homosexual
Hombre	transexual	heterosexual
Mujer	femenina	heterosexual
Mujer	femenina	homosexual
Mujer	masculina	heterosexual
Mujer	masculina	homosexual
Mujer	transexual	heterosexual

Cuadro 1. *De El feminismo espontáneo de la histeria* (p. 14), por Dio Bleichmar, E., 1991, España: Siglo XXI.

Esta postura requiere una reflexión sobre la vigencia de los estereotipos sociales, que hasta ahora, sólo enmarcan en su norma al hombre-masculino-heterosexual, sin asumirlo con toda su diversidad. Esta concepción tan severa del hombre, pone en tela de juicio la anormalidad de la homosexualidad, que finalmente es parte de la humanidad del hombre.

Finalmente, resulta necesario realizar una descripción de las peculiaridades que existen en el comportamiento homosexual, el cual, se caracteriza por la noción de secreto, la noción de desafío, y el proceso de exclusión.

- a) La noción de secreto: la práctica se vive y se realiza en el ámbito de lo privado, por ende, la persona tratará siempre de ocultarlo y mantenerlo en secreto, debido a la criminalidad que involucra, sin embargo, Bonnet (1992) indica que existe cierto deseo por dejar de ocultarlo:

“El hombre esta partido entre el deseo de salvaguardar su secreto y la necesidad de realización inscrita en su síntoma...” (p. 105).

Roudinesco (2009), coincide en que el secreto no narrado emerge:

“Estas vidas paralelas y anormales no se narran, y por lo general no tienen otro eco que el de su condena. Y cuando adquieren celebridad es debido a la fuerza de una criminalidad excepcional, considerada bestial, monstruosa, inhumana, y contemplada como exterior a la humanidad misma del hombre.” (Roudinesco, 2009, pp. 9 y 10).

- b) La noción de desafío: en toda sociedad, el orden social se define por la noción de ley, y el desafío se desarrolla en este terreno. Roudinesco (2009) describe en su libro “Nuestro lado oscuro” tres etapas históricas de la ley. La primera, ubicada en la antigua Grecia, en donde los dioses eran el símbolo de la ley, se castigaba la desmesura y el destino de los hombres estaba a merced de los dioses. La segunda, dispuesta en la época medieval, marca la ley a través de Dios, el cual, tiene la capacidad de redimir castigando. Finalmente, la etapa de la Ilustración define un paso crucial en la etapa moderna, es decir, la ley definida a través de la naturaleza, ante esto Roudinesco (2009) advierte de la interpretación que se puede dar a la naturaleza: “En tal caso sólo constituiría la expresión sensual de un intenso deseo de permitir el goce del cuerpo según el principio de un orden natural al fin entregado a su poder subversivo” (p. 47).

Lo importante al rescatar las etapas de la ley, es recuperar la figura del padre presente a través de la historia, bajo diferentes símbolos, pero siempre ligado al orden social, que comienza en un primer núcleo: la familia. Y la familia occidental fue “Fundada durante siglos en la soberanía divina del padre...” (Roudinesco, 2004, p. 11).

Aquello que no se apega o que surge como un desarraigo a la ley del padre, se alterna con una búsqueda de cohesión social a través del sufrimiento: “...la travesía del sufrimiento y la degradación conduce a la inmortalidad, suprema sabiduría del alma” (Roudinesco, 2004, p. 21). Es así como el sufrimiento se convierte en un objeto socialmente valorado y por consiguiente logra la cohesión social que había sido fragmentada por el desarraigo a la norma. Roudinesco (2009) ilustra éste fenómeno con las historias de los santos que después de desafiar la ley paterna, es decir, la ley de Dios, alcanzaron la santidad a través del sufrimiento infringido por cuenta propia, como en el caso de la flagelación y las diferentes formas de degradación del cuerpo.

Bonnet (1992) señala que en el caso específico de la homosexualidad se desafía al padre idealizado en el terreno de lo imaginario, la respuesta a este desafío puede ser de represión y rechazo, o de persuasión dirigida a evitar la práctica homosexual, y estas reacciones sólo tienen el efecto de reforzar lo que se quiere evitar.

Cabe señalar que la homosexualidad, es un desafío a la ley, que desde el punto de vista de Roudinesco (2009), surge como resultado de la decadencia de la autoridad y de la ley del padre.

c) El proceso de exclusión: el placer sexual se hace exclusivo, es decir, se excluye otra forma de placer sexual y la práctica perversa se basta a sí misma. Roudinesco (2009) señala que la perversión refleja: “la fascinación por la muerte, la gran maldición del goce ilimitado” (p. 15). Quizás en esto coincida con Bonnet (1992), quien señala que el placer y/o el goce ilimitados se bastan a si mismos.

Lo social en la construcción de la homosexualidad

Las descripciones y los conceptos dados anteriormente, son producto de discursos que pertenecen al orden social, Ya Julien (2002) lo mencionaba:

“...el poder político o religioso y, más tarde, el saber psiquiátrico, ha multiplicado las denominaciones: pederastia, pedofilia, infamia, sodomía, inversión, uranismo, safismo, y, finalmente, desde 1869, homosexualidad. Y esto hasta el día en que los propios sujetos escogieron nombrarse a sí mismos gays o lesbianas.” (p. 82).

Sin embargo, la dimensión social y la intervención individual, se intercalan en una cadena sucesiva sin cesar, porque la homosexualidad se teje en un entorno específico. La variedad del medio en que se desarrolle la homosexualidad permite que aquello que resulta bien visto en un entorno social, sea rechazado en otro, dependiendo de la noción de ley que se establezca. Por ejemplo, en occidente, comúnmente se rechaza la homosexualidad, mientras que en algunas tribus africanas que aún permanecen alejadas del mundo occidental (keraki, siwa y kawai) se rechaza la heterosexualidad:

“Los kerakis mirarían como anormal al hombre que, en el periodo anterior al matrimonio, se retrajese de las relaciones homosexuales. Entre los siwas del norte de África la homosexualidad ha alcanzado una elevada proporción: allí, todos los hombres y jóvenes practican la relación anal. Los hombres que no se entregan a estas prácticas son considerados anormales...Los kiwais tienen costumbres muy parecidas” (López, 1988, p. 144).

De ahí se desprende la importancia del elemento social que interviene en la concepción de la homosexualidad y en la forma de vivirla. Quizás, vivir una homosexualidad sana (refiriendo al término “sano” de acuerdo a la OMS (s.f.) como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”) dependa en gran medida de la normas que se tengan, y muy probablemente el medio social en el que vivimos se encuentre desprovisto de los medios para permitir una homosexualidad sana.

En consecuencia, la normativización, por una parte, se involucra en la estigmatización de la homosexualidad, y por otra, en el intercambio sexual clandestino que incrementa la problemática del VIH.

DE LA CONSTRUCCIÓN EXTERIOR A LA CONSTRUCCIÓN INTERIOR: REFLEXIONES SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD Y EL VIH

El cuerpo es en primera instancia un conjunto de elementos físicos. Sin embargo no deja de ser un compuesto complejo y simbólico en la medida que se desarrolla dentro de un medio social que lo reconoce, lo denomina y genera una forma muy peculiar y casi especializada de insertarlo en su medio.

Le Bretón (2002) señala que la relación con los “otros”, es un referente que permite la adquisición de rasgos simbólicos, que a su vez, le dan sentido al cuerpo del actor social, actor, porque ingresa como tal a un escenario previamente montado: el social.

Al respecto Goffman (1963) explica que el escenario social esta provisto de “expectativas normativas”, en otras palabras, se espera que las personas sean y actúen de acuerdo a categorías previstas como el sexo o la edad por ejemplo, que a su vez se condensan en denominaciones más complejas como hombre-mujer o niño-adulto. Como resultado de dichas expectativas, la sociedad demandan actuaciones acordes entre cada categoría de personas y su escenario social, esto es la asignación de una “«identidad social»” (Goffman, 1963, p. 12).

Sin embargo, una persona puede resultar transgresora de la norma cuando tiene alguno de los siguientes atributos: “deformidades físicas”; signos “tribales de la raza, la nación y la religión”; “defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales...por ejemplo...homosexualidad” (Goffman, 1963, p. 14). Dichos atributos se convierten en el rasgo que define al individuo como “... inhabilitado para una plena aceptación social” (Goffman, 1963, p. 7), en otras palabras, a través de atributos distintivos de la persona, se le estigmatiza, y se le define en función del estigma que se exhibe socialmente¹.

A continuación se describen las dos maneras descritas por Goffman (1963), de exhibir el estigma en lo social.

¹ Goffman (1963) explica que el estigma fue un término acuñado por los griegos para nombrar signos corporales que exhibían algo malo como la esclavitud, la traición o la criminalidad, y que posteriormente, con la llegada del cristianismo se llamó estigma a los signos corporales de gracia divina o de perturbación física. Aunque en la actualidad las designaciones de “lo malo” han cambiado.

- 1) Mediante Signos Visibles, en tanto involucran un impacto en los ojos, del observador y del que los exhibe (como los triángulos rosas cosidos en la ropa por los nazis para reconocer a los homosexuales; los tatuajes como propuestas de ley en California a mediados de los 80's: "toda persona diagnosticada con sida debería ser tatuada en la parte superior del antebrazo, para proteger a los usuarios comunes de agujas, y en las nalgas, para impedir la victimización de otros homosexuales" (Landau, 2011); o los actuales tatuajes de escorpiones, signos biológicos o cintas rojas, hechos a voluntad "... para que los demás sepan que ellos son VIH positivos, para que no tengan que decirlo" (Landau, 2011).



- 2) A través de la llamada "Teoría del estigma" compuesta por ideologías que generan explicaciones y términos en torno a una "desviación social".

En consecuencia, el cuerpo que por una parte es orgánico y por otra simbólico, ya sea estigmatizado o no, tal y como lo señala Le Bretón (2002) adquiere simbolismos, representaciones e imaginarios, todos ellos provenientes de lo social, pero interiorizados y muy probablemente reproducidos o representados en el organismo. Por ello, se imprimen dos vertientes de construcción del cuerpo simbólico, la primera, social: "El cuerpo, es modelado por el contexto social...en el que se sumerge el actor..." (Le Bretón, 2002, p. 7); Y la segunda, individual, por la forma personal de apropiación social. Por lo tanto el cuerpo se vuelve un todo donde se vierte "la existencia individual y colectiva" (Le Bretón, 2002, p. 7) en una serie de símbolos, representaciones e imaginarios. A este conjunto de procesos, Le Breton (2002) los denomina "procesos de socialización de la experiencia corporal" (p. 7), o en otras palabras: socialización del cuerpo.

Una de las socializaciones del cuerpo es la enfermedad. León & Medina (2002) la citan de la siguiente manera:

"La enfermedad es: Una desviación social caracterizada por el fracaso o incapacidad de una persona en desempeñar su rol habitual y responder a las expectativas que los demás y él mismo tienen acerca de su conducta, cayendo en una situación de dependencia definida por expectativas institucionalizadas socialmente" (p. 15).

De acuerdo con la definición de enfermedad anteriormente citada, toda desviación en las expectativas sociales, denotada por la sociedad y asimilada por el individuo, implica una situación de enfermedad. Es así como se infiere el concepto de homosexualidad como enfermedad.

Además, cuando el cuerpo se denomina enfermo, la sociedad envía mensajes sobre el cuerpo de los “enfermos” y éstos, según León & Medina (2002) “perciben los mensajes de su cuerpo-definen e interpretan estos mensajes” (p. 18). Así, el proceso de enfermar resulta de la suma de lo social (que envía mensajes, símbolos, imaginarios...) más lo individual (que asimila e interioriza lo que recibe):

“Los determinantes de...expresión de la enfermedad son las influencias sociales y lo...individual” (León & Medina, 2002, p. 19).

Ahora bien, cuáles son los medios de los que se vale la sociedad para realizar tales construcciones. Según Le Bretón (2002), la primera instancia de socialización se da en la familia, y posteriormente interviene la institución educativa, ambas formas se pueden explorar a través de la experiencia personal como dato a nivel micro, sin embargo, Le Breton (2002) indica que la socialización del cuerpo “...no se detiene en la infancia, prosigue durante toda la vida según las transformaciones sociales y culturales que se imponen” (p. 10), ampliar la socialización del cuerpo más allá de lo familiar y educativo, permite el ingreso de datos a nivel macro, que aportan mayor información sobre los elementos de socialización del cuerpo.

En este sentido, los medios de comunicación, son un agente clave en la socialización actual, sin embargo, la televisión y la radio resultan poco útiles para un análisis por su difícil documentación, empero, los medios escritos no presentan dicho inconveniente. Entre los medios de comunicación escrita, dos resultan de vital importancia para recabar datos sobre la socialización del cuerpo enfermo... y del cuerpo enfermo con VIH, ya que son “influyentes e influidos” (De Fontcuberta & Borrat, 2006, p. 171) de la sociedad, por lo tanto, son excelentes testimonios de la acumulación de simbolismos e imaginarios:

1) Los medios escritos de divulgación científica, resultan importantes por la sociabilización de los descubrimientos: “Con la modernidad se ponen al servicio de la opinión... los descubrimientos científicos de los investigadores...para encontrar su realización en “lo que se dice” en la plaza pública y otros medios de comunicación”.

(Julien, 2002, p. 30). Otra razón por la cual los medios de divulgación científica resultan importantes, es el rango de “expertos”, o “terceros sociales”, mismo que permite exponer la realidad ante ellos, y da pie a una construcción social en torno al conocimiento que generan (Julien, 2002). Es también una manera de obtener información social de lo desconocido (Goffman, 1963). Como lo menciona (Alveano, 2001) “La promoción que se hace por la radio, la nefasta televisión mercantil, el cine, la prensa y otros medios impresos...son –no obstante– imanes para quien no tiene brújula” (p. 63). Gaos (2009) también señala algo al respecto:

“La realidad del sujeto se ajusta, aunque no exclusivamente, al conocimiento que de ella da el saber dominante...” (p. 64).

En este sentido, qué conocimiento se ha generado de los temas “VIH” y “Homosexualidad”. Una consulta hecha en el portal electrónico de la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM, permite vislumbrar la forma en que la ciencia aborda el VIH y la Homosexualidad, ya que presenta el material de sus 94 bibliotecas (de bachillerato a posgrado) más una red de bibliotecas externas. En la consulta, se encontró que los artículos mexicanos de Psicología sobre VIH, se enfocan principalmente en “la prevención”² buscando cómo evitar la enfermedad, y en “las conductas de riesgo” con el fin de encontrar la etiología del contagio. También se abordan otras temáticas de manera escasa.

Cabe señalar que de casi dos mil trabajos sobre VIH, sólo noventa y cuatro son mexicanos y de Psicología, el resto de los artículos son predominantemente de medicina. Además, en la UNAM sólo se han producido once tesis sobre VIH, una en el año 2010 y el resto en el 2011. Estas tesis abordan el tema desde las siguientes especialidades: Medicina (medicina familiar, medicina interna, infectología, nefrología y ciencias biomédicas), Químico Farmacéutico Biólogo, Odontología, Arquitectura, y Ciencias Políticas y Sociales. La mayoría de estas tesis son de Medicina.

² **Prevención primaria:** Comunicación entre madres e hijos adolescentes, Talleres, Competencias funcionales y diseño de instrumentos para medirlas, Uso del condón en estudiantes universitarios, Programa escolarizado para adolescentes con un equipo contra el VIH/SIDA, Intervención en adolescentes, Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en un grupo de hombres que tienen sexo con hombres en una comunidad rural de Yucatán. **Prevención secundaria y terciaria:** Estrés, Grupos terapéuticos para personas con VIH y SIDA, Calidad de vida en personas con VIH/SIDA. **Conductas de riesgo:** Conductas de riesgo en jóvenes con pareja, Percepción de riesgo ante el contagio de VIH en estudiantes universitarios, Comportamientos de riesgo y motivos subyacentes, Comportamiento de riesgo en mujeres mexicanas que trabajan en una maquiladora, Comportamientos de riesgo en adolescentes y adultos jóvenes, Sexualidad en México y conductas de riesgo. **Otras temáticas:** Evaluación familiar y del desarrollo de hijas de padres con VIH/SIDA, El SIDA desde el Modelo psicológico de la salud biológica, Diferencias de género en personas que viven con VIH, Participación ciudadana en Jalisco ante el VIH, Diferencias del VIH por entidad, Concepciones del VIH y del SIDA, Representación social del VIH/SIDA en personas que viven y trabajan en centros penitenciarios mexicanos

Piña (2005) señala que el VIH ha sido muy abordado pero que los trabajos que conjuntan los temas de VIH y Homosexualidad son muy escasos. En su investigación sobre la producción de trabajos sobre reflexiones teóricas e investigaciones en el período de 2000 a 2004, indica que se ha dedicado mucho material al estudio de enfermedades crónicas degenerativas, y que la mayoría se concentra en el VIH, sin embargo, llama la atención que las temáticas más tratadas de acuerdo al número de publicaciones de este periodo son: 1) Conductas de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH, 2) Uso del condón masculino y su relación con las infecciones de VIH, 3) Creencias en torno a la enfermedad del VIH, 4) Prevención del VIH, 5) Reflexiones multidisciplinarias de la problemática del VIH, 6) VIH y homosexualidad, 7) Afrontamiento del VIH. Sobresale el hecho de que la mayoría de estos trabajos se enfocan en las temáticas 1-5, mientras que los trabajos de la temática 6 y 7 son escasos. También se observa que los trabajos acerca del VIH se enfocan, en su mayoría a adolescentes y jóvenes estudiantes de nivel medio superior y superior que no están infectados, los trabajos en los que participan personas que viven con VIH son escasos.

En cuanto al tema “Homosexualidad”, los pocos artículos que se han escrito, se concentran más en revisiones teóricas y conceptuales de la temática³, además de abordar temas diversos que estigmatizan a la homosexualidad. Aunque parezca absurdo, hay un artículo sobre “Técnicas experimentales en el tratamiento del homosexualismo y su aplicación” tan sólo por el título se estigmatiza a la homosexualidad como una enfermedad susceptible de tratamientos experimentales. Y el segundo artículo del mismo estilo estigmatizante se llama: “Responsabilidad en el amor: una reivindicación de las minorías sexuales” que además de señalar a los homosexuales como “minorías sexuales” proponen la corrección de su “irresponsabilidad” causante de enfermedades como el VIH, con el fin de reivindicarse ante la sociedad. Son pocos los trabajos que reflejan una preocupación por las personas que están detrás de la marca “homosexual”. El resto, lo presentan como problema estadístico, familiar, de género, o como ya se mencionó, una enfermedad irresponsable. Habría que ponerse a pensar sobre el “conocimiento” que estamos arrojando a la sociedad y los efectos potenciales del mismo.

³ **Artículos sobre revisiones teóricas:** Homosexualidad y Psicoanálisis, Homosexualidad femenina, Concepto de homosexualidad y su impacto en la educación sexual del profesional de la salud, Ideologías de la homosexualidad, Masculinidad y feminidad mexicana y su relación con la homosexualidad, Hombres- cuerpo- género y sexualidad, Sexo entre varones, Conceptos del fenómeno SIDA. **Otros temas:** Terapia de Grupo, Celos, Responsabilidad en el amor: una reivindicación de las minorías sexuales, Técnicas experimentales en el tratamiento del homosexualismo y su aplicación, Homosexualidad-sociedad y Estado de México, Madre de un homosexual, Estigmatización hacia los enfermos de sida entre universitarios, Homoerotismo, Condiciones homosexuales en estudiantes universitarios y aspectos diferenciales de género.

Las tesis sobre homosexualidad, reflejan el mismo esfuerzo concentrado en las revisiones teóricas y conceptuales del tema⁴, lo cual probablemente se deba a la falta de consenso al respecto. También llama la atención el estudio de la homofobia, la discriminación, estereotipos, culpa y vergüenza, suicidio, aceptación, rechazo y tolerancia, resistencia, etc. Lo cual da cuenta por un lado de la época y por otro de lo que se liga a la homosexualidad.

Al parecer, la investigación del tema VIH se ha dejado para la Medicina y el tema Homosexualidad para la Psicología, sin obtener por ello muchos avances.

Finalmente, los trabajos mexicanos de Psicología que abordan conjuntamente las temáticas de homosexualidad y VIH, son cuatro, entre ellos tres tesis que evocan la palabra “seroestatus” e incluyen el apoyo social; Y un artículo.

Tesis:

- a) Estrategias de afrontamiento y redes de apoyo en hombres que tienen sexo con hombres con diferentes seroestatus al VIH/SIDA.
- b) Apoyo social entre hombres homosexuales que han revelado y no su homosexualidad y/o su seroestatus al VIH.
- c) Estrategias de enfrentamiento, personalidad y apoyo familiar con relación al estatus de seropositividad en hombres homosexuales.

Artículo:

- a) VIH/SIDA: Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en un grupo de hombres que tienen sexo con hombres en una comunidad rural de Yucatán.

En resumen, del tema “VIH” se estudia la prevención y las prácticas de riesgo en personas que no viven con VIH, son pocos los trabajos que incluyen a las personas que viven con VIH. Por otra parte, de la temática “Homosexualidad” se estudia la teoría y los conceptos, además se incluyen trabajos estigmatizantes que le dan un tinte de enfermedad al concepto, mientras que en las tesis, se liga el concepto “Homosexualidad” con la homofobia, la

⁴ **Tesis de homosexualidad:** Relación de objeto, Identidad Homosexual (2), Génesis de la homosexualidad, Racismo y discriminación (2), Homofobia y religión, Homofobia, Estereotipos de mujeres homosexuales, Conceptos, Pareja, Homosexualidad y resistencia, Apoyo social, Relaciones interpersonales con una sociedad heterosexual, Culpa y vergüenza, comparación entre homosexuales y heterosexuales, Asertividad, Homosexualidad en la obra freudiana, Homosexualidad femenina, Significado desde la perspectiva de un grupo lésbico gay, Violencia entre parejas homosexuales, Psicodiagnóstico de la homosexualidad, Homosexualidad y cambio social, Conducta sexual en grupos de adolescentes homosexuales, Relaciones padre-hijo-madre, Aspectos biopsicosociales, Efectos de la adopción por parte de homosexuales, Actitudes hacia la homosexualidad, Aspectos clínicos y sociológicos, Homosexualidad en la cárcel, Suicidio como consecuencia de la homofobia, Aceptación, rechazo y tolerancia, Homosexualidad y familia, Comparación de heterosexuales con Homosexuales, Aportaciones de la psicología en la homosexualidad, Actitudes hacia homosexuales en estudiantes de psicología y medicina, Descripciones de la homosexualidad de gays y lesbianas.

discriminación, estereotipos, culpa y vergüenza, suicidio, aceptación, rechazo y tolerancia, resistencia, entre otros. Cabe señalar que de los cuatro trabajos que unen ambas temáticas, tres están centrados principalmente en el “apoyo” social o familiar y en una marca denominada “seroestatus”.

2) *Los periódicos por ser*: A) representantes del imaginario social: “Son la suma de invenciones innumerables imitadas, transmitidas, socializadas” (Weill, 1953, p. 5); B) voceros de simbolismos: “Se han convertido en las agencias centrales de producción simbólica de las sociedades contemporáneas” (De Fontcuberta & Borrat, 2006, p. 20); Y C) representación del “otro”, es decir: “A través de sus contenidos construyen la imagen del “otro”” (De Fontcuberta & Borrat, 2006, p. 112).

Goffman (1991) ya había esbozado el uso de medios publicitarios como una opción táctica para el análisis de dimensiones sociales: “diarios y revistas de gran tirada, fácilmente asequibles...permiten delimitar un tema preciso...” (p. 136). En su macroanálisis sobre la feminidad, justifica el uso de material publicitario en la riqueza informativa que exhibe: *Estereotipos reconocibles y Estilos de comportamiento*. Por lo tanto, señala que lo social tiene un eco en el terreno personal, de tal suerte que hay una interiorización de eso que se dice en el exterior: “Goffman considera la presencia del otro, y más aún su mirada de observador, como una especie de «superyó»...” (Goffman, 1991, p. 64).

La construcción exterior de estigmas entorno a la homosexualidad y el VIH: exploración a través del periódico

Existe una íntima relación entre lo social y lo individual que permite el desarrollo de subjetividades y a su vez se expresa en un nivel más amplio a través de las noticias públicas ¿Qué se ha dicho de la homosexualidad y el VIH? Resulta una cuestión importante para describir el sentido de la homosexualidad. A continuación se revisan notas del periódico más antiguo y aún vigente en México: El Universal (Ruiz, Lombardo & Camarillo, 1990), con el fin de realizar un análisis a nivel macro en la construcción de la homosexualidad y la relación que guarda con el VIH.

La familia, por su parte, descrita como el pilar en la construcción de subjetividades, cuenta con un discurso respecto a la homosexualidad, se puede dar cuenta del mismo, echando un vistazo en la I Encuesta de Discriminación realizada el 2008 por la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) en la

cual, se destaca que el grupo de mayor discriminación a nivel nacional o el grupo más “problemático”, es el homosexual, la postura de los heterosexuales encuestados es de rechazo absoluto: “Casi uno de cada dos mexicanos, el 48,4 por ciento del total, rechazaría compartir casa con una persona homosexual” (Efe, 2008), sin importar el parentesco, resulta inconcebible para las personas. De acuerdo con la encuesta, el grupo homosexual se percibe de la siguiente forma: “...un 71 por ciento considera que el mayor sufrimiento es la discriminación, el 54 por ciento se siente rechazado por la sociedad, 46 por ciento manifiesta falta de respeto en su trato y un 71,8 por ciento cree que tiene menos oportunidades de obtener trabajo” (Efe, 2008). Los datos de la encuesta realizada, revelan entre otras cosas que ser homosexual implica “**rechazo**” y “**sufrimiento**”, los primeros sentidos de la homosexualidad en nuestra sociedad actual. Cabe señalar, que dichos sentidos son construidos en conjunción e intercambio de lo social y lo personal, debido a que por una parte, la familia declara rechazo, y por la otra, los actores se declaran rechazados: “Se hace eco del rechazo cuando descubre que alguno de sus atributos lo justifica.” (Goffman, 1963, p. 19).

Sin embargo, el sentido de la homosexualidad, no se limita al sufrimiento y al rechazo, ¿qué haría si tuviera un hijo homosexual? Es una cuestión planteada en una publicación que devela otros sentidos en la familia: “**vergüenza**” o “**castigo**”-“**maldición**”. Cuando se citan las actitudes que los padres tienen al saber que uno de sus hijos es homosexual, se explica lo siguiente: “Algunos se niegan a aceptar esta posibilidad ya que la imaginan como un **castigo** divino o una **maldición**; otros se ven afectados por una profunda tristeza combinada con **vergüenza**” (El Universal, 2002). “La vergüenza se convierte en una posibilidad central que se origina cuando el individuo percibe uno de sus atributos como una posesión impura de la que fácilmente puede imaginarse exento” (Goffman, 1963, p. 18). En este caso se habla de vergüenza expresada por la familia, sin embargo, no está exenta del estigma por guardar una estrecha relación con el estigmatizado: “Están obligados a compartir el descrédito de la persona estigmatizada con la cual los une una relación” (Goffman, 1963, p. 43). En cuanto a la noción de castigo, “Podemos percibir...y considerar entonces que tanto el defecto como la respuesta son el justo castigo de algo que él, sus padres o su tribu han hecho, y que justifica, por lo tanto la manera como lo tratamos” (Goffman, 1963, p. 16). El castigo se asimila como sinónimo de maldición y se atribuye a un error o una ofensa cometida para merecer los acontecimientos indeseables.

Otro sentido que se le da a la homosexualidad, es el de **enfermedad**. Al respecto encontramos historias como la de un joven de 16 años que en 2009 fue exorcizado para “curarlo” de su homosexualidad, y aunque el caso ocurrió en E.U., circuló por nuestro país a través de medios impresos y también por You Tube como lo más visto en su momento, el video del exorcismo atribuye la homosexualidad a un demonio que habitaba el cuerpo del joven, causando la enfermedad de la homosexualidad (Efe, 2009). Al final del video, mencionaron que respetan a los homosexuales, sin embargo este tipo de prácticas que pertenecen a un doble discurso, también victimizan a las personas. Goffman (1963) advierte al respecto: “Debe mencionarse la tendencia a la «victimización», resultante del peligro que para las personas estigmatizadas significa caer en manos de servidores fraudulentos que le venden los medios para...curar mediante la fe” (p. 20).

Actualmente, instituciones para “curar” la homosexualidad, están siendo importadas a México, como una herencia de comunidades evangélicas y protestantes de E.U. para la iglesia católica. En 2005 se emprendió el proyecto “Courage Latino” cuyo objetivo es “curar” la homosexualidad, a través de lo que llaman “terapia reparativa” (Gómez, 2005), que no es más que el programa AA adaptado para la homosexualidad. Los representantes afirman que la “terapia” se respalda en hechos “científicos” y “psicológicos”, que avalan “la idea de que ser ‘gay’ es una enfermedad mental” (Gómez, 2005) (no pierden la oportunidad de citar el DSM que refiere a la homosexualidad como enfermedad). Ante lo cual, no faltó la opinión de la Asociación Americana de Psicología, que presentó un documento donde señala: “no es una enfermedad y no necesita ‘cura’” (Gómez, 2005) y advierte que la combinación terapeuta-prejuicios “contra la homosexualidad puede reforzar el autorechazo” (Gómez, 2005). Sin embargo, eso parece no importar, porque los llamados “ministerios de transformación” (Gómez, 2005) ya comenzaron a operar en México con el apoyo de la Unión de Padres de Familia (organización de padres que quieren a sus hijos sanados de la homosexualidad que los aqueja) y del grupo Provida (organización antiaborto). Éste primer “ministerio de transformación” tiene la idea de que “curar la homosexualidad es reorientar a estas personas para que sientan que son heterosexuales...” (Gómez, 2005). Ante esta situación cabe rescatar la cuestión planteada por Goffman (1963) “¿De qué modo la persona estigmatizada responde a esta situación? En ciertos casos, le será posible intentar corregir directamente lo que considera el fundamento objetivo de su deficiencia” (p. 19), es decir, en algunas ocasiones, con el fin de ganar “aceptación”, la persona estigmatizada se somete a las indicaciones sociales que le den para corregir su

diferencia, a pesar de no tener la garantía de recuperar su “normalidad”, ésta es una de las razones por la que muchos homosexuales se casan con mujeres, de hecho, en el programa “Courage Latino” se considera que los homosexuales están curados cuando “se casan y tienen hijos” o cuando ya no tienen “recaídas” (Gómez, 2005), pero en caso de tener una, no pasa nada, porque como dice el sacerdote extranjero que emprendió este proyecto (por experiencia propia, ya que él mismo afirma que se curó con éste método), no hay más que “confesarse y vivir castamente” (Gómez, 2005). Sólo falta que el Consejo Episcopal Mexicano (CEM) apruebe el proyecto a nivel nacional para que “Courage Latino” se promueva hasta en misa.

Díaz (2012) habla acerca de los “doctores fraudulentos” ligados a Courage Latino, que ofrecen sus “servicios” en consultorios clandestinos por el módico precio de 500 pesos la sesión. Tal es el caso de “Benjamín Regis”, quien sin ningún título profesional se toma la libertad de aplicar una “terapia” que desde su punto de vista cura la homosexualidad, dicha terapia consiste en tres pasos:

- 1) Mostrar “imágenes de hombres con cuerpos de gimnasio, usando diminutos trajes de baño...” (Díaz, 2012) acompañadas de “ligeros toques eléctricos en los testículos que más adelante son sustituidos por la grabación de una cinta...«no te gustan los hombres, no te gustan los hombres...»” (Díaz, 2012).
- 2) Inyecciones en los testículos de “testosterona” que en palabras de Regis, sirven “para hacerse hombrecitos” (Díaz, 2012).
- 3) Y la llamada “Terapia especial...tener relaciones con una mujer”, al respecto el supuesto “doctor” comenta a uno de sus pacientes “no te vendría mal estar con unas putas (refiriéndose a las mujeres), solamente así reafirmarás lo que hemos aplicado” (Díaz, 2012).

El único medio de publicidad que tiene este doctor y muchos otros que seguramente operan ilegalmente, es la iglesia católica, los sacerdotes de Courage Latino canalizan a los jóvenes difíciles para que por arte de magia (y de electrochoques en los testículos) se conviertan en heterosexuales. Lo más crudo del asunto sigue siendo la promoción impune del sentido de “enfermedad” en torno a la homosexualidad.

Y qué decir de la opinión del vocero de la Arquidiócesis de México, Hugo Valdemar, que también es vocero de otros sentidos de la homosexualidad: “**ilegalidad**” y “**condena**”, ya que afirmó que “considera ilegal este tipo de actos” (homosexuales) y que “no condena a las personas, sino a los actos homosexuales...” (Rodríguez, 2009), afirmación que además despersonaliza debido a que afirma que no se trata de “personas”, sino de “actos” homosexuales, esto es: “deshumanización -eliminación de las características humanas en una persona diferente” (Goffman, 1963, p. 15).

Por otra parte Valdemar, espera que los demás estados de la república se “vacunen” (Rodríguez, 2009) la pregunta sería ¿contra qué debieran vacunarse, contra la homosexualidad? Quizás una de los intentos por vacunar a la población es el sitio de internet del cardenal Lozano llamado “los gays no van al cielo”, en un intento por reafirmar el sentido de “condena” atribuido a la homosexualidad por la iglesia católica.

Pero no cabe la sorpresa del discurso de católicos en cualquier rango, porque el máximo mandatario de la Iglesia, el Papa, es el principal promotor. Desde 1986, cuando todavía era Joseph Ratzinger, perfiló su discurso en la “Carta a los obispos sobre la atención pastoral a las personas homosexuales” (Gómez, 2005), donde describe la homosexualidad como una “**ceguera**” social, y la califica como un “**acto amor**al” (a propósito de la despersonalización), y como una “inclinación” que por si misma no es pecado ya que desde su punto de vista se puede corregir, no dice cómo, pero lo afirma (y además esta carta es la bandera del proyecto “Courage Latino” que supone haber encontrado una manera para lograrlo).

Sin embargo, el afán del actual Benedicto XVI, no termina ahí, el presente año se publicó a nivel nacional “El Papa critica homosexualidad” (El universal, 2012), artículo donde expone que la homosexualidad es un “**ataque**” y una “**amenaza**” para la familia. Encima, el Papa declara: “La Iglesia Católica Romana, con unos mil 300 millones de miembros en todo el mundo...predica que si bien las tendencias homosexuales no son pecado... (La homosexualidad también tiene un sentido de “**pecado**” desde éste discurso), los actos homosexuales sí lo son” (El universal, 2012) y nuevamente hace presente la despersonalización. Goffman (1963) declara que una de las consecuencias para el estigmatizado es la percepción de peligro, (consistente con las declaraciones de ataque y amenaza) maldad o debilidad (consistentes con el sentido de pecado): “Un atributo que lo vuelve diferente de los demás...lo convierte en alguien menos apetecible –en casos

extremos, en una persona casi enteramente **malvada, peligrosa o débil**-. De este modo dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado” (p. 12).

A pesar de los sentidos ya recuperados, quizás el sentido más afanoso es el de “**muerte**”. El caso más representativo es el del director titular del CAM que en 2007 participó en un festival gay (Fernández, 2009), y a partir de ese día fue motivo de noticia durante tres años. Destituido de su cargo, recibió múltiples amenazas de muerte por parte de vecinas, educandos y personal de seguridad (Fernández, 2009), “Agustín pu... maldito te vas a morir” (Fernández, 2010), escribieron en la puerta de su escuela.

Entre otras historias nacionales relacionadas con el sentido de muerte, encontramos encabezados como: “Matan a golpes a homosexual en Guanajuato” (Álvarez, 2008); “Amiguitos matan a un homosexual” (Ortiz, 2009); “En aparente atraco, matan a homosexual” (Piña, 2008). Parecen tan frecuentes los asesinatos de personas con preferencia homosexual que hasta la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal creó en el 2010 la “Fiscalía Especializada en Atención de Homicidios de Mujeres y Personas con Orientación Sexual Distinta” (NOTIMEX, 2010).

Y la homosexualidad también es motivo de otro sentido: “**distinción**”, característica primordial de la estigmatización. Tal es el caso de los spots de tolerancia homosexual realizados en 2005, que fueron planeados por Censida y Conapred, en colaboración de la Secretaría de Salud, para transmitirse en todas las radiodifusoras a nivel nacional, y que fueron prohibidos porque los políticos del Partido Acción Nacional de Jalisco, recabaron firmas para oponerse a la transmisión de los spots, el coordinador de éste partido señalaba “una cosa es la tolerancia y otra la promoción de la conducta homosexual, lo que prácticamente se hace en ese anuncio” (Jiménez, 2005). En sus declaraciones también señaló que “bajo el sombrero de la tolerancia se promueve directamente” el “homosexualismo” (Jiménez, 2005), por ello propuso una “reedición” de los spots, y una “instrucción” al secretario de salud (Julio Frenk) para que no pase por alto “ese tipo de cosas” (Jiménez, 2005). De éste discurso político, se rescata el sentido “distinción” de la homosexualidad, envuelto en un doble discurso, ya que sólo aprueban la tolerancia marcando la condición de ser diferente, al respecto señaló: “hay otra manera de cómo podría promoverse la tolerancia, que es el respeto a la diversidad, el respeto al que es distinto” (Jiménez, 2005), al parecer, desde su punto de vista, segregar la diferencia, es la

solución a la discriminación. Pero ¿Qué involucra la distinción? Señalar a alguien como distinto es declarar a un individuo estigmatizado o “Inhabilitado para una plena aceptación social” (Goffman, 1963, p. 7). Estigmatizar a una persona, y declarara que su diferencia es inaceptable, tiene consecuencias: “Valiéndose de este supuesto, practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida” (Goffman, 1963, p. 15).

De la revisión anterior, se identifica en los medios de comunicación una vía de promoción del estigma en la homosexualidad, ya que exhiben al homosexual como malvado (pecador y merecedor de castigos como la muerte), peligroso y enfermo, por lo tanto se fomentan falsas curas, y deshumanización. Todo ello, promueve el rechazo, en forma de discriminación, a través del mantenimiento de significados y sentidos negativos en torno a la homosexualidad.

Ahora bien, de los discursos mencionados anteriormente, se puede señalar que la sociedad interviene en la construcción de un sentido alrededor de la homosexualidad. La manera en que cada individuo se apropie de alguno de estos sentidos, dependerá de la subjetividad construida en torno a la sociedad en que se desarrolle, porque ésta, llena de sentidos y significaciones a la homosexualidad. Sin embargo, pareciera ser que se construye un sentido de “sufrimiento”, “rechazo”, “maldición”, “vergüenza”, “ilegalidad”, “denigración”, “distinción”, “condena”, “ataque”, “amenaza”, “pecado”, pero sobre todo de “muerte” y “enfermedad”, que en algunos, dependiendo de su construcción psíquica, se encamina al sufrimiento del cuerpo, mediante una enfermedad igual de estigmatizada que la homosexualidad: el VIH, tema que al parecer resulta muy escandaloso para nuestra sociedad.

Más allá de las descripciones del virus, la manera en cómo se propaga por las células y los efectos físicos que produce, resulta necesaria una descripción acerca de los sentidos sociales que se han construido en torno al VIH. Por ello se plantea la siguiente pregunta, ¿Qué es el VIH? Para responderla, se rescatan las noticias públicas más significativas en torno al tema.

Una de las notas más representativas, es la referente a la campaña contra el VIH, llevada a cabo a principios del 2012 por la Fundación México Vivo, que promueve la detección del virus en mujeres embarazadas. El Fundador de México Vivo afirmó "La gente cree que el

VIH/ Sida se lo merecen las zorras, maricones o drogadictos" (Estañol, 2012) por lo cual, utilizó dichos términos en los carteles de su campaña, y a pesar de que afirma que la utilización de las palabras “maricón”, “zorras” y “drogadicto” son para “no estigmatizar”, incongruentemente aparece en sus carteles la leyenda “una prueba para detectar VIH durante el embarazo salvará a tu bebé de nacer **marcado**”, es decir, afirman que el VIH es una marca, un estigma, para “maricones”, “zorras” y “drogadictos”. Bien dicen que una imagen dice más que mil palabras, por ello, se recuperan los carteles realizados por la Fundación México Vivo, que más allá de todo, develan los sentidos sociales del VIH: **El estigma de “maricones”, “zorras” y “drogadictos**.



Tomadas de mexicovivo.org

Todo esto, hace parecer al VIH como una preocupación para los heterosexuales. A nuestra sociedad, aún parece sorprenderle que los heterosexuales se contagien. Suberza (2011) publicó una nota titulada “Heterosexuales se infectan más de VIH que gays: Ecatepec”. De acuerdo con las estadísticas del municipio, “405 son heterosexuales...y 312 homosexuales” Suberza (2011), lo cual resalta una preocupación del gobierno de Ecatepec ¿cómo puede haber más casos de VIH en heterosexuales si los “gays” son los que se

infectan? Por tal motivo han emprendido campañas informativas en universidades, redes sociales, además de pruebas gratis para su detección. Lo más interesante es que la preocupación por el VIH se desata a partir de que las estadísticas revelan que los heterosexuales se infectan más, ¿hubieran emprendido las mismas campañas en el caso contrario? Lo más probable es que la respuesta sea no.

Otro hecho relevante que acentúa la preocupación heterosexual por la “propagación” del VIH, son los estudios realizados para “salvar” a la comunidad “heterosexual”, por ejemplo, en 2011, se publicó un artículo que describe los esfuerzos de científicos por reducir el riesgo de contagio entre parejas heterosexuales a través de una “terapia farmacológica que impide la transmisión del virus” (El universal, 2011), cabe señalar que el estudio se realizó con “mil 763 parejas heterosexuales” (El universal, 2011).

Quizás, la angustia heterosexual de protegerse contra el VIH, provenga de afirmaciones realizadas por organizaciones y medios de comunicación: “Es un padecimiento que se ha concentrado en hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables. Aunque organizaciones advierten que comienza a extenderse a otros grupos” (Rodríguez, 2011). Por su parte Joloy (2012) indica que “las estrategias de prevención y control del VIH...se han centrado históricamente en grupos particulares... tales como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores y trabajadoras sexuales (TS) y usuarias y usuarios de drogas inyectables (UDI)”. Incluso el titular de Censida, declaró: “en 2011 se incrementará la prevención focalizada en hombres que tienen sexo con hombres y a quienes se inyectan drogas” (El universal, 2011). Pareciera ser que el discurso, VIH=homosexualidad, drogadicción, y trabajo sexual, se sigue promoviendo en la actualidad, como una forma indirecta de afirmar que los heterosexuales, no drogadictos, y no trabajadores (as) sexuales, no necesitan programas de prevención contra el VIH, por este tipo de focalización en la prevención del VIH, no es de extrañar que “México ocupa en América Latina el segundo lugar como país en cifra de enfermos” (El universal, 2011). Sin embargo, la OMS y ONUSIDA, afirman que la culpa de las infecciones de VIH entre el grupo heterosexual, es de los homosexuales que viven mimetizados, al respecto señalan: “El problema de contagio no atañe solo a este colectivo, según se destaca en el informe, ya que muchos de estos hombres también mantienen relaciones sexuales con mujeres de manera habitual” (Efe, 2011) ¿Y no se trataba de eso la cura de la homosexualidad? O como lo señala Goffman (1963), la “reparación” de la

normalidad, en muchas ocasiones se centra en responder a las demandas sociales: “una persona dudosa proclama su derecho a la normalidad citando como prueba el hecho de tener esposa e hijos” (Goffman, 1963, p. 17). De ahí que no sería de sorprenderse, que los homosexuales mantengan “relaciones sexuales con mujeres de manera habitual” (Efe, 2011).

En fin, el VIH, también tiene un sentido de “**peste**” y de “**enfermedad crónica**”. Así lo describe Cárdenas (2011) en el título de su artículo “VIH-Sida: de peste “rosada” a enfermedad crónica”, donde refiere que con el desarrollo de los medicamentos “antirretrovirales” se ha visto un tránsito de la enfermedad, de ser una “peste rosada” a convertirse en un padecimiento “crónico”. Rodríguez (2011) señala que cuando no había medicamentos, el VIH “era sinónimo de muerte” porque prácticamente desahuciaba, y que actualmente es una “enfermedad crónica”. Varas & Toro-Alfonso (2007) señalan que el VIH “es una enfermedad de significado social... asociada íntimamente a la muerte y la enfermedad.” (p. 2). Por lo cual resulta pertinente preguntarse si el VIH dejó de tener un sentido de “peste”. En primer lugar, la peste se define como “Enfermedad infecciosa y contagiosa...” (Larousse, 1992) lo cual implica imaginarios en torno al VIH que por muy tontos o inocentes que parezcan provocan segregación, por ejemplo, en 2011 un joven que trabajaba como guardia de seguridad en una elegante tienda departamental de Polanco, fue despedido porque sus jefes se enteraron que tenía VIH, entre los motivos citados estuvieron, utilizar los mismos vasos que los demás y usar el mismo baño que el resto de los empleados (Royacelli, 2011). Le hicieron firmar su renuncia con engaños y al final le dijeron que lo habían despedido por tener VIH, dejando entredicho el temor de “contagiarse” y el imaginario de “peste”.

El sentido de “peste”, también es un sentido de “**muerte**” porque sugiere un estado próximo a ella, además, conlleva un sentido de “**Inutilidad para el servicio**”, o al menos, ese es el sentido que le dan las fuerzas armadas de nuestro país, particularmente, el Ejército Nacional y la Secretaría de Marina Armada de México (SEMAR). Dichas instituciones han sido motivo de noticia desde el 2007, ya que se presentaron casos de militares y marinos con VIH que fueron destituidos si tenían menos de veinte años en el servicio (perdiendo derecho a servicios médicos y pensión), o retirados si tenían más de veinte años trabajando, el motivo: ser “inútiles para el servicio” (Áviles, 2007) y “un riesgo para la vida de sus

demás compañeros” (Áviles, 2007) porque se “argumentó que los elementos del Ejército podían incluso contagiarse por chinches” (Áviles, 2007).

El “artículo 226, numeral 45, de la Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, que permite enviar al retiro a los militares que resulten positivos en la prueba del VIH, por considerarlos “inútiles para el servicio”(Áviles, 2007), se ha aplicado a muchos militares y marinos que interpusieron amparos en la Suprema Corte de Justicia y lograron que la SCJ emitiera un “criterio jurisprudencial que servirá para proteger a todos los militares que sean portadores... y que sean dados de baja y separados de las Fuerzas Armadas a causa de su padecimiento. ” (González, 2011). Sin embargo, el artículo 226, sigue existiendo, y la única protección actual ante la destitución es el amparo.

Por otra parte, no podía faltar, la asignación de un sentido al VIH proveniente de la religión, institución que lo define como “**Problema ético**” (Benin, 2011). El Papa Benedicto, en su exhortación apostólica “Africae Munus” del año 2009 para África –continente con mayor concentración de VIH en el mundo–, declaró que el problema se resuelve con “la abstinencia sexual, el rechazo de la promiscuidad sexual y la fidelidad en el matrimonio” (Efe, 2011), y con la “humanización de la sexualidad”, ¿se refiere a que la homosexualidad es inhumana? Goffman (1963) explica: “Creemos por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana” (p. 15).

Encima, el Papa mencionó que el dinero para campañas y preservativos no sirve, ya que desde su punto de vista acrecienta el problema, por lo que “declara un “no” al uso del preservativo contra el sida” (Benin, 2011). Declaraciones fuertes en el país menos indicado para decir que el condón no sirve ni protege del VIH. Lo peor de todo es que el discurso se importa a México, y el uso del preservativo se califica como “nefasto” (Gutiérrez, 2009), ya que “la abstinencia y la fidelidad” (Gutiérrez, 2009) son las mejores medidas preventivas desde el punto de vista religioso.

A pesar del rechazo a la protección, el VIH no mejora el panorama, ya que adquirirlo, también perfila un sentido de “discriminación”, y al igual que la homosexualidad, una estigmatización. La CNDH reportó en 2012 un “aumento en el estigma y la discriminación” (Aguilar, 2011) contra las personas que viven con VIH. Al revisar la Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS) realizada en 2010 por la Conapred en colaboración con la UNAM, resultó que “La población en general no está dispuesta a

permitir que en su casa vivan homosexuales y enfermos de VIH” (Aguilar, 2011). En comparación con la encuesta de 2008, pareciera ser que cada vez hay mayor discriminación. Quizás lo más importante sea “terminar con la estigmatización” (Otero, 2011), que es la fuente más significativa de rechazo.

En cuanto a los intentos por erradicar la discriminación, se encuentran declaraciones como la siguiente: “cualquier persona que padezca VIH/SIDA debe recibir atención médica en forma adecuada y oportuna, información sobre los tratamientos más efectivos; pero sobre todo, que nadie puede obligarlos a revelar su padecimiento o entregar una prueba de detección” (Mackenzie, 2011), sin embargo, no todos reciben atención médica en nuestro país, el padecimiento sigue motivando despidos, y las instituciones continúan requisitando la prueba.

Finalmente, los sentidos del VIH quedan impresos en el colectivo, ya sea como “enfermedad de maricones, zorras y drogadictos”, como “peste” o “enfermedad crónica”, como “problema ético”, como sinónimo de “inutilidad” o motivo de “discriminación”, como algo “temido” por los que lo padecen y por los que son observadores, o como algo que merece ser “ocultado” por sus repercusiones. En general, es significado como lo indeseable, la muerte, y un castigo a la falta social de la homosexualidad.

También se puede mencionar que para la existencia de una enfermedad, es necesario que se señale a un tipo de cuerpo como enfermo (en este caso el cuerpo homosexual) y que la persona que posee ese cuerpo se apropie de la enfermedad como producto de esa designación social, Goffman (1963) señala que la sociedad establece las condiciones que “...había hecho prever y que él (el individuo) había previsto recibir” (p. 19). Dicha previsión de condiciones podría implicar que cuando el cuerpo en lo simbólico se denomina “enfermo” puede sufrir alteraciones en lo físico, lo cual, también implicaría que el cuerpo denominado “homosexual” que se estigmatiza “enfermo” puede sufrir alteraciones físicas como el VIH.

ORGANISMO Y CUERPO EN LA ENFERMEDAD

“Un organismo sano no necesariamente corresponde a un cuerpo “sano” (Gaos, 2009, p. 72)

El epígrafe anterior diferencia los terrenos que se han surcado con los múltiples conceptos de la “enfermedad”. Gaos (2009) propone la diferenciación de un componente simbólico denominado “cuerpo”, y otro fisiológico denominado “organismo”, que pueden o no corresponder entre sí en la colocación de una enfermedad.

Para explorar dicha distinción, es necesario remitirnos a la siguiente pregunta ¿Qué es la enfermedad? La enfermedad, se ha significado a lo largo de la historia con diferenciaciones que en realidad son afines. Se ha definido como: “desequilibrio, castigo, pecado, desadaptación, sufrimiento, irregularidad, anormalidad...” (Gómez, 2002, p. 4). Al respecto de la anormalidad, se denota la participación social en la construcción de la enfermedad: “La normalidad no se define sólo estadísticamente...Por eso, algunos autores hablan de la «construcción social de la enfermedad»” (Alvarado, Garrido & Torregosa, 1996, p. 354). En este sentido el cuerpo “enfermo” es una integración “simbólica” que depende de la intervención de los “otros”, Gaos (2009). Cabe señalar que bajo esta perspectiva, la enfermedad se puede articular en lo simbólico (el cuerpo), abriendo la posibilidad a los “otros” de designar enfermedad a cualquier diferencia, incluso a la homosexualidad.

La enfermedad no sólo se ha conceptualizado como anormalidad generalizada, tomando en cuenta a Gómez (2002), incluye los componentes orgánico y patógeno a partir de la medicina positivista, como una forma de tramitarla en la nueva era científica: “La concepción de la enfermedad se hace orgánica y fisiopatogénica” (p .4).

De ahí que una persona pueda tener un “organismo” (fisiológico) sano, a pesar de que su cuerpo (simbólico) se construya enfermo, pero ¿en qué momento un “cuerpo” enfermo corresponde con un “organismo” enfermo? La apropiación de una “enfermedad” designada por lo social parece ser la respuesta más acertada.

La enfermedad y la subjetividad

La construcción de una enfermedad se teje entre lo social y lo subjetivo. Galende (1997) indica que resulta necesaria la presencia del otro para construir ideas, creencias y significaciones que permitan ordenar la subjetividad. Durante la infancia, ocurre la apropiación paulatina de ésta, y se constituye la individualidad, pero siempre se sostiene en la relación que se tiene con otro, porque es el otro, quien lo reconoce y lo habla. Así, la vida psíquica y lo social, dependen y se construyen entre sí.

Galende (1997) destaca que esta construcción, se analiza a través de las significaciones y los sentidos provenientes del exterior, aunque la manera en que los individuos se apropian de ello, es crucial para conocer la influencia que tiene sobre sus actos. La subjetividad va de la mano de la sociedad, el lazo reside en el intercambio simbólico de los individuos que convergen en tiempo y espacio. Fenómenos como la enfermedad, parecen coincidir con rasgos predominantes en una sociedad, específicamente, en la actual. Turner (1989) agrega que el cuerpo es mediado por la actividad humana e interpretado por su entorno, no sólo el cuerpo, también el cuerpo enfermo, porque dependiendo de la enfermedad será inscrito en un discurso diferencial.

La enfermedad del VIH

En la sociedad actual el VIH es una enfermedad “reconocible” (si se le puede llamar así) de la homosexualidad, vasta con echar un vistazo a su historia. De 1981 a 1984 se presentaron en Estados Unidos casos en “varones homosexuales jóvenes” (Córdoba, Ponce de León & Valdespino, 2008, p. 18), en ese año se estableció que se transmitía por vía sexual y llegó la enfermedad a México junto con el estigma de ser una enfermedad de homosexuales. De 1986 hasta fines de los 90’s, se descubrió que se transmitía por transfusiones, por uso de drogas, y lo más importante “se pudo detectar un número creciente de mujeres casadas cuyo único factor de riesgo era la vida sexual de su cónyuge” (Córdoba et al., 2008, p. 20) es decir, a fines de los 90’s la evidencia de que no era una enfermedad de homosexuales salió a la luz en nuestro país, pero no fue suficiente para eliminarlo del imaginario social, que de acuerdo con Baz (1996) “alimenta persistentes mitos respecto a la enfermedad” (p. 16). Por su parte, Fernández (1996) aclara que el imaginario social es “todo un sistema colectivo de producción de subjetividades...mantiene significaciones y estigmas en torno a la enfermedad” (p. 58).

Si bien, lo externo al sujeto juega un papel importante en la construcción de la enfermedad, existe otro elemento que se involucra en la adquisición de una afección específica:

“El hecho de que una enfermedad se adquiriera no excluye, sin embargo, la participación de la subjetividad personal, después de todo alguien es el huésped y habría que cuestionarse las razones por las cuales lo es. El virus de inmunodeficiencia (VIH) no es algo que un sujeto genere, pero evidentemente, ya sabiéndose las vías de adquisición, es algo que se adquiere por razones que tienen que ver con la subjetividad y/o con la de alguien más con quien entabla una relación en la que las subjetividades particulares se inscriben en un ámbito de significaciones recíprocas que suelen culminar en lo que se califica de irresponsabilidad, negligencia, omnipotencia, etc.” (Gaos, 2009, p. 77)

Así, en el establecimiento de una enfermedad particular, interviene “la subjetividad”, sin embargo, no se debe perder de vista que diversas esferas intervienen en la construcción de un cuerpo. El sujeto, tiene una manera particular de expresar esa intervención:

“...la expresión corporal parte de la construcción de un cuerpo y de una forma de expresar del sujeto.” (Gaos, 2006 p. 115).

Una forma de “expresión corporal” es la enfermedad, derivada de “la construcción de un cuerpo”, compuesto social y simbólicamente, que en última instancia se integra al organismo.

LA INTEGRACIÓN DEL ORGANISMO AL CUERPO

La cimentación de la homosexualidad en Román, como enfermedad simbólica, se enmarca a través de otros con la confesión:

“...se lo planteo a mi mamá, a mis hermanas y bueno a la que murió también”

Román, somete a la mirada de otros su homosexualidad y hace de su cuerpo un “objeto entregado a una identificación impersonal...reconocible por otros. El cuerpo se torna, entonces, superficie de escritura de los signos reconocibles por otros” (Gaos, 2009, p. 10). En suma, el discurso de Román asume que la homosexualidad es una enfermedad, se reconoció como tal por “otros” y posteriormente lo incorporó en su construcción psíquica, ya que, de acuerdo con Gaos (2009), la enfermedad sigue el rumbo de los discursos construidos en la historia de la persona: “su evolución y destino dependerán también del modo en que el sujeto tramite el silencio al que lo condenan los discursos que se lo arrebatan...” (p. 9).

Siguiendo una línea de “evolución y destino” en la enfermedad-homosexualidad de Román, los discursos de los “otros” lo encaminan a la búsqueda de una cura para su homosexualidad, sin embargo, al no haber una cura tangible, sólo se puede tramitar en lo social, a través de un referente orgánico, que le permita llevar un tratamiento para algo que tampoco se cura, pero que finalmente le resulta reconocible, es decir, el VIH:

“Aquello que el doliente demanda reconocer como referente, fuera lo que para él significa esa dolencia en relación con los recuerdos que le evoca, los temores que le acuden...las coordenadas de esta identificación serían muy distintas, y no habría porqué pensar que no tendrían nada que ver. A fin de cuentas retrata lo que para él es cabalmente reconocible.”(Gaos, 2009, p. 25)

La transición de una “enfermedad simbólica”: “la homosexualidad”, a una “enfermedad fisiológica”: el “VIH”, comienza en Román a través de relaciones sexuales sin protección, tal y lo como señala Gaos (2009) “El uso del condón es, implícitamente, una confesión a la pareja de que hay motivos para ser precavidos. Quizás algunos de los que se resisten al uso del condón están protegiendo su amor.” (p. 77)

“...de hecho se me había olvidado ese chavo y pues yo creo que tuve relaciones sin protección contadas con él...”

Posteriormente, se desarrollaron diversos hechos que le indicaban que se había infectado, primero fue el Herpes zoster:

“...tuve un problema de Herpes zoster yo nunca lo asocie a nada...”

La doctora que lo atendió sugirió la prueba de VIH, sin embargo, Román se negó a realizarla:

“me atendió mi doctora en mi trabajo...me dio medicamento antirretroviral para el herpes zoster y cuando iba saliendo yo de su consultorio esa tarde me dijo, por cierto, has pensado en hacerte la prueba del VIH, yo la verdad me reí, inútil, no, hágala, la tomé como loca”

Un doctor que asistía al mismo gimnasio que Román, le comentó que su antigua pareja se había infectado de VIH, y la sospecha de estar infectado se refuerza.

“en el gimnasio me encontré con un doctor y salió que yo había tenido una relación con esta persona...y me dice su mamá se lo llevó para tenerlo cercano a él, su mamá se lo llevó a Miami a ver si allá lo curaban, ese fue el tema, entonces se me queda viendo y me dice, supongo que tú no tuviste nada que ver con él ¿a nivel de riesgo, verdad?...”

En ese pasaje Román comprende en un nivel no consciente, que tiene VIH. Cuando dice “no”, le dice “no” a la enfermedad:

“Es cuando comprendí, le dije no”

Posteriormente acompaña a un amigo a hacerse la prueba de VIH y Román también se hace la prueba:

“...sana el herpes zoster, no me hice la prueba y un amigo que tengo me dijo acompáñame a hacerme la prueba y me dijo ¿te la has hecho? Nunca, porque pues sabía que siempre me había cuidado porque pues yo no le veía conexión para infectarme”

Hasta éste momento el saberse infectado había permanecido en el terreno de lo inconsciente, sin embargo, al recibir los resultados, el conocimiento pasa al terreno de lo consciente:

“...sus resultados fueron los primeros que salieron, lo vi, venía con una sonrisa, y cuando pasé yo, vi el rostro de la doctora, y es cuando me di cuenta que finalmente era cero positivo”

Una vez diagnosticado, se ve inmerso en prácticas como terapia psicológica, toma de medicamentos, cambios de rutinas, pláticas informativas sobre VIH y sus cuidados, lo cual indica que comienza a ser parte de la institución “hospital” como “enfermo”. Fernández (1996) comenta que la institución se encarga de dar identidades, en este caso, la identidad seropositiva: “La institución como sistema cultural e imaginario crea expectativas e ideales que difícilmente podrá cumplir, otorga un significado al cuerpo, construye identidades y enfermedades y ejerce así una violencia simbólica sobre los cuerpos” (p. 59):

“Me mandaron con la psicóloga del centro me dijo a mi me interesa saber cómo te infectaste, no lo se, no lo se, o sea no fue intravenosos, no fue por drogas, lo más probable es que haya sido un desliz, una sola vez, y eso es lo que cambió ¿no?”

La pregunta de la psicóloga es clave en esta construcción simbólica del VIH, el hecho de insistir sobre la forma de contagio, no sólo lo inserta más en hacerlo saber que es un “enfermo”, sino que lo obliga a plantearse la pregunta ¿Por qué me contagié? y al confirmar que fue por vía sexual, el sentido intersubjetivo del VIH que se construye entre él y la psicóloga es: soy un enfermo de VIH, y estoy enfermo porque soy homosexual. Lo cual forzó el reconocimiento de su homosexualidad, porque al decir que tiene VIH también es orillado a decir que es homosexual, en ese sentido la institución ejerce violencia sobre los significados de su cuerpo, ya que lo obliga a poner en palabras lo que había silenciado durante muchos años: la homosexualidad.

La psicóloga no fue la única en intervenir, tal y como lo señala Lain (2003): “La asistencia al enfermo suele tener hoy como protagonista al «equipo»...” (p. 154), compuesto por personal administrativo, de laboratorio, enfermeras y sobre todo el médico. Sin embargo, se recupera el quehacer denominado “propio del médico”, en el cual el deber del médico “no es hacer hombres buenos, ni hombres felices, sino hombres sanos. Como médico, no puede ni debe pasar de ahí” (Lain, 2003, p. 154). Efectivamente, cuando lo diagnosticaron,

le dieron medicamentos, le hicieron exámenes, pero tal y como lo menciona López (2000), el hospital se caracterizó por permanecer anónimo e indiferente ante la enfermedad, mientras Román debía observar y *guardar silencio* como lo menciona Katz (1984), porque todos operaron sobre su cuerpo mientras él observa como si no fuera suyo:

“Me dieron los medicamentos desde hace, prácticamente al mes de que me detectaron, me vi sujeto a medicamentos porque me dijeron que tenía índices de CD4, de carga viral, tras haber caído el herpes zoster, que me ayudó bastante los antirretrovirales que había tomado para el herpes zoster, y no me tumbaron, porque si se hubiera dejado, no se lo que esto hubiera sido pero... me tomé el medicamento y ahí quedó”

El hospital siguió interviniendo a través de pláticas informativas para el cuidado de la salud en enfermos de VIH. Con éstas prácticas, el hospital se convirtió en ese lugar anónimo donde él y su enfermedad llevan la identidad “seropositiva” y el nombre del VIH respectivamente:

*“Me dieron toda esa plática de inducción en cuanto al medicamento, de horarios, comidas y todo eso, me quedó muy claro, muy grabado eso que dijo la doctora de que tuviéramos cuidado en cuanto a tener mascotas...**me dieron ese comentario como persona seropositiva** y prefiero no, no tener una amiga, bueno, al menos un tamagochi, una mascota virtual”*

Sin embargo, no toda la atención en el hospital es anónima e indiferente, el doctor que lo atiende juega un papel muy importante debido a que es él quien “se pone en relación personal y directa con el paciente” (Lain, 2003, p. 149), contrario a lo que se prescribe en el actuar de los médicos. El pertenecer al departamento de *epidemiología* encargado de atender específicamente casos de VIH y SIDA, le permite al doctor conocer a todos sus pacientes y conversar con ellos. No sólo los atiende recetándoles medicamentos, también escucha:

“Yo le decía al doctor que ahorita me he sentido triste”

La asistencia al hospital por medicamentos, implica presentar el carnet a la entrada, luego al médico, recibir las recetas, agendar cita para el próximo mes, ir a la farmacia a pedir los medicamentos, y repetir el procedimiento al siguiente mes, Jinich (1997) señala que “En la

mayoría de las instituciones públicas el avance del burocratismo ha degradado el trabajo del médico y lo ha convertido en una actividad rutinaria” (p. 27):

“tengo que estar con los medicamentos mes con mes”

Las intervenciones del “hospital” como institución, construyeron en la subjetividad de Román la identidad “seropositiva”, que entre otras cosas incluye el sentido de “enfermedad crónica” y los cuidados que se derivan de la misma, por ello, la enfermedad conllevó un cambio en su estilo de vida:

“Cambió mi vida, mi forma de pensar, mi forma de cuidarme, mi forma de alimentarme, de hacer ejercicio”

“Ya tenía un esquema de que tenía que tomar todos los medicamentos entonces al principio si fue...(ríe) pero ya después vi los beneficios de dejar de tomar, desvelarme, porque sabes que te tienes que tomar los medicamentos a cierta hora, entonces me enojó esa parte de relaciones, interrelaciones en bares o en cantinas”

“Para mi el ejercicio es como una droga, algo bueno porque me hace sentir bien, y digo hoy quiero ir”

Román tiene planes de estudiar una maestría en el extranjero (Latinoamérica), una de sus preocupaciones principales para llevar a cabo éste plan, es asegurar los medicamentos antirretrovirales para poder continuar con su tratamiento, “sólo un 28% de los 7.1 millones de personas que necesitan tratamiento para el VIH, están recibéndolo en países en desarrollo” (González, 2008, p. 7).

“El hecho de tener VIH me limitaba o me sigue limitando por ejemplo que quiero irme a estudiar al extranjero o cambiarme de trabajo lo primero que me viene a la mente es cómo me voy a asegurar de que voy a tener medicamentos sin interrumpirlos”

También comentó que su jefe sabe que tiene VIH, algo que llama la atención es el comentario final de su jefe, en el cual, dice que no cree que tuviera VIH por su apariencia física:

“Déjame comentarte que a consecuencia de que le dije a mi jefe de mi proyecto de fuera, también le confesé qué tenía y porqué le decía yo que cada mes necesitaba venir por

medicamentos y llegar tarde a la oficina... me dijo a ver, por favor, no tienes que decirme más, te lo entiendo, te lo respeto, te admiro, y no creí que una persona como tú fuera seropositiva por la condición como te veo, por cómo te conozco del tiempo”

En cuanto a las relaciones de pareja, comenta que tiene medidas de seguridad refiriéndose al uso de condón durante las relaciones sexuales:

“En pareja se habla sobre si hay riesgo, sí, hay que tener medidas de seguridad para que el riesgo sea mínimo, entonces eso es hasta la fecha como lo llevo”

Finalmente comenta acerca de la enfermedad:

*“...es algo que ya lo tienes, **es algo ya real**, algo que ya estas viviendo, algo que te has cuidado, que te has tratado, que te has procurado, no te has dejado caer, **no tendrías por qué dejarte caer”***

Cuando menciona “*es algo ya real*” refiere a la enfermedad en una primera instancia simbólica a través de la homosexualidad y en una segunda instancia fisiológica a través del VIH como algo “*real*”, en otras palabras, el VIH es una representación de la homosexualidad que se vivió como enfermedad. Al respecto agrega “*no te has dejado caer*”, efectivamente desde que se asumió como homosexual no se dejó caer, siempre se reconstruyó por su instinto de supervivencia.

Se identifican tres etapas en la enfermedad de Román. Durante la primera etapa se construye una identificación simbólica entre homosexualidad y enfermedad a pesar de que en lo fisiológico se encontraba sano. En la segunda etapa ocurre la infección de VIH como una transición de lo simbólico al hecho “*es algo ya real*”, dice Román; en ésta etapa sucede lo que Galende (1997) llama “las puestas en escena”, esa curiosa capacidad de montar situaciones que, al modo de los recuerdos encubridores, hacen ver a los espectadores una realidad cuya finalidad es mantener oculta otra. En la tercera etapa se da el conocimiento de la infección y la apropiación de la enfermedad, es decir, se vive como enfermo seropositivo y se procura cuidados y cambios en su estilo de vida.

EL ACERVO SUBJETIVO DEL CUERPO

Con el análisis de la enfermedad vivida por Román, y la forma de integrar su organismo a un cuerpo simbólico enfermo, sólo se expone una parte de su subjetividad, cual historia que comienza narrando su fin. Sin embargo, tiene un acervo muy amplio que comenzó en la interacción con su familia y posteriormente con diversas esferas de la sociedad. A través de un análisis más amplio se describe cómo eventualmente se construye el cuerpo de Román, entre la interacción y su apropiación.

El rechazo y la no aceptación resultan ser el eje de su acervo subjetivo. Los eventos caracterizados por el rechazo o la no aceptación, marcan diferentes ciclos en su vida. Cabe señalar que Román Alexis es un hombre joven, atlético, atractivo, con una licenciatura terminada, autosuficiente, productivo, inteligente, ante lo cuál surge la duda del por qué se vive de la siguiente forma:

“... Tengo que irme pensando rechazado...”

“...No me aceptaron.”

Ante tal duda, conviene recuperar en qué esferas se ha vivido rechazado o no aceptado.

Román nace dentro del segundo matrimonio de ambos padres. En esta familia existe un primer momento de organización, y se desarrolla cuando sólo han nacido dos de los hijos (Román y la hermana mayor). En este momento se despliega una relación muy particular con cada miembro de su familia:

La Madre:

Desde su imaginario, su madre fue la encargada de designarlo en la familia antes de nacer, nombrándolo *Román*, porque así se llamaba su primer esposo, lo cual genera una destitución al padre en su legado, y la duda de ser hijo de otro, debido a que la igualdad de nombres implica una aparente consanguinidad: “Los nombres no son algo indiferente ni convencional, como nos parecen a nosotros, sino algo esencial lleno de significado. El nombre de un ser humano es un componente principal de su persona, acaso una pieza de su alma. La igualdad de nombre...obligaba...a suponer un lazo secreto y sustantivo... ¿Y qué otro lazo podía contar si no era el parentesco consanguíneo?...supuesto este a causa de la igualdad de nombre” (Freud, 1999, pp. 114 y 115).

De acuerdo con Román, el segundo nombre que su madre le puso, fue *Alexis*, porque así iban a nombrar a una hija anterior a él, que no nació debido a un aborto natural. Éste acontecimiento deja entrever el deseo de la madre de tener una hija.

“Yo tuviera una hermana mayor que yo por dos años, pero mi mamá abortó, tuvo un problema y no pudo desarrollarse, y tenían pensado los dos ponerle un nombre que después me pusieron a mi pero en masculino, y mi primer nombre es el del primer esposo de mi mamá”

En cuanto a la representación que Román hace de su madre, está construida como una mujer guapa, que vivía las infidelidades de su padre y desafiaba al padre siendo infiel. Freud señala que durante la infancia se representa a los padres de la siguiente forma “...su padre le parecía el más noble y fuerte de los hombres, y su madre, la más amorosa y bella mujer” (Freud, 1979, p. 1363). Sin embargo, la madre no permitió que Román tuviera dicha percepción de su padre por los desafíos que le planteaba.

“Una persona tan guapa como es mi madre, siempre la concebí”

“Si mi madre tenía conocimiento de que mi padre la engañaba, ella engañaba a mi padre como respuesta a”

Pero sobre todo fue vista como su apoyo, proveedora de bienes materiales y cariño.

“Mi mamá trabajaba en función económica para la familia pero pues más a mi”

“Yo veo una madre que me provee a mí y me apoya materialmente, y se acercaba conmigo y me pedía”

“Siempre fue mi madre el apoyo total de la secundaria en cuanto a materiales”

“Nunca fue muy cariñosa, pero cubrió ese tipo de cariños comprándome ropa, juguetes, y yo estaba feliz, y dándome tiempo, vete a jugar pero te quiero a esta hora, haz tu tarea y aprendía yo con mi mamá, ayúdame a lavar, ayúdame a esto”

“Me emocioné bastante realmente y se lo agradecí, compró la máquina vendiendo el cerdo para que yo tuviera la herramienta para el taller de mecanografía”

Retomando la representación de la madre, Román describe una identificación con ella. Freud indica que en la infancia surge un deseo por parecerse “al progenitor del propio sexo” (Freud, 1979, p. 1361), sin embargo, Román no tiene oportunidad de identificarse con su padre, pues no se encuentra semejante a él por el parecido físico con su madre, y por el acercamiento que ésta le brindaba.

“Desde que tengo uso de conciencia esa identificación con mi madre”

“...yo tengo los rasgos físicos de cara y gestos de mi madre”

“...yo soy más querido en el pueblo de mi mamá porque me parezco a toda la línea de mi mamá”

La identificación es descrita por Freud como “...una asimilación de un yo o un yo ajeno, a consecuencia de la cual ese primer yo se comporta en ciertos aspectos como el otro” (Freud, 1979, p. 1361), quizás esta sea otra razón por la que Román asimila en su historia, la historia de la madre, en tanto que el padre no le da lugar al hijo, y por tanto el acercamiento que la madre le da del mundo masculino resulta difícil.

“Hubo esa identificación”

“...mi abuelo materno nunca le dio crédito a mi mamá porque decía que no era su hija”

Al parecer, la madre genera una representación de un padre distante que prefiere a su hermana mayor, quizás para acercarlo más a ella:

“Me dice mi mamá que...no había hecho tanta fiesta como lo había hecho con mi hermana (refiriéndose al padre), cuando yo nací mi bautizo fue aquí en México, cuando nace mi hermana la fiesta la hacen en Oaxaca con gente en Oaxaca, porque se parece a mi papá”

“Cuando tú naciste parece ser que no te hizo mucha fiesta pero cuando nace tu hermana tú tenías año y medio y la fiesta en Oaxaca fue de siete días, siete días de fiesta por el bautizo de tu hermana”

“¿Necesitaba el cariño fuerte de mi padre? No, al final creo decir que sí lo cubrí con lo que conozco de mi madre”

En esta primera organización se da una relación padre-hija, y madre-Román.

“Antes de mi hermana (la menor) los dos nos sentíamos dueños de nuestros propios tronos”

“Mi hermana y yo tuvimos nuestros reinos solamente hasta que nos destronaron”

“Los conflictos eran así de que pese a que éramos tan niños nos sentíamos ajenos”

“Mi hermana es un poco más morena, sacó la línea de mi abuela, de mi padre, y yo saqué la línea de mi mamá y de mi abuela, entonces digo ahí estamos bien identificados en nuestros carriles”

La Hermana Mayor

Quién era la hermana mayor desde su representación, al parecer es la hija que el padre quiere por el parecido físico, lo cual generaba peleas entre él y su hermana mayor por el cariño de sus padres:

“Con mi hermana la mayor históricamente siempre fue la confrontación, siempre, pero era porque estábamos identificados ella con mi papá y yo con mi mamá”

“Mi hermana tiene los rasgos físicos de mi padre, entonces yo por ese lado yo me veía, pues es que te quiere a ti porque te pareces más a mi papá”

“Mi hermana sí tiene rasgos de mi abuela de la familia de mi papá”

“...fue más querida en Oaxaca porque trae la línea de mi papá”

Ella era la que tenía la confianza de su padre:

“Le decía mi papá a ella... que mi mamá era una prostituta por tener un amante”

Posteriormente la familia se reorganiza con el nacimiento de la hermana menor:

“Entró mi hermana que entró a mediarnos porque después los dos nos volvimos padre y madre de mi hermana la chica porque mis padres trabajaban entonces nos quedábamos a cargo”

La Hermana Menor:

La hermana menor fue vista como la mediadora, la que debía ser cuidada por Román y por su hermana mayor, la misión de Román, la hermana querida.

“Entró a mediarnos...”

“Ya teníamos a mi hermana que era nuestra misión y se volvió después una misión particular cuidar a mi hermana”

“Yo no tengo conflicto con la de en medio porque realmente es la que yo sigo queriendo y con la que vive mi mamá”

El nacimiento del hermano menor marca otra etapa de organización en su familia. Se genera una relación padre-hermana mayor-hermano menor, madre-hermano menor, Román-hermana menor.

“Mi hermana (la mayor) sale a flote, y dice yo sigo teniendo recursos por parte de mi papá, entonces entró un conflicto con mi hermana, entonces es en ese momento cuando mi hermana tiene de aliado a mi hermano y yo tengo, yo jalo a mi hermana la chica, llega el chico y mi hermana la de en medio empieza a ser ignorada, entonces yo jalo a mi hermana la chica, mi hermana (mayor) jala a mi hermano el chico”

El Hermano:

¿Quién era el hermano menor en sus propios términos? Al parecer era el que sí fue reconocido por el padre porque poseía todo el parecido físico con él, y también es el que acapara la atención de la madre.

“Mi hermano chico era el vivo reflejo de mi papá pero en blanco, entonces fue la adoración de mi padre y para efecto mi madre deja de trabajar para cuidarlo a él”

“Se parece a mi papá pero trae la tez de mi mamá”

“Mi hermano al que le dieron totalmente el apoyo, es la combinación de los dos, se parece totalmente a mi padre pero en la tez blanca de mi madre”

La postura de Román hacia el hermano menor no dista mucho de lo descrito por Freud con el nacimiento de un hermano menor: “...el amamantamiento no es lo único que enemista al

niño con el indeseado intruso y rival; igual efecto producen todos los signos del cuidado materno. Se siente destronado, despojado, menoscabado en sus derechos, arroja un odio celoso sobre el hermanito y desarrolla hacia la madre infiel una inquina que muy a menudo se expresa en una desagradable alteración de su conducta.” (Freud, 2004, p. 114).

“Llega él...esta mal decirlo pero es la realidad, el plato en discordia, me hace ver vulnerable a mi, porque deja de trabajar mi madre, lo atiende a él”

Era el que provocaba que sus padres agredieran a su hermana mayor y a él:

“Le pasaba algo y a los dos nos chingaban” (refiriéndose a la hermana mayor y a él)

El que recibía todo el afecto:

“Esas muestras de afecto grandes de abrazar de que te quiero mucho, se las dio a mi hermano”(refiriéndose al padre)

“Llegó mi hermano, ya no me lo demuestra a mi (el cariño) sino a mi hermano” (refiriéndose a la madre)

El extraño:

“Entra un conflicto de los dos (refiriéndose a su hermana a él) de ver al niño como un extraño”

El inútil, el rebelde:

“Ustedes crearon a un inútil porque al niño nunca le faltó nada”

“Mi hermano se vuelve un rebelde, cae en drogas”

“Mi hermano no se ha casado, no tuvo una carrera”

El que es como el padre:

“Hijo de tigre, tigrillo, ¿verdad?, y me dijo ¿por qué lo dices? Y le digo pues sí, padre obrero, hijo obrero”

Román también describe que ambos padres tenían amantes y deja entredicho que no encontraba un lugar dentro de su familia, se veía desplazado por los amantes y por los

hermanos: *“No me quedaba claro el núcleo familiar, recordaba a la familia que era mi papá con su amante, mi mamá con su amante, y sus otros hijos”*

Resulta importante señalar las etapas de organización familiar, debido a que los eventos relacionados con dicha organización, dejan entrever nuevamente, que no encuentra un lugar en una familia donde el padre prefiere a los otros hermanos y la madre comienza a preferir al hermano menor. Freud (1979) señala en su obra *La novela del neurótico*: “Son frecuentísimas las oportunidades en las que el niño es menospreciado o en que por lo menos *se siente* menospreciado, en las cuales siente que no recibe el pleno amor de sus padres o, principalmente, lamenta tener que compartirlo con hermanos y hermanas” (p. 1360). Dicho fenómeno se hace presente en las palabras de Román, donde se pueden encontrar distintos argumentos que preparaban el siguiente paso: su salida de casa.

Los padres:

“Me salí porque ya no aguantaba yo los pleitos que tenían ellos, las indiferencias, las infidelidades”

“Yo quise seguir estudiando y ninguno de los dos fueron para decirme a ver qué quieres estudiar”

“Siento que me faltó cariño”

La madre:

“Ya existía mi hermano, entonces todo lo depositó en mi hermano y me sentí muy mal por ello, es cuando dije no me puedo quedar con ustedes” (refiriéndose a su madre)

“...luego vino mi hermano y es donde mi mamá dejó de trabajar por dedicarle todo el tiempo a mi hermano” Más adelante menciona: “Yo quería abrazarla con cariño y me decía no, hazte para allá”

La madre le dio un lugar en la familia hasta que nació su hermano menor, “El varoncito, que considera a la madre de su propiedad, hace la experiencia de que ella le quita el amor y cuidados para entregárselos a un recién nacido” (Freud, 1996, p. 181), porque es el momento en que la madre deja de trabajar y se dedica al menor, por tanto deja de ser

proveedora y él ya no se siente como hijo, en este periodo abandona su casa, probablemente porque la madre le quita el lugar que tenía en la familia

“...llegó mi hermano, y es en ese momento que mi madre deja de trabajar y es cuando yo me revelo”

“...realmente no es que a lo mejor quisiera yo tener el apoyo de que tú me digas a mi o que me preguntaras qué es lo que quiero yo hacer y no, me dejas a mi sólo, realmente por qué porque ahí entró el conflicto fuerte de mi hermano”

“Le dije, es que cuando me soltaste, que te dedicaste a mi hermano, me soltaste, ya me sentí vulnerable, ya no trabajaste para mi”

“Es uno de los reproches fuertes que yo se lo hice saber a mi mamá, ya cuando ya me reconcilié con ella, es que mamá date cuenta tú le prestaste toda la atención a mi hermano, nunca lo entendí”

“Esos cariños que de alguna manera nos demostraba ya era directo a mi hermano, pero yo no me conflictuaba porque yo sabía que de cierta manera mi madre me daba esos cariños a mi”

“A mi quien me proveía de recursos en el sentido de ropa, de motivación hasta cierto punto fue mi madre, hasta el punto que apareció mi hermano”

“En este caso cuando yo vi ausencia de que...me vi vulnerable que te digo, es cuando me vi ya no como hijo”

“Era mi segunda madre realmente, ella siempre dijo lo que tú necesites nosotros te lo podemos dar” (refiriéndose a la mamá del compañero con quien se fue a vivir)

Otra figura importante en el momento de su salida de casa fue su padre

“El que más me afectaba era él, también eso motivó así como que salir de la casa” (refiriéndose a su padre) más adelante comenta por qué lo afectaba: “mi papá siempre estuvo sobre mi criticándome que si no me quitaba de la falda de mi madre...”

“No puedo identificarme con mi padre porque en ese momento todo señala a que se sienta identificado con mi hermana y con el nuevo niño”

El Padre

“El hijo sin padre se ha quedado sin lugar y, en la indigencia de certezas en el camino que está obligado a recorrer, signará su falta en el soporte inmediato de su existencia: su cuerpo.” (Gaos, 2009, p. 130)

Según Julien (2002) se es padre en tres niveles: el legal (avalado en el discurso civil con el reconocimiento patrimonial), el biológico (proveniente del discurso médico), y el simbólico, recibido por el deseo de la madre (reflejado en el discurso individual).

Para Safouan (1977) se es padre en tres dimensiones: real, simbólico e imaginario. El padre real es aquel hombre que se designa con el nombre de padre, es el encargado de emitir la orden de separación entre el hijo y la madre: “No te acostarás con tu madre” (Safouan, 1977, p. 63); El padre simbólico es el que representa la ley y tiene autoridad, en tanto prohíbe efectivamente a la madre, es decir, aquel cuya orden tiene efectos y no queda impotente ante el deseo de la madre ya que es ella quien designa la simbolización del falo en el padre (Safouan, 1977); El padre imaginario es el ser imaginado por cada uno para determinar quién es ese representante de la ley: “la ley en el discurso del Otro, induce lo imaginario” (Safouan, 1977, p. 131).

Cabe señalar que existe un hombre en la vida de Román que se designo con el nombre de Padre, este hombre lo reconoció legalmente y por el reporte verbal de la madre fue él quien aportó la simiente para su concepción, lo cual hace de ese hombre, en términos de Julien (2002) padre legal y biológico, y en términos de Safouan (1977) padre real.

Ahora bien, Román refiere a su padre de la siguiente manera:

“Tengo un padre biológico y punto”

Empero qué sucedió con su padre en la dimensión simbólica e imaginaria. Para indagar sobre su padre en tanto simbólico, habría que responder a la siguiente cuestión ¿su padre representó la ley, esa ley que separa a una madre de su hijo?

Para responder a la cuestión anterior, es necesario perfilar a la madre y al padre que él describe. Resulta importante señalar que Román refiere una madre seductora.

“Mi mamá me decía que era atractivo, eso me encantaba”

“Depositó en primera instancia conmigo todo ese tipo de amor, que en su momento fue amor”

E indirectamente refiere la intervención del padre, tratando de poner un límite entre la madre y el hijo que no tuvo éxito debido al deseo de la madre, mismo que no permitió la simbolización del falo en el padre, refiriendo al falo según Safouan (1977) como el poder creador que se extiende a todas las cosas:

“Mi papá siempre estuvo sobre mi, criticándome que si no me quitaba a mi de la falda de mi madre... (deja la frase incompleta), que mi mamá me consentía mucho, era la verdad”

Así el padre resultó ser una figura disminuida, una figura sin poder (sin falo), mientras que la madre curiosamente es descrita como la “creadora”:

*“Como proveedor, él pues te ha fallado, entonces **tú has creado todo**, yo lo conozco, desde chavo tú lo has creado, o sea, si yo veo ese televisor tú lo compraste mamá, si yo veo, tú me comprabas juegos, tú me ayudabas a hacer las tareas, tú me llevabas a la escuela, ¿realmente fungió en el sentido de un proveedor económico aun cuando mi mamá también trabajaba?”*

El poder fue atribuido a la madre y no al padre:

“Mi mamá trabajaba”

“Mi mamá me procuraba”

“Pero él no, él nada más era...”

¿Qué era? Es la pregunta que él mismo no puede responder, aunque por otra parte sabe lo que no era, y lo representa en el padre imaginario que ve, ese que no era el padre simbólico descrito por Safouan (1977) porque no representó la ley. No obstante se desarrolla el llamado “padre imaginario” en los siguientes términos:

NO PROVEEDOR

“Él fungió como proveedor económico a la familia pero en particular a mi hermana”

DESPREOCUPADO

“No se preocupó por mi”

“Un cabrón con sus amantes”

DISTANTE

“Le daba a mi mamá para que a mi me comprara ropa y él llevaba a mi hermana a comprar ropa”

RECHAZANTE

“Veo esa deficiencia que tuve como padre cariñoso”

“No veo por qué tenga que recuperar el cariño de padre cuando no lo tuve”

Según Alveano (2001) la falta de cariño o “deprivación afectiva”, es una de las tres manifestaciones de rechazo paterno: “Las huellas físicas del rechazo del niño golpeado, la deprivación afectiva y la sobreprotección, son del mismo modo, manifestaciones de rechazo al hijo” (p. 17). Así la falta de cariño propició que se formara el rechazo como un rasgo del padre imaginario:

“No salí el hijo que querías que a lo mejor fuera yo”

Cabe señalar que la representación de un padre imaginario delata una formación previa de un padre simbólico, lo cual deja una grieta en la teoría de Safouan (1977): Si del padre simbólico deviene el padre imaginario, quiere decir que existe un padre simbólico deformado, o de “no ley” por llamarlo de algún modo, que permitió la construcción de un padre imaginario en la duda irresoluble del hijo ¿quién es ese no representante de la ley que se hace llamar padre?:

“sabía que existía (refiriéndose al padre), pero no”

En consecuencia su padre en tanto simbólico se construyó como una falta que generó un padre imaginario congruente con esa falta: falta de preocupación, falta de provisiones económicas y sobre todo falta de cariño.

Por otro lado, no se puede dejar de mencionar que el nombre del padre también es una representación simbólica que hunde sus raíces más allá del reconocimiento legal del apellido y determina la continuación de un reconocimiento en el orden simbólico. La

estampa representativa del caso es el primer nombre del hijo: Román. Nombre que él reporta designado por la madre y que corresponde al nombre del primer esposo de su madre. Así, la madre lo signa con el nombre de un hombre diferente de su padre, lo cual representa la duda de su paternidad, o el deseo de su madre de que su hijo sea de otro hombre. Este signo representa una pérdida simbólica de reconocimiento paterno proveniente de la madre, y se reafirma cuando Román percibe que su padre no reconoce sus propios rasgos físicos en él: se transmite la duda de su paternidad, basándose en las características heredadas. Alveano (2001) mencionaba: “Un vástago nace con una serie de dotaciones genéticas y prenatales muy amplia. Posee características físicas como el color de la piel y el pelo, que son características dominantes y evidentes, hasta ciertas predisposiciones heredadas, tanto en lo biológico como en lo psicológico; todas pueden manifestarse o no, dependiendo del medio en el que se desenvuelve” (p. 83). En efecto, un hijo recibe dotaciones parentales que pueden o no manifestarse, sin embargo, en este caso, la no manifestación de las características del padre es interpretada como una no paternidad y afianza el rechazo del padre, al cual se suma el rechazo de la familia paterna:

“Mi papá siempre ha esperado que se parezcan a él...y a lo mejor subconscientemente no le gustó la idea de que yo saliera así, blanquito o más blanquito, con rasgos de mi mamá”

“No creían que yo era su hijo porque no me parezco físicamente y la tez tampoco la tengo”

“Mi abuela, hubo una ocasión en que me escondió para no presentarme con gente que digo, se hablaba en zapoteco, porque no creían que yo era hijo de mi papá”

Y Román toma una postura ante el padre: la de no ser su hijo, en parte porque indica que no le dio cariño. Freud (1979) señala que la percepción de no haber recibido cariño genera la duda de no ser hijo del padre: “La sensación de que su propio afecto no es planamente retribuido se desahoga entonces en la idea, a menudo conscientemente recordada desde la temprana infancia, de ser un hijastro o un hijo adoptivo” (p. 1361)

“Ya después de todo, como papá no fue un padre, porque no me va a proveer, a estas alturas no lo veo que me provea a mi algo, cariño, no lo se, cómo, porque nunca me lo dio”

“M: ¿Qué significa para ti ser hijo? R: Tener toda la atención y el apoyo condicional e incondicional M: ¿Y quién fue tu padre entonces? R: No tuve”

“Me sentí un poco aislado”

“Si me dices por qué no puedes ver en tu papá un personaje paterno, porque no lo hubo, nunca lo sentí, proveía a la familia, pero apoyó totalmente a mi hermana”

En consecuencia no se crea un lazo simbólico de linaje con el padre (el linaje “indica descendencia común y consanguinidad” (Freud, 1999, p. 104). Y El padre se vuelve lo que Alveano (2001) denomina “ausente”:

“Ausencia del padre. Se trata de aquel tipo de intercambio emocional padre-hijo, que involucra eventos reales o funcionales de desapego, desinterés, desatención, desprecio, irresponsabilidad y falta de compromiso; comprende incluso todo hecho real de franca violencia, animadversión y odio expresado de manera verbal...o física, por el padre.” (p. 35).

Precisamente, uno de los eventos reales que develan la ausencia del padre es la siguiente afirmación:

“Ya no puedo verte ni con cariño de padre ni con cariño de amigo”

El rechazo del padre se hace expreso y directo, es decir, “La vivencia de rechazo para un hijo, puede surgir de que un padre le diga directamente al hijo: “no te quiero”. También pueden originarse en manifestaciones más sutiles como la indiferencia o la simple dificultad del padre para manifestar cariño.”(Alveano, 2001, p. 34)

Sin embargo, la única ocasión en que lo llamó hijo, fue para pedirle que tuviera un descendiente, pero Román reafirmó la no filiación al padre diciéndole que no es su hijo, quizás por venganza: “En lo inconsciente, se puede gestar la fantasía “no me quiere, me voy a vengar”. Y ¿Cómo es la venganza? Por desgracia, suele actuarse contra los propios hijos, en la siguiente generación”. (Alveano, 2001, p. 34)

En este caso, la venganza al padre no se realiza a través de una generación siguiente, sino que se hace negándole al padre la inmortalidad de la descendencia “En su culminación, el ser sexuado está tentado –incluso se supone que debe hacerlo–, de creer en la

inmortalidad” (Bataille, 2008, p. 103) la sensación de inmortalidad se crea no sólo a través de la reproducción, sino también de la descendencia que asegura la continuidad del linaje, la interrupción de la descendencia implicaría la muerte del ser discontinuo y la extinción del linaje.

“... a los treinta años sí me llamó y me comentó oye y qué onda no piensas casarte, no te quiero ver solo, fue el argumento que me dijo y yo le dije pues cual es la prisa, no se, verme solo en qué sentido, no se, no pues al menos ten un hijo”

“No te quiero ver solo, ten un hijo... tú tienes a tu hijo que seguramente va a ver por ti, yo no porque yo no soy tu hijo”

Como se pudo apreciar, su padre le envió mensajes ambivalentes difíciles de comprender, aunado a que es un padre ausente, se desarrollan las condiciones para generar fantasías inconscientes⁵:

“La casi total ausencia física del hombre en la pareja y la vida del hijo (el procreador circunstancial), hasta la ausencia emocional funcional de la figura paterna...suscitan en el hijo que las vive, una serie de *fantasías inconscientes*, que llegan a motivar parte de su conducta”. (Alveano, 2001, p. 31).

Esto puede formar parte importante de las motivaciones inconsciente en el contagio de VIH, ya que el contagio refiere una forma de castigo: *“Me herí a mi mismo”/ “Es una manera en que arruine mi vida”*

“Las fantasías inconscientes tienen como consecuencia: la culpa, el castigo o la venganza. “Me abandonaron por ser malo”, luego, “sabiéndose” malo, trata por toda su vida de ser castigado o de vengarse de quienes lo abandonaron” (Alveano, 2001, p. 35).

Pero por qué razón Román podría fantasear inconscientemente que es malo, quizás por no cumplir con los cánones de masculinidad de su padre:

*“...eres un **maricón** que no aguantaste nada”*

⁵ Las fantasías inconscientes son “...toda explicación irracional, infundada, que se da alguien, a fenómenos de los que desconoce las causas reales y sus detalles; dicha explicación le permite entenderlos satisfactoriamente y provoca motivaciones conductuales inconscientes en base a ellas.” (Alveano, 2001, p.35).

La frase mencionada fue ubicada por Román a los 8 años de edad, durante la visita a un centro de diversiones, en donde su padre lo subió a los juegos mecánicos, Román describe que su padre no se subió con él y lo encargó con otro señor (es reiterativo este hecho), cuando los juegos mecánicos comenzaron a funcionar, Román lloró, gritó, sintió terror, miedo y estrés, ante lo cual su padre respondió con risas y burlas, y finalmente con la frase mencionada. El padre lo insertó en el concepto de **marica** designándolo como tal y castigándolo por lo mismo. Al respecto Dio Bleichmar (1991) menciona que “Al niño que no cumple con los cánones de masculinidad requeridos...se le comienza a rotular de «marica», es decir, inferior o sospechosamente femenino...Si el significado de «marica» es en primer lugar femenino y no homosexual, es decir, que lo peyorativo es la feminidad o el sexo femenino, no el hombre que desea a otro hombre, sino el varón que por tener comportamientos de mujer es inferior, debemos concluir que la masculinidad...se define fundamentalmente por el negativo de la feminidad: no se es mujer, ni se posee ningún rasgo femenino” (p. 85). Por lo anterior se infiere que de algún modo su padre lo percibía femenino, aunque cabe señalar que cuando el término marica se toma como un sinónimo de homosexual, implica el imaginario de que los homosexuales son femeninos. Esto da la pauta en Román para la construcción del concepto “homosexual”, equiparable a un hombre que es femenino, a pesar de que Román no tiene comportamientos ni apariencia afeminada. Además, la homosexualidad se perfila como debilidad cuando su padre le dice que no aguanta nada por llorar, tener miedo, terror y estrés:

“Por parte de mi papá, fue realmente una situación en la que yo sentí terror”

Aunque, accedió a continuar subiéndose a los juegos mecánicos a pesar de las sensaciones que tenía: “...por darle gusto nada más”. Esto devela una búsqueda por agradar a su padre, a pesar de que su padre lo llamara “maricón” y lo hiciera sentir miedo y estrés, él quería demostrar que sí aguantaba, que era masculino. Esa ocasión no fue el único momento de su vida en el que su padre le hizo presente que no iba a aguantar.

“...cuando me salí de casa me mandó decir con mi madre que no iba a aguantar”

En este punto el padre externa un desafío permanente:

*“...dijo que yo iba a regresar a la casa rogando apoyo de él para hacer cualquier cosa en mi vida, entonces eso también me hirió, de decir ah, es un reto, tú crees que no voy a poder hacer nada si tú no estas presente, fue **para mi un reto**”*

Pero ¿Qué es un reto o desafío? “Un **desafío** se parece a veces a una rivalidad: “Te desafío a levantar este peso”. Pero la apariencia se disipa si uno advierte que la rivalidad es, hablando con propiedad, una competición expresamente *aceptada* por los rivales...ocurre de manera totalmente diferente en la rivalidad íntima, por decirlo así, o sea *no declarada...*” (Safouan, 1977, p. 62) Cuando se trata de una rivalidad no declarada, el desafío se hace a muchos rivales:

“¿Y quiénes (o qué) son estos rivales tan múltiples como *mudos*? Freud responde: **repeticiones del padre**” (Safouan, 1977, p. 63). Para Román las repeticiones de su padre fueron las instituciones educativas que él declara fuentes de un reto: terminar la escuela (ver ciclos de reconstrucción). Este fenómeno fue repetitivo, por ello se considera actual desde la perspectiva de Freud (2004):

“Independientemente de que los hechos reales...se hayan producido hace muchos años, su vitalidad como fuente de insatisfacción y motivo de conductas, es actual, presente en todo adulto.” (p. 32).

Sólo hace falta puntualizar que él menciona la intención de suicidarse ante cada reto, intención por cierto que se repite en otros momentos de su vida:

*“Solamente en la secundaria sí lo intenté...compre con un amigo, que tenía familia en una farmacia, pastillas para dormir, **le dije que mi padre necesitaba pastillas** y me las dio, pero no me las tome”*

Resulta importante que la primera vez que intentó suicidarse, compró unas pastillas, y dijo que eran para su padre ¿a quien realmente quería matar era a su padre y no a él mismo?, si fue así ¿cómo volcó ese deseo de destrucción hacia él, si originalmente iba dirigido a su padre? Esto se debe a que se hace una apropiación del mensaje recibido por el padre:

“De regreso al hijo abandonado, podemos encontrar impulsividad, arbitrariedad, conductas cambiantes, impredecibles y un aspecto muy importante: destructividad y autodestrucción...A la destructividad y la autodestructividad es menester darle un renglón aparte. El hijo abandonado creó una fantasía: no me quieren. El grado más suave de esta falta de cariño es la indiferencia; si existe gran vivencia de rechazo, la fantasía puede cambiar a me odian y quieren destruirme. El mensaje recibido pronto se hace propio. En Psicoanálisis se dice que alguien se identifica con el agresor (en este caso, el padre

abandonador). Ello resulta paradójico: se aprende a hacer cosas en contra de sí mismo, que tienden a realizar el mensaje recibido: muérete.” (Alveano, 2001. p. 43). Aunque queda la duda de cómo es posible la inversión de un “te quiero matara” a un “me quiero matar”. Esto es posible en términos del fenómeno del jarrón descrito por Safouan (1977).

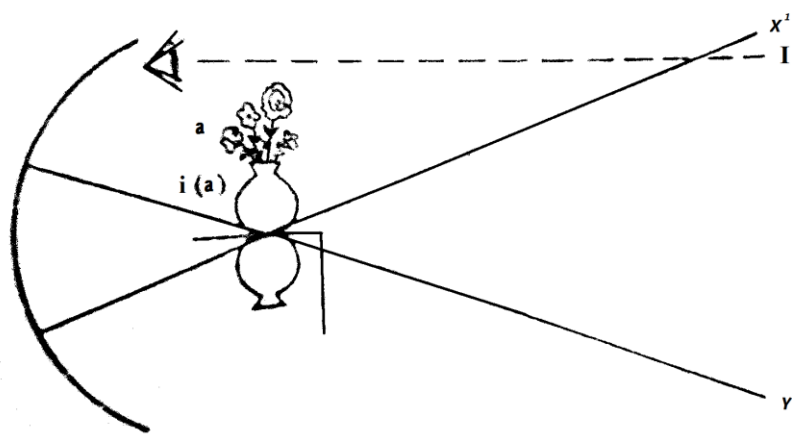


Figura 1

Figura tomada de "Estudios sobre el Edipo", por Safouan, M., 1977, p. 159.

Para dar un soporte de realidad se colocan unas flores sobre la mesa, que con el efecto de inversión parecen estar en el jarrón real.

El jarrón es representación del organismo del sujeto y las flores son aquellos significantes que el Otro coloca en el sujeto, la figura compuesta, es la representación de “la relación del sujeto con la imagen de su propio cuerpo” (Safouan, 1977, p. 160), pero no hay que perder de vista que las flores están colocadas en un lugar muy diferente del jarrón real, sin dejar

por ello de colocarse en él.

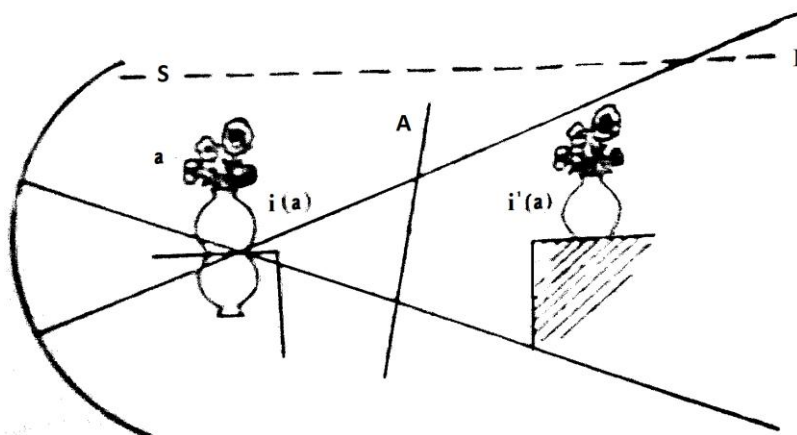


Figura 2

Figura tomada de "Estudios sobre el Edipo", por Safouan, M., 1977, p. 161.

La figura 1 muestra un jarrón oculto debajo de una mesa frente a un espejo cóncavo, cuando la mirada del espectador se coloca en cualquiera de los puntos x^1 , y^1 , el resultado es $i(a)$: una imagen invertida y ficticia del jarrón original. Para dar un

Ahora bien cuando el sujeto se somete a la mirada demandante del otro (ver figura 2), representada por un espejo plano (A), la imagen $i^1(a)$ aparecerá en el espejo, y “basta con concebir a este

espejo como un espejo sin azogue o como un vidrio” (Safouan, 1977, p. 162) para entender la confusión del sujeto: Cuando el sujeto cree mirar al Otro, en realidad mira su propio reflejo, pero lo considera ajeno. Es bajo esta confusión, que todas las acciones que suponga contra del Otro serán contra sí mismo. ¿Cómo ocurre esto? Si uno se mirara al espejo y creyera que el reflejo es Otro distinto, y a su vez quisiera darle un vaso con agua, el reflejo no podría beberlo por sí mismo, sólo cuando uno beba agua el Otro también lo hará, es así como Román obedece al deseo de darle muerte a su padre intentando suicidarse e infringiéndose daño con el contagio de VIH.

Los Ciclos De Reconstrucción

Posterior a su intención de suicidio, salió de su casa, en este periodo estaba terminando la secundaria. Éste evento marca el inicio de un ciclo de reconstrucción, que se caracteriza por el alejamiento físico de su familia y la meta de terminar la preparatoria, pero con la intermitente del suicidio.

“Yo me salí a los 15 años de mi casa cuando iba en la secundaria”

“Esta mamá de mi compañero con el que me fui a vivir era maestra”

“Tome la decisión de salirme de casa, metí los papeles en la prepa, me quedé en la prepa y fui a pedir trabajo a una tienda”

“El reto era, cuando terminé la escuela me iba a suicidar y no lo hice (refiriéndose a la preparatoria)...”

Este ciclo de su vida concluye con la terminación de la preparatoria y comienza otro que comprende del periodo de la universidad hasta la aceptación individual de su homosexualidad.

“Terminé la prepa, me vino la crisis de 95, me calló la crisis y perdí el trabajo... pero me propuse terminar la universidad”

“Me sentí motivado para salir a terminar una carrera con miras de quererme superar y demostrarle a él que podía y que no era el inútil que él me decía que yo solía ser” (refiriéndose al padre)

“Cuando la terminé fue demasiado y ya, y fue ahí cuando me definí como gay, como homosexual...era algo similar a cómo me sentía” (refiriéndose a las etapas anteriores en las que quería suicidarse)

“Me acepté como gay y después pensé era elemento suficiente para poderme suicidar pero no me suicidé”

La aceptación de su homosexualidad tuvo un desarrollo en el terreno de lo individual:

“En la prepa me había pasado algo por la mente, esa cosquillita de ser homosexual, pero no la quería asumir, era un concepto que para mi me molestaba porque decía un gay o un homosexual es una mujercita, entonces yo no puedo ser eso, yo cuando pensaba que si me aceptaba de esa manera en ese tiempo, al otro día tenía que vestirme de mujer que no me gustaba la idea”

*“Preferí así como que quedarme en la **clandestinidad**”*

Durante la preparatoria tuvo novias pero su preferencia daba las primeras señales:

“Había novias de manita sudada”

“Mi primera relación fue con una prostituta, por amigos realmente”

“Nunca tomé nada en serio en una relación así como para casarme porque yo ya sabía que no iba a estar en ese pueblo mucho tiempo, en cuanto terminara la prepa sabía que yo tenía que regresar a México que era mi sueño”

“Un beso guácala, no, o así, pero los besos de niño, no sabes”

Sin embargo, su homosexualidad no fue aceptada en lo social. Cabe señalar que esta no aceptación social de su homosexualidad se hizo presente a lo largo de su vida:

“No me aceptaron” dice cuando habla de su homosexualidad

A lo largo del proceso de aceptación individual de su homosexualidad, se encuentran diferentes situaciones denominadas conductas de enfermedad. “Las conductas de enfermedad se refieren a las etapas que las personas pasan cuando creen que están experimentando síntomas de una enfermedad (como ir al médico, tomar la baja laboral, etc.)” (Alvarado, Garrido & Torregosa, 1996, p. 363). En este caso, la homosexualidad fue

asimilada indirectamente como una enfermedad, y en este proceso Román visitó a un psicólogo, a un médico y a un sacerdote, mencionando sus síntomas. Alvarado, Garrido & Torregosa (1996) mencionan que las conductas de enfermedad incluyen comportamientos que buscan cumplir con prescripciones terapéuticas para afrontar la enfermedad. En el caso de Román, la recomendación terapéutica (si se le puede llamar así) es la heterosexualidad:

La novia:

“Tuve una novia en la universidad y ella detectaba en mi distancia ¿no? (refiriéndose a lo sexual) Y me mandó con un psicólogo”

El psicólogo:

“En su momento yo le comenté de mis relaciones pero no me aceptó”

El sacerdote:

“Cuando yo le decía ya en el año de prepa que yo tenía ciertas inclinaciones o ciertas motivaciones de pensar con alguien o foguearme con alguna persona del mismo sexo, dijo que era una cosa aberrante, que la deidad no estaba considerando a esas personas y que me iba a ir al infierno”

El doctor:

“El doctor que me estaba viendo todavía al saber que llevaba asma, me dijo que tuviera pues un acercamiento, me dijo que tuviera mi primer intento de estar con una mujer, sensatamente a estas alturas me dijo, haz lo que mandan de estar con una mujer”

Tuvo intentos de permanecer con una novia e incluso de casarse, probablemente como un método terapéutico:

“Tuve novia, pero seguía el pensamiento en la cabeza de que, oh-oh, oh-oh, oh-oh”

“Conocí una abogada...dije, bueno, posiblemente con ella me pueda casar, pero el pensamiento seguía persistente, latente”

En ese mismo terreno menciona que se volvió alcohólico para no pensar en la posibilidad de ser homosexual.

“Me volví alcohólico en su momento, queriéndome quitar con el alcohol los pensamientos de que por qué piensas en un hombre, creí que era la mejor manera, no es cierto”

Los elementos anteriores (conductas de enfermedad, analogía de pensamientos homosexuales con síntomas de enfermedad, toma de recomendaciones terapéuticas, intervención de figuras sociales –novia, sacerdote, doctor, etc.–) se sumaron para Román, en la construcción de un concepto homosexualidad-enfermedad. Yela (2000) indica que uno de los estereotipos sobre los homosexuales es precisamente el de enfermedad “La cultura occidental de tradición judeo-cristiana, no sólo a través de la cultura popular, sino incluso desde la propia Medicina y Psiquiatría, ha considerado la homosexualidad –tanto la masculina como la femenina– como una enfermedad mental” (p. 194). En palabras de Román:

“Tuve en mi vida comentarios alusivos a que era un cáncer, una enfermedad, un complejo”

Román narra cómo fue su inserción al mundo homosexual y que se aceptó como tal hasta que tuvo su primera relación sexual con un hombre. Y al parecer, en este punto interioriza la palabra “aberrante” que había escuchado del sacerdote, al integrarla en su concepto de homosexualidad:

“Explorar qué era el mundo homosexual, o gay, fue un poco aberrante saber de los primeros casos”

“Puse un clasificado en una revista, y las personas, las primeras personas que empecé a conocer, lo que querían era sexo, cuando yo en mi clasificado jamás puse yo nada que ver con sexo, simplemente: “tengo inquietud, deseo conocer qué es este mundo, ilústrenme”, y recuerdo bien que las personas que me empezaron a buscar eran de que pues vamos a mi casa y vamos a tener sexo, y yo, no me interesa”

“Tuve mi primera relación sexual, que lo conocí por las cartas, por ese clasificado, y de ahí ya empezó, pues ahora sí que mi identificación de lo homosexual”

En cuanto a la postura de la familia ante su homosexualidad, la madre, su hermana menor y su hermanastra saben que es homosexual, mientras que al padre no se lo ha dicho:

“Cuatro años después se lo planteé a mi mamá, a mis hermanas y bueno a la que murió también y hasta ahí vemos que se desarrolló, todo el proceso de aceptación”

“Él no lo sabe, finalmente no, como bien te dije la vez pasada, cuando yo me acerqué con él que me dejara ser su cuate, dije no tengo ninguna necesidad porque no soy su hijo ni soy su amigo, entonces no hay ninguna relación de confianza como para decirle, y él tampoco me ha consultado, entonces pues quedamos como cuates” (refiriéndose a su padre)

“No hay necesidad de preguntarme más allá, ni yo de proponérselo, ni él tampoco para decir, que nunca tuvo inquietud de preguntarme qué onda contigo, no” (refiriéndose a su padre)

En la visita de Román al psicólogo por los síntomas de homosexualidad, el psicólogo recomendó “hacer las paces con sus padres”. Fue posible con su madre, lo cual reafirmó su relación, sin embargo, el padre lo rechazó y no lo reconoció como hijo:

“En aquel tiempo el psicólogo me hizo que investigara la vida de mis padres...el reto fue hacer las paces, con mi mamá fue más bello, platicándolo, reclamándonos, pero con él no, cuando yo me acerqué a él con mucha pena, me dijo, después de 20 años, de 23 de ausencia yo ya no puedo verte ni como hijo ni como amigo...le dije, bueno...déjame ser tu cuate”

“Ya pasó mucho tiempo, yo ya no puedo verte ni como hijo ni como amigo”

“Sólo una ocasión me llamó hijo (refiriéndose al padre), fue para cuestionarme por qué no me había casado, no se lo he dicho directamente: porque soy gay, y luego mucho menos sabe que tengo VIH, mi mamá tampoco lo sabe, ni mi hermano”

Como ya se mencionó, existe un ciclo que comprende el período de la universidad a la aceptación individual de su homosexualidad, sin embargo, el rechazo en el terreno de lo social (la novia, el padre, el sacerdote, el médico, el psicólogo) abre una brecha de aceptación y comienza la búsqueda de reciprocidad a través de las relaciones sexuales. Sin embargo, tal y como lo menciona Bataille (2008) “La libertad sexual debió ser afectada por un límite, al que hemos de dar el nombre de prohibición” (p. 54), el mismo autor menciona que “Estas prohibiciones o restricciones varían grandemente según los tiempos y los lugares” (p. 54). En el caso de Román la práctica homosexual, como lo mencionaría

Bersani (1999) en su obra *¿El recto es una tumba?*, es una práctica “sujeta a consecuencias...una verdad que hay que cuidarse de decir” (p. 7), en lo público primeramente (por la temida condena social que ya se revisó) y también en lo privado (el goce homosexual se relaciona a la muerte porque se le ha atribuido la etiqueta de promiscuidad y a su vez el temor al VIH –como si fuese una enfermedad exclusivamente homosexual–). Si la relación homosexual resulta algo de qué cuidarse, no es de extrañar que en una primera fase Román mantuviera relaciones sexuales protegidas:

“Siempre use condón”

Sin embargo, existe un momento en el que encuentra la reciprocidad completa a través del amor. Brukner & Finkielkraut (2001) mencionan que el amor involucra la violencia de la reciprocidad, un reconocimiento de sí mismo en el otro, y quizás, el reconocimiento-aceptación de la homosexualidad, al involucrar la mirada de otro igual, “...embarca al otro en la misma balsa que yo...” (Brukner & Finkielkraut, 2001, p. 141). Román explica su contagio de VIH:

“Me enamoré”

Según Bataille (2008) “El impulso del amor, llevado hasta el extremo es un impulso de muerte” (p. 46). Román externaba constantemente su pulsión de muerte a través del suicidio, por lo cual, el contagio pudo ser una suerte de sublimación.

Román también menciona: *“Me fui a confiar en él, me siento sano, lo veo sano y wow, total, no le di atención al condón, no lo hablamos, me dejé llevar finalmente, wow, me había enamorado y me dejé llevar”* Ante lo cuál surge una duda: ¿Será posible que la sensación de enfermedad-homosexualidad se desvanezca frente a una persona con igual preferencia sexual? (se plantea dicha cuestión ya que podría dar pistas de la percepción de salud en la pareja sexual).

De acuerdo con Yela (2000) El enamoramiento es una “relación interpersonal íntima” que se vincula con el fenómeno amoroso puesto que es la fase primera del amor. El enamoramiento es una conjugación de atracción física e interpersonal, expectativas románticas, circunstancias que favorecen la proximidad espaciotemporal e irracionalidad puesto que se pone en juego el imaginario y lo emocional. Yela (2000) agrega que no existe una diferencia significativa entre el amor heterosexual y homosexual. Sin embargo,

las palabras de Román obedecen más a otra definición en la que el enamoramiento es un “estado de imbecilidad transitoria” (Yela, 2000, p. 110).

“Por amor fui un estúpido”

El contagio de VIH deviene en un momento que Román describe de éxito

“Cuando ya había logrado una carrera...cuando me sentí en ese momento una persona de éxito, mi mundo se venía abajo”

Román señala las implicaciones del contagio, una de ellas es el rechazo, que ahora no sólo provenía de personas heterosexuales, sino también de personas homosexuales (El VIH genera una condición de rechazo generalizado):

“Con la gente, obvio al principio fue el rechazo”

“Cuando me di cuenta que finalmente era seropositivo, se me vino el mundo encima”

“Un cambio total en mi vida”

“Me herí a mi mismo”

“Eso hirió un poco mi amor propio, haberme descuidado, y a lo mejor también estoy arrastrando eso, ese amor propio.”

“Mi perdón sobre mi mismo es lo más difícil, lo más pesado”

“Es una manera en que arruine mi vida”

Román refiere dos situaciones de rechazo a nivel de pareja, después del contagio:

“Tuve una pareja 5 años”

*“Me dijo que ya no soy atractivo física y sexualmente y eso me duele mucho”
(refiriéndose a su pareja de 5 años)*

“Le dijo a un amigo que ya no era yo tan atractivo para él, y por eso ya no había la emoción de buscarme”

“Me decía ya no me gustas, y me sentí mal por eso, mi pareja ya no me quiere, ya no le soy atractivo, y eso me derrumbó mucho el ego” (refiriéndose a su pareja de 5 años)

Ante el rompimiento con su pareja de 5 años, se alejó físicamente.

“Cuando tuve el rompimiento con mi pareja de cinco años, me agarré el carro y me fui a Tampico manejando, me fui alejando”

En una segunda relación vía internet, fue rechazado por ser considerado un riesgo.

“Tengo una relación, un contacto con alguien por internet, hace dos semanas me tacho de mentiroso”

“Me lastimaba cuando me decía mentiroso” (refiriéndose a la relación que tenía por internet)

“Decidí alejarme porque es una persona de 22 años y me dio a entender que estaba demasiado grande”

“No quería tener intimidad finalmente porque sabía que podía estar en riesgo” (refiriéndose a la relación que tenía por internet)

“No veía que tuviéramos intimidad porque no quería arriesgarse”

“Cómo me ves, o sea si soy una fuente de riesgo para ti entonces qué caso tiene, no importa el amor” (refiriéndose a la relación que tenía por internet)

Ante esta situación, Román también habla de la necesidad de reconstrucción que tiene, a través de buscar cambios en su vida, aunque con la latente del suicidio:

“Quiero irme a estudiar al extranjero o cambiarme de trabajo”

“Tengo ganas de hacer la maestría”

“Si me planteo el siguiente reto, no quiero pensar que en que sea asociado a que me tengo que suicidar, sigo tomando mi tratamiento, no lo hice (refiriéndose al suicidio), no lo hice cuando me entregaron los resultados de que tenía VIH”

“Temí que si buscara ese otro paso me iba a volver a marcar la premisa de que si consigo ese paso era el último paso”

“Quiero todo el tiempo que esté, cambiar rutinas y hacer cosas diferentes”

“Tuve que llorar en la regadera, salí corriendo, se dieron cuenta algunas amistades de ahí, y a partir de ese día dije no, ya no tengo ganas de ir al gimnasio”

“Cambio de esquema, de cambiar mi gimnasio y en otros horarios tratar o conocer gente diferente”

“Cualquier cambio que he hecho en mi vida lo veo bueno, ha sido bueno”

“Lo que me toca es nada más vivir mi presente”

“Voy a ver que tal me va con ese curso de meditación, siento que me va a ir muy bien”

“Mi casa la voy a rentar”

“Tengo la intención de tener una mascota que se que todas las noches voy a llegar y lo voy a sacar a pasear”

“A consecuencia de que le dije a mi jefe de mi proyecto de fuera, también le confesé qué tenía y porqué le decía yo que cada mes necesitaba venir por medicamentos y llegar tarde a la oficina...te lo entiendo, te lo respeto, te admiro, y no creí que una persona como tú fuera seropositiva por la condición como te veo”

“Yo tengo mi vida en esa universidad, en ese país” (refiriéndose a otro país de Latinoamérica)

Román también reconoce que le guarda rencor a su padre y busca perdonarlo:

“Sí hay muchos rencores que le tengo a mi padre, los reconozco”

“Por qué nos ignoraste o por qué a mi nunca me diste la atención cuando tenía mi reino aquel, pudiste también haberme puesto atención, pudiste haberme motivado”

“Preferiste darte la vuelta y centrarte en mi hermano que es el otro reproche”

“Quiero liberar esto, al saber que el día que lo confronte y le platique o lo salude, será otro tema ya sin ningún problema, y que ya nada más se limite a escucharme o que no lo acepte y se limite a agredirme”

“No vengo a pedirte que me digas que me amas, que me quieres, que me des una explicación, no, nada más eso, eres como cualquier humano que conozco”

Ente los cambios que busca realizar, esta el tema del VIH, mismo que no ha sido tocado con su madre y al parecer quiere platicarlo con ella:

“Hoy, mis responsabilidades son mi madre y mi hermana (refiriéndose a la menor), entonces esa línea de mi padre, hermana (refiriéndose a la mayor) y hermano, yo la marque hasta la fecha”

“Yo tengo la encomienda de ver por mi mamá y por mi hermana la de en medio”

“Voy a platicar del asunto, mi madre no sabe que soy seropositivo”

“Sí debe de entender que no voy a poder ayudar tanto como he estado ahorita ayudándole...el apoyo fuerte soy yo” (en sentido económico)

Cabe señalar, que con la adquisición del VIH, se muestra un elemento destructivo previo y también posterior, acompañado de la necesidad de sobrevivencia que se ve en una serie de cuidados ante la enfermedad. Esto obedece a las pulsiones señaladas por Freud (1996) “Uno tiene que distinguir entre dos pulsiones...las pulsiones sexuales o Eros...no sólo comprende la pulsión sexual no inhibida...sino también la pulsión de autoconservación...En cuanto a la segunda clase de pulsiones...suponemos una pulsión de muerte, encargada de reconducir al ser vivo orgánico al estado inerte...” (p. 41).

Pulsión de muerte:

“Esa pequeña idea de destrucción, de autodestrucción que no me deja, pero que al final de cuentas es más fuerte que yo, pero que no he hecho y no quiero hacer, después de tanto tiempo no lo voy a hacer, pero está ahí, implantado, está ahí en alguna parte de mi subconsciente y que no me lo puedo quitar”

“Me quería morir pero no podía” (Refiriéndose a la noticia del VIH)

“Me hago un pensamiento, que digo realmente tienes lo que te mereces, en el sentido de que no puedo estar arriba de lo que te mereces”

“Le decía yo a la doctora que era la señal que estaba esperando para actuar (se refiere a atentar contra su vida) en mi actual éxito al final de cuentas, y eso lo debatió ella y me dijo no puedes dejar todo esto por eso”

“Lastimar o ser lastimado”

“Fueron tentaciones de tener contacto con personas sin decirlo antes”

Pulsión de vida:

“Dejé de tomar y desvelarme, porque sabes que te tienes que tomar los medicamentos a cierta hora”

“Dejé de ir a lugares, a bares o a antros”

“Sigo haciendo ejercicio, sigo cuidándome”

“Tengo 8 años tomando medicamentos”

“Desde que me habló mi doctor, una vez que tomé la primer pastilla, me dije, tengo una enfermedad voy a seguir tomando una pastilla”

Encontramos una serie de ciclos que marcan su inicio con un evento que implica rechazo o no aceptación de toda su persona, en esferas como la familia o la pareja. El rechazo y/o la no aceptación genera en él un impulso de muerte que es apaciguado con un impulso de vida, el impulso de vida se enmascara en una meta y va acompañado de cambios y alejamiento físico que le permiten reconstruirse por su instinto de sobrevivencia.

Podemos observar que en cada evento de su vida donde se denota el rechazo o la no aceptación, desea la muerte, pero busca la vida a través de una reconstrucción que se define en su historia por el planteamiento de retos y por los cambios que hace en su vida al alejarse físicamente.

La adquisición del virus, es una etapa que se fue preparando como una forma de encarnar aquello que venía viviendo. Al entamar la relación simbólica que se teje entre la homosexualidad y el VIH, podemos ver que la idea de autodestrucción que a principios de su vida fue expresada en intentos de suicidio, al final se transforma en una enfermedad que conduce a la muerte, si bien Freud (1996) indica que la muerte es el destino del ser

orgánico, existe una disposición psíquica que conduce a diferentes maneras de morir: “También el individuo íntegro, por su nacimiento, ya está destinado a morir; y acaso ya su disposición orgánica, contiene el indicio de aquello por lo cual morirá. Empero sigue siendo interesante averiguar cómo se cumple el programa congénito y cómo ciertos daños accidentales sacan partido...” (p. 182). En el caso de Román la infección por VIH fue un daño en apariencia accidental, sin embargo, se configura desde el inconsciente a través de la construcción social de una homosexualidad vivida como enfermedad (desde el padre hasta el entorno externo a la familia), y la apropiación posterior que involucra al VIH. El rechazo juega un papel importante en esta construcción; El rechazo que de principio fue de toda su persona en el entorno familiar y finalmente se generalizó con la presencia del VIH. El contagio funge como reafirmante de la presencia del rechazo y del concepto de enfermedad filtrado en la construcción de su homosexualidad. Aunque el instinto de sobrevivencia prevalece con las reconstrucciones que ya se han mencionado.

CONCLUSIONES

El cuerpo, como un compuesto de elementos físicos y simbólicos, adquiere significantes, a través de la relación con los “otros”, dando como resultado una identidad social que es muy específica en el cuerpo homosexual, ya que posee como rasgo distintivo la homosexualidad en sí misma, lo cual genera una identidad en función de los sentidos y significaciones que de ella se tienen, en consecuencia el cuerpo homosexual se construye sobre un estigma (signo de lo “malo”). La estigmatización de la homosexualidad trata de exhibirse a través de signos visibles como tatuajes, o de ideologías que generan explicaciones y términos despectivos. Esta estigmatización incluye simbolismos, representaciones e imaginarios en el cuerpo, que se modelan por lo social y por la apropiación individual, dando como resultado la socialización del cuerpo homosexual.

La primera socialización del cuerpo de Román tuvo lugar en su familia, donde el rechazo y la no aceptación resultaron ser el eje de su acervo subjetivo, en él intervinieron la madre, el padre y los hermanos:

La madre, al ponerle el nombre de una muerta y de su primer marido, lo rechaza como individuo ya que lo signa como otras personas, el deseo que la madre pone en él, es el deseo de que sea otro y no él mismo. *El padre*, en términos de Safouan (1977) se construyó como: Real por ser el hombre designado con el nombre de padre, y por encargarse (de acuerdo con su discurso) de emitir la orden de separación entre el hijo y la madre; Simbólico construido como no representante de la ley, ya que la prohibición de la madre no tuvo efectos. Quedó impotente ante el deseo de la madre que no designó la simbolización del falo en el padre (Safouan, 1977); E imaginario porque es el ser imaginado por Román para determinar quién es ese no representante de la ley: despreocupado, distante, no proveedor, rechazante, aquel que no es su padre. Estos elementos, aunados al poco parecido físico de Román con su padre generan el rechazo del padre. Como resultado Román tomó la postura de no ser su hijo y el padre le expresa directamente que no lo puede ver como tal. Alveano (2001) señala que el rechazo se cristaliza en la fantasía de “me odian y quieren destruirme” (p. 43) develando una pulsión de muerte que pone las bases de la venganza contra el padre, llevada a cabo por Román en su negación a la descendencia solicitada por su padre que implica la muerte de su linaje, en sus intentos de suicidio, y en el contagio de VIH como una forma de hacerle daño al padre que terminó revirtiéndose en daño hacia sí mismo. Cabe señalar que cuando él se definió

como homosexual, tomó conciencia del rechazo paterno a los homosexuales y específicamente a él. *La hermana mayor* desde su representación, es la hija que el padre quiere por el parecido físico, lo cual genera el rechazo de su padre y la aceptación a la hermana mayor. *La hermana menor* es asimilada por Román como una figura ignorada por los padres y genera en él gran simpatía y afecto. *El hermano menor* que acaparaba la atención de sus progenitores, recibió el mismo nombre del padre debido al gran parecido físico con él, por lo cual, Román se sintió remplazado, así esta figura de la familia se convirtió en el motivo de rechazo de la madre y en el afianzamiento del rechazo paterno.

Por otra parte, la incursión de Román a otras esferas sociales, le permitió ampliar su acervo subjetivo, sin embargo, en estas otras esferas se vivió rechazado cuando se pensó como homosexual. El primer imaginario al que se enfrentó fue: *“pensaba que...tenía que vestirme de mujer”*, lo cual hace referencia a un estereotipo erróneo sobre la feminización de la homosexualidad, pero que generó en Román la noción de secreto, por lo que prefirió quedarse en lo que él llama “clandestinidad”, para evitar el rechazo. Sin embargo, el imaginario de “enfermedad” en torno a la homosexualidad se hizo presente cuando decidió visitar a un doctor que le recomendó tener relaciones sexuales con una mujer, un sacerdote que perfiló en su homosexualidad el sentido de “castigo” diciéndole que se iba a ir al infierno, una novia que lo mandó con un psicólogo para que le diera tratamiento por no poder tener relaciones sexuales con ella, y un psicólogo que reafirmó el sentido de “rechazo” y de “enfermedad” en el terreno mental. Asimismo, tomó diferentes métodos terapéuticos a lo largo de su vida como estar con una prostituta, alcoholizarse para evitar pensar en hombres, tener novia y pensar en casarse con ella. Además, la construcción de su homosexualidad como enfermedad se consolidó cuando le comentaron que era *“un cáncer, una enfermedad, un complejo”*.

La enfermedad, significada en lo social como: “desequilibrio, castigo, pecado, desadaptación, sufrimiento, irregularidad, anormalidad...” (Gómez, 2002, p. 4) se integra al cuerpo por la intervención de los “otros” y por una asimilación interior (Gaos, 2009). En el caso de la homosexualidad, el orden social juega un papel indispensable, ya que se impone y se intercala con la intervención individual dando como resultado una subjetividad compuesta tanto por elementos exteriores como interiores. De ahí que la manera de vivir la homosexualidad dependa en gran medida del entorno social así como de

la asimilación que se haga del mismo. Sea cual fuere la intervención social, el cuerpo homosexual signado enfermo, puede enfermar de VIH.

Así lo demuestra la exploración de los periódicos, constructores del imaginario público, que incluyen estereotipos sociales que hacen eco en lo personal “como una especie de superyó” (Goffman, 1963, p. 64) permitiendo así tener una perspectiva más amplia de las significaciones atribuidas a la homosexualidad y al VIH. En ellos se exponen los sentidos de la homosexualidad y la socialización del cuerpo homosexual: Para la familia, tener un hijo homosexual es una vergüenza, un castigo o una maldición. Es motivo de rechazo y de sufrimiento. Para la religión es ilegalidad, condena, castigo, ceguera social, acto amoral, ataque, amenaza, pecado y una enfermedad que se ha intentado curar con exorcismos, “terapias reparativas” como la de Courage Latino, o terapeutas ficticios. La homosexualidad se publica en los periódicos con un sentido de muerte: amenazas, asesinatos, y más violencia. Y no falta la exaltación gubernamental y conservadora que insiste en promover la intolerancia bajo el sombrero de la distinción. Así el cuerpo homosexual resulta ser: sufriente, rechazado, maldito, vergonzoso, ilegal, denigrante, distinto, condenado, atacante, amenazante, pecaminoso, enfermo y en última instancia muerto, a pesar de que orgánicamente se encuentre sano, lo cual corresponde con la siguiente frase: “Un organismo sano no necesariamente corresponde a un cuerpo “sano” (Gaos, 2009, p. 72). El cuerpo homosexual está signado como un cuerpo enfermo próximo a la muerte, y ¿de qué otra forma se puede condenar al cuerpo homosexual si no es con VIH? A través de los periódicos, también se promueve el sentido del VIH muy cerca del cuerpo homosexual: Enfermedad de “maricones, zorras y drogadictos”, de ahí la prevención mal lograda en grupos focalizados como homosexuales, usuarios de drogas y trabajadores sexuales; enfermedad homosexual y no heterosexual, que sólo pasa al último grupo cuando homosexuales mantienen “relaciones sexuales con mujeres de manera habitual” (Efe, 2011); Una “peste rosada”, sinónimo de muerte homosexual y una “enfermedad crónica” por el control con medicamentos; Miedo de contagio que provoca discriminación y segregación; Inutilidad para el servicio militar y motivo de destitución; Problema ético-religioso, que desde su perspectiva rechaza al uso del condón y resuelve con fidelidad y abstinencia lo que llama “deshumanización de la sexualidad” u homosexualidad; Y rechazo familiar a miembros con VIH. Así el cuerpo homosexual es construido como: un cuerpo con VIH, una peste, una enfermedad crónica, un problema ético, inutilidad, rechazo, castigo y muerte. Estos elementos sociales que marcan al VIH

como el destino del cuerpo homosexual, juegan un papel importante en la adquisición del virus ya que se les asigna antes de adquirirlo, sin embargo, la manera en que cada individuo lo asimila, determina la integración del organismo al cuerpo, es decir, la adquisición del VIH.

Gaos (2009) señala que la enfermedad tiene una evolución y un destino que dependen de la manera del sujeto para tramitar lo exterior en su interior. En Román, el rumbo de la homosexualidad siguió los discursos contruidos en su historia: la enfermedad. Asimiló su cuerpo enfermo por ser homosexual e inconscientemente buscó la manera de integrar los elementos sociales a su organismo. Y a pesar de que buscó tratamiento por varios medios (médicos, religiosos, psicólogos y mujeres) no obtuvo ningún resultado, hasta que, adquiriendo VIH, se pudo someter a una tratamiento tangible, que ya no era para la homosexualidad, sino para la enfermedad que se hizo VIH.

En esta evolución, se identifican tres etapas en la enfermedad de Román que obedecen a las pulsiones de vida y de muerte señaladas por Freud (1996). Durante la primera etapa se construye una identificación simbólica entre homosexualidad y enfermedad a pesar de que en lo fisiológico se encontraba sano. En la segunda etapa ocurre la infección de VIH como una transición de lo simbólico al hecho “es algo ya real”—dice Román; en ésta etapa sucede lo que Galende (1997) llama “las puestas en escena”, esa curiosa capacidad de montar situaciones que, al modo de los recuerdos encubridores, hacen ver a los espectadores una realidad cuya finalidad es mantener oculta otra. En la tercera etapa se da el conocimiento de la infección y la apropiación de la enfermedad, es decir, se vive como enfermo seropositivo y se procura cuidados y cambios en su estilo de vida. Con el VIH se concreta la enfermedad que se había asignado a su cuerpo cuando se supo homosexual.

Además, la idea de autodestrucción expresada en intentos de suicidio, al final se transformó en una enfermedad que conduce a la muerte, si bien Freud (1996) indica que la muerte es el destino del ser orgánico, existe una selección psíquica e inconsciente que conduce a diferentes maneras de morir. En el caso de Román la infección por VIH se configura desde el inconsciente, a través de la construcción social de la homosexualidad y de su apropiación. El virus fue su manera de encarnar la homosexualidad que venía viviendo desde el principio como una enfermedad.

A pesar de que el cuerpo homosexual, ha sido estudiado bajo diversas perspectivas, quienes lo han hecho, seccionan al individuo y no lo conciben como un ser integral. Cabe señalar que el estudio del VIH y la relación que guarda con la homosexualidad, requiere una visión integral de la problemática, sin embargo, la mayoría de trabajos psicológicos mexicanos, sólo reflejan una preocupación intensa por aclarar qué es la homosexualidad, cómo surge, porqué y qué provoca, adoptando posturas diversas, desde la estigmatización hasta la reivindicación. En tanto que los estudios sobre VIH, se han ocupado de explicar su origen a través de las conductas de riesgo y de difundir la prevención sin obtener resultados efectivos. Valdría la pena ir más allá de lo que se ha estudiado desde la psicología y por qué no, ampliar las investigaciones de VIH más allá de la medicina. Ya que no sólo se suprime el elemento social en los trabajos de divulgación científica, sino la visión integral del ser humano.

Sin embargo, el Psicoanálisis aporta una visión más completa, que recupera al sujeto como ser biológico, psicológico y social. Biológico por concebirlo como poseedor de órganos sexuales diferenciados, psicológico por desarrollar procesos psíquicos internos, y social por interactuar en un medio específico. Además, la introducción de la noción de género al pensamiento psicoanalítico permite una visión más completa de la sexualidad humana y presenta a la homosexualidad como una variante natural, que si bien, se ha considerado una perversión, lo es en función de la ley que impone el uso del pene para la reproducción y no para el deseo.

Para cumplir con el objetivo de este trabajo se indagó el sentido de la homosexualidad y el VIH a través de los periódicos con el propósito de identificar lo simbólico que existe entre la homosexualidad y el VIH, encontrando que el VIH se marca como el destino de la homosexualidad. Además se recuperó el sentido que Román le imprime al VIH como el eco de un deseo silenciado. Cumpliendo así con el objetivo de la investigación.

Para identificar esta relación simbólica, se colocó a la enfermedad en un debate que exploró aspectos de tipo orgánico y simbólico. Por lo tanto, se recuperó la construcción simbólica inherente al sexo de Román, en la cual, lo orgánico no tiene otra salida que manifestar la homosexualidad en una repercusión física.

Esta afirmación corporal que hizo posible el reconocimiento de la homosexualidad, fue producto de un proceso que involucró, portar el nombre de una mujer muerta y la

designación «marica» insertada por el padre, significantes que lo confrontan con su sexo anatómico y crean ambigüedad familiar acerca de su género —este punto sólo podría aclararse con un análisis clínico que se dejará de lado pues no se cuenta con elementos suficientes para ello— además, se suma el signifiante «enfermedad» atribuido por la religión, la medicina, la psicología clínica y la perspectiva heterosexual. Este proceso lo lleva a vivir su homosexualidad estigmatizada y «clandestina». El costo de ocultar su deseo, fue el sufrimiento con culpa, y, la lucha entre el deseo de mantener su secreto y la necesidad de realizarlo. No queda más que recuperar las reflexiones de Gaos (2006): las afecciones, expían la culpa del deseo a través del sufrimiento. Porque se puede vivir con sufrimiento, pero no con la culpa de obedecer al deseo. El embate, no le dejó más camino que el VIH.

Este paso de lo subjetivo a lo orgánico, indica que el estigma social de la homosexualidad se coloca en el cuerpo de Román, como un destino asignado socialmente para los homosexuales. Por lo tanto, la relación simbólica que existe entre la homosexualidad y el VIH es la enfermedad, entendida como un proceso subjetivo e inconsciente.

Sería importante realizar más estudios empleando la teoría psicoanalítica, que podrían arrojar luces a la temática de la homosexualidad y el VIH, destacando la importancia de abordar la subjetividad dado que aporta reflexiones sobre la conformación del sujeto. Por otra parte, el cuerpo no siempre sigue la ley de reproducción sexual, sigue su deseo, y hay que entender este deseo como algo humano, natural y específico en cada subjetividad. La comprensión del deseo, no sólo devela los múltiples caminos en la elección de objeto, sino la comprensión de la homosexualidad en términos de un proceso y no de una anormalidad. Quizás, el día en que el cuerpo homosexual deje de verse como un cuerpo enfermo, habrá posibilidad de emprender campañas preventivas de VIH con un impacto visible, e incluso, habrá posibilidad de disminuir al máximo las infecciones de VIH.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, D. (2011). Pobres y enfermos de VIH, los más discriminados. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversaledomex.mx/tlalnepantla/nota24539.html>
- Alcazar Cárdenas, María Catarina & Cruz Laureano, María Karla. *Homosexualidad masculina y estructura familiar en diferentes etapas del ciclo vital*. México, FES Iztacala, UNAM, tesis de licenciatura, 1999.
- Alvarado, J., Garrido, A., Torregosa, J.R. (1996). *Psicología Social Aplicada*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Álvarez, X. (2008). Matan a golpes a homosexual en Guanajuato. *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/507185.html>
- Alveano, H. (2001). *El padre y su ausencia*. México, Universidad Vasco de Quiroga: Plaza & Valdes Editores.
- Áviles, C. (2007). Amplía Corte protección a militares con VIH. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/450935.html>
- Áviles, C. (2007). Inconstitucional, retiro de militares con VIH: Corte. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012 de: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/148830.html>
- Bataille, G. (2008). *El erotismo*. México, México: Tusquets Editores.
- Baz, M. (1996). *El sujeto de la salud mental*. México, D.F.: UAM-Xochimilco.
- Benin, O. (2011). Papa considera que el sida es un problema ético. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/810074.html>
- Bersani, L. (1999). *¿El recto es una tumba?* Córdoba, Argentina: Cuadernos del Litoral.
- Bonnet, G. (1992). *Las perversiones sexuales*. México, México: Publicaciones Cruzó.
- Bosch, E. & Ferrer, V.A. (2000) El análisis de género: una revisión necesaria en Psicología Social de la Salud. *Psicología y Salud*. 11 (1), 5-16

Bruckner, P & Finkielkraut, A. (2001). *El nuevo desorden amoroso*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.

Cárdenas, G. (2011). VIH-Sida: de peste “rosada” a enfermedad crónica. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/cultura/65594.html>

Castro, R. (1996). En busca del significado: Supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En Szasz, I. & Lerner, S (Eds.), *Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (p. 57-85). México, D.F.: El Colegio de México.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA: CENSIDA, (2010). *Estadísticas*. Recuperado el 17 de Octubre de 2010, de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/30jun2010/estadist30Jun2010.pdf>

Chazaud, J. (1976). *Las perversiones sexuales*. Barcelona, España: Editorial Herder.

Córdova, J. A., Ponce de León, S., Valdespino, J. L. (2008). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

De Fontcuberta, M. & Borrat, H. (2006). *Periódicos: Sistemas complejos, narradores en interacción*. Buenos Aires, Argentina: La Cirugía Ediciones.

Díaz, F. (2012). Terapia contra la homosexualidad. *Chilango*. México: Grupo Expansión.

Dio Bleichamar, E. (1991). Género y Sexo: Su diferenciación y respectivo lugar en el complejo de Edipo. En Dio Bleichmar (Ed.). *El feminismo espontáneo de la histeria, Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. (pp. 3-29). Madrid, España: Siglo XXI.

Efe. (2008). Rechazan 48.4% de mexicanos compartir casa con un homosexual. *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/529040.html>

Efe. (2009). Exorcizan a joven de 16 para curarlo de homosexualidad en EU. *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/607393.html>

- Efe. (2011). Más del 20% de homosexuales en México tienen VIH: OMS. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/773962.html>
- Efe. (2011). Sexo sin condón entre hombres aviva sida en AL. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/812616.html>
- El Universal. (2002) ¿Qué haría si tuviera un hijo homosexual? *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de [http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=24355&tabla=nuestro mundo](http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=24355&tabla=nuestro_mundo)
- El Universal. (2011). México, segundo de AL en VIH: Censida. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/748270.html>
- El Universal. (2011). Terapia contra VIH efectiva, el hallazgo del año. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/68055.html>
- El universal. (2012). El Papa critica homosexualidad. *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/internacional/76041.html>
- Estañol, A. (2012). Campaña contra VIH/Sida, para provocar: Fundación. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/820449.html>
- Fernández, E. (2009). Director homosexual regresa a colegio. *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/edomex/2193.html>
- Fernández, E. (2009). Profesor homosexual denuncia amenazas. *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/edomex/1958.html>
- Fernández, E. (2010). Amenazan de muerte a profesor homosexual. *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/edomex/2701.html>
- Fernández, L. (1996). La enfermedad y el imaginario social. En (Eds.) Fernández, L & Pimentel, M. *El sujeto de la salud mental*. (pp. 51-62). México, D.F.: UAM-Xochimilco.
- Freud, S. (1979). La novela familiar de los neuróticos. En J. Strachey (Ed. de la serie y del volumen), *Obras Completas Sigmund Freud: Vol. 9. El delirio y los sueños en la*

«*Gradiva*» de *W. Jensen y otras obras* (2ª. ed., pp. 213-220). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1996). El sepultamiento del complejo de Edipo. En James Strachey (Ed. de la serie y del volumen), *Obras Completas Sigmund Freud: Vol. 19. El yo y el ello y otras obras* (2ª. ed., pp. 181-187). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1996). Las dos clases de pulsiones. En J. Strachey (Ed. de la serie y del volumen), *Obras Completas Sigmund Freud: Vol. 19. El yo y el ello y otras obras* (2ª. ed., pp. 41-48). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1999). *Tótem y Tabú*. Madrid, España: Alianza.

Freud, S. (2004). 31ª conferencia. La descomposición de la personalidad psíquica. En J. Strachey (Ed. de la serie y del volumen), *Obras Completas Sigmund Freud: Vol. 22. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras* (2ª. ed., pp. 53-74). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (2004). 33ª conferencia. La feminidad. En J. Strachey (Ed. de la serie y del volumen), *Obras Completas Sigmund Freud: Vol. 22. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras* (2ª. ed., pp. 104-125). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires; México: Paidós.

Gaos, F. (2006). *El cuerpo y sus afecciones*. México, D.F.: Círculo Psicoanalítico Mexicano.

Gaos, F. (2009). *Resonancias del silencio, sujeto, cuerpo, saber: Prolegómenos de un abordaje psicoanalítico del cuerpo y sus afecciones*. México, D.F.: Círculo Psicoanalítico Mexicano.

Goffman, E. (1991). *Los momentos y sus hombres*. Madrid, España: Paidós.

Goffman, E. (1963). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Gómez, R. (2002). La noción de “Salud Pública”: Consecuencias de la polisemia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, enero-junio, 20 (1), 101-116. Recuperado el 25 de abril de 2012, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/120/12020109.pdf>
- Gómez, T. (2005). Polémica terapia para curar la homosexualidad. *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=126819&tabla=nacion
- González, E. (2008). La prevención global para HSH. *Thrive en español*, 2, 6-7.
- González, L. (2011). Corte ordena reincorporación de marino cesado por VIH. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/185581.html>
- Gutiérrez, N. (2009). 'Nefasto', dar condones en escuelas: Iglesia. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/574455.html>
- Jiménez, S.J. (2005). Rechazan spot de tolerancia homosexual. *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=121852&tabla=nacion
- Jinich, H. (1997). *El paciente y su médico*. México, D.F.: Facultad de Medicina.
- Joloy, D. (2012). México frente al VIH: un panorama adverso para 2012. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs_detalle15663.html
- Julien, P. (2002). *Dejarás a tu padre y a tu madre*. México, D.F.: Siglo XXI editores.
- Katz (1984). *El médico y el paciente: Su mundo silencioso*. México, D.F.: FCE.
- Lain (2003). *El médico y el enfermo*. Madrid, España: Triacastela.
- Landau, E. (2011). Los tatuajes, un modo para que pacientes con VIH acepten la enfermedad. *CNN México*. Recuperado el 31 de mayo de 2012, de <http://mexico.cnn.com/salud/2011/08/11/los-tatuajes-un-modo-para-que-pacientes-con-vih-accepten-la-enfermedad>
- Larousse. (1992). *Pequeño Larousse Ilustrado*. México, D.F.: Ediciones Intercontinentales.

- Le Bretón, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- León, J.M. & Medina, S. (2002) *Psicología Social de la Salud: Fundamentos teóricos y metodológicos*. Madrid, España: Comunicación Social Ediciones y Publicaciones.
- López, I., J. (1988). La moral y el costumbrismo sexual en la actualidad. En López, I., J. (Ed.), *El libro de la vida sexual* (p.110-146). Madrid, España: Ediciones Danae.
- López, J. M. (2000). *Breve historia de la medicina*. Madrid, España: Alianza.
- Mackensie, D. (2011). Enfermos con Sida no deben ser discriminados: Codhem. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversaledomex.mx/toluca/nota25126.html>
- Martínez, R. (1996). Introducción al trabajo cualitativo de investigación. En Szasz, I. & Lerner, S (Eds.), *Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (p. 33-56). México: El Colegio de México.
- Notimex. (2010). PGJDF resuelve homicidio de homosexual. *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/665724.html>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado el 23 de junio de 2010, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>
- Ortiz, A. (2009). Amiguitos matan a un homosexual. *El Gráfico*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de http://www.eluniversal.com.mx/grafico/94943_old.html
- Otero, S. (2011). CNDH recibe 74 quejas de pacientes con VIH. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/813084.html>
- Piña, L. (2005) Psicología de la salud en México en el periodo 2000-2004: Análisis, investigación y difusión. *Psicología y salud*, 15 (002), 157-168.
- Piña, K. (2008). En aparente atraco, matan a homosexual. *El Gráfico*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de http://www.eluniversal.com.mx/grafico/90190_old.html
- Roudinesco, E. (2004). *La familia en desorden*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.

Roudinesco, E. (2009). *Nuestro lado oscuro*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.

Rodríguez, R. (2009). Iglesia: matrimonio gay es inmoral. *El universal*. Recuperado el 23 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/645754.html>

Rodríguez, R. (2011). El VIH ya no es más sentencia de muerte. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/186007.html>

Royacelli, G. (2011). Ocultan VIH por temor a despido. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/108625.html>

Rubí, M.L. (1998). *Psicoanálisis e identidad de género*. Madrid, España: Biblioteca nueva.

Ruiz, M., Lombardo, I. & Camarillo, M. (1990). *La prensa, pasado y presente de México*. México, D.F.: UNAM.

Safouan, M. (1977). *Estudios sobre el Edipo*. México, D.F.: Siglo XXI.

Suberza, E. (2011). Heterosexuales se infectan más de VIH que gays: Ecatepec. *El universal*. Recuperado el 27 de abril de 2012, de <http://www.eluniversaledomex.mx/ecatepec/nota25136.html>

Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*. México, México: Fondo de Cultura Económica.

Varas, N. & Toro-Alfonso, J. (2007). Similar epidemics with different meanings: Understanding AIDS, stigma from an International Perspective. *Interamerican Journal of Psychology*, 41 (1), 1-6.

Weill, G. (1953). *El periódico: orígenes, evolución y función de la prensa periódica*. México, D.F.: Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana.

Yela G., C. (2000). *El amor desde la psicología social*. Barcelona, España: Ediciones Pirámide.