



La salud frente a las diversas sexualidades

Andrea Avilez Ortega y Adriana Virgen Gatica
Coordinadoras

La salud frente a las diversas sexualidades

Andrea Avilez Ortega y Adriana Virgen Gatica
Coordinadoras

© **Fundación Arcoíris por el Respeto a la Diversidad Sexual, A.C.**

Noviembre 2018

ISBN 978-607-97090-4-4

Coordinadoras:

Andrea Avilez Ortega y Adriana Virgen Gatica

Diseño editorial:

Punto 618 Diseño Editorial

Portada

Ana Cecilia Lozano

Maquetación y composición

Gabriela Serralde

Esta publicación fue posible gracias al apoyo financiero del programa Coinversión Social (PCS) 2018 del Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol).

Se permite la reproducción total o parcial de este texto, siempre que se cite la fuente.

ANDREA AVILEZ ORTEGA estudió psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México. Durante su carrera enfocó sus intereses hacia la psicología social con énfasis en el feminismo, la sexualidad y los derechos humanos. Actualmente, coordina el área de investigación de la Fundación Arcoíris.

ADRIANA VIRGEN GATICA egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Durante sus estudios universitarios en el área de psicología social tomó cursos sobre sexualidad y cibercultura. Ha trabajado como colaboradora del área de investigación de la Fundación Arcoíris. Actualmente, realiza su tesis de licenciatura en temas de privacidad y su intersección con prácticas sexuales mediadas por tecnología digital.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
Identidad y bienestar emocional de hombres gay: avances de investigación en torno al deseo	15
Resumen	15
Introducción: la identidad y el orden del género	17
<i>Identidad y bienestar emocional</i>	21
<i>Resultados: el deseo heteronormado</i>	25
<i>Conclusiones: el deseo y la homofobia internalizada en la construcción de una identidad</i>	39
Pensando en Sexo en Tiempos de SIDA. Reflexiones sobre la Sexualización y De-sexualización de una Epidemia	49
Investigación, Promoción y Defensa en respuesta al VIH y el SIDA	50
¿La De-sexualización de la Epidemia?	54
Sexualidad y síndrome de Down: ¿Crees que ellos no quieren tocar y ser tocados?	59
Introducción	59
<i>Empecemos por hablar de aquello que llamamos "sexualidad"</i>	60
<i>La sexualidad y los sujetos con síndrome de Down</i>	62
<i>Comentarios finales</i>	68
Mitos y metas sobre la sexualidad y la madurez femenina	71
Introducción	71
Material y Métodos	73
<i>La Muestra</i>	73

<i>Método</i>	73
Evaluación	76
Resultados	77
Discusión	83
Conclusiones	85
Tecnología médica e innovaciones de salud en el Perú, desde una perspectiva de género (o De la rehabilitación liberadora a la vitalización)	91
Resumen	92
Introducción	92
<i>Un poco de historia</i>	92
Revolución Moral y Rehabilitación Liberadora (1972- 1976)	95
Políticas de Sangre y Vida en torno al VIH/ Sida: A modo de recuento	108
Las rutas de la “vitalización” (2002- 2007)	112
Consideraciones finales	116

PRESENTACIÓN

LOS TEXTOS DE ESTA COMPILACIÓN SON MUESTRA DEL TRABAJO de investigación en la intersección entre la salud y la sexualidad, reúne un conjunto de voces que nos permite avanzar en el diagnóstico de los desafíos que se enfrentan ante la discriminación en el la atención de la salud, fueron presentados en los Encuentros Latinoamericanos de Investigación sobre Sexualidad, coordinados por la Fundación Arcoíris por el Respeto a la Diversidad Sexual A.C y son muestra del trabajo de investigación centrado en el ámbito de la salud y la sexualidad realizado en América Latina y el interés por comprender, desde un abordaje más amplio de la sexualidad y un enfoque de derechos, el lugar de la sexualidad en el estado de bienestar, individual y colectivo, de todas las personas.

La reunión de distintas perspectivas y realidades nos invita a la discusión y reflexión entre investigadores, investigadoras, estudiantes, profesionales de la salud y responsables de políticas públicas sobre la triada salud, sexualidad y diversidad con la intención de, no sólo divulgar los contenidos dictados o el conocimiento producido, sino también para generar cambios positivos en las dinámicas y cotidianidades que viven todas las personas en relación a su salud y su sexualidad.

La salud frente a las diversas sexualidades constituye una compilación de cinco textos que problematizan la sexualidad en el marco del derecho a la salud. El documento ha sido elaborado por la Fundación Arcoíris por el Respeto a la Diversidad Sexual A.C, con el apoyo financiero del Programa de Coinversión Social (PCS) 2018 del Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol), en congruencia con el compromiso político de visibilizar e incluir la diversidad en las políticas y programas sociales. Es así un desafiante ejercicio teórico y reflexivo sobre la relación entre sexualidad, diversidad y salud.

INTRODUCCIÓN

Andrea Avilez Ortega¹ y Adriana Virgen Gatica²

EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XIX, surgió desde la medicina moderna de occidente, un modelo clínico y moral sobre la sexualidad centrado en los aspectos biológicos y reproductivos, que categorizó como normal una única práctica sexual: la heterosexual, monogámica y dentro del matrimonio con fines de procreación. En este sentido, desde el discurso científico de disciplinas como la medicina y la psicología se patologizó la diversidad sexual al considerar todas aquellas conductas, prácticas y relaciones que no encajaran en el modelo heteronormativo de la sexualidad, como inmorales, anormales, enfermizas, aberrantes y perversas. Lo anterior, derivó en que por años la diversidad sexual fuera estigmatizada y las personas con estas expresiones, discriminadas y violentadas.

La construcción de una visión más amplia de la sexualidad fue resultado de un largo proceso que ha posibilitado la comprensión de los factores históricos, sociales, políticos y económicos que originan los discursos sobre la sexualidad y aboga por una conceptualización más sociológica de la misma y hoy su institucionalización. En esta

¹ Coordinadora de investigación de Fundación Arcoiris

² Colaboradora en investigación de Fundación Arcoiris

dirección, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la sexualidad como:

un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psíquicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales³.

Más aún, con el objeto de mejor comprensión y su deslinde de la reproducción, cada vez se le da mayor importancia a definir la salud sexual independiente de la salud reproductiva. De esta manera, la misma OMS establece que la salud sexual es:

un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia⁴.

En este sentido, el derecho a la salud sexual es una parte fundamental al derecho a la salud y se integra de manera interdependiente

³ Organización Mundial de la Salud (2006) *Defining Sexual Health. Report of a technical consultation on sexual health*. Génova: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://goo.gl/ZrU46t>. Consultado el 30 de octubre de 2018.

⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud sexual*. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/

a todos los derechos humanos. Para garantizar dicho derecho se consideran cuatro criterios⁵:

1. Disponibilidad: número de establecimientos, recursos, insumos, proyectos, bienes o servicios disponibles en cantidad suficiente para el cumplimiento de cada derecho. Cobertura de servicios.
2. Accesibilidad: condiciones de acceso físico, geográfico, cultural, económico o de otra índole, así como acceso a información sobre servicios y derechos. Costos que no pongan en riesgo la satisfacción de otros derechos.
3. Calidad: oportunidad, integridad y efectividad de las acciones, qué tanto satisface las expectativas de quien presta y recibe el servicio. Se define conforme a los estándares sectoriales, científicos, académicos y técnicos aceptados para cada derecho.
4. Aceptabilidad/Adaptabilidad: los servicios responden a los valores de las personas usuarias. Éstos se ofrecen de acuerdo a las características de género, etnia, edad, discapacidad, orientación sexual, entre otras.

Para garantizar estos criterios, en México existe un marco legal que reconoce y protege el derecho a la salud a través del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así mismo, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación considera como discriminación *negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico*⁶

A pesar de estos avances en materia legal sobre la sexualidad y la salud, persisten las barreras sociales y culturales para el ejercicio

⁵ Serrano, S., y Vázquez, D. (2013). *Los derechos humanos en Acción*. FLACSO. México, p. 84.

⁶ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Diario Oficial de la Federación, 11 de Junio de 2003. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_011216.pdf

pleno de los derechos, que se reflejan en mitos, prejuicios y violencia hacia las sexualidades diversas. Los textos que forman parte de esta compilación, visibilizan tales y señalan las áreas de acción necesarias en la búsqueda de un entorno libre de violencia y discriminación mediante el desarrollo de políticas y programas adecuados para la atención de la salud y sexualidad de todas las personas.

Ante la exigencia de una masculinidad hegemónica que dicta que los hombres deben cumplir ciertos roles asociados a la fuerza, agresividad, productividad, deseo y disposición constante para la actividad sexual con una mujer y la negación de la feminidad y de la posibilidad de expresiones homosexuales a través de la homofobia, la construcción de la identidad de los hombres gay suele implicar complicaciones en su salud mental que derivan en emociones como el rechazo, dolor, miedo y tristeza. Al respecto, Ignacio Lozano y Tania Rocha llevaron a cabo una investigación con el objetivo de realizar un análisis crítico de narraciones que hacen hombres gay de la Ciudad de México en relación a las emociones que experimentan a partir de su propio reconocimiento como personas homoeróticas, desde el análisis del proceso de construcción de la identidad. En su texto *Identidad y bienestar emocional de hombres gay: avances de investigación en torno al deseo* se plantea la importancia de analizar cómo se construye una identidad saludable en un contexto de rechazo, violencia y discriminación. Tras la aplicación de entrevistas a profundidad, encontraron que el deseo erótico es un eje central en las narraciones y, por tanto, en la construcción de la identidad gay. Así mismo, la homofobia constituye un elemento que vulnera la salud de las personas con prácticas homoeróticas, generando dificultades y malestares emocionales.

Por otro lado, después de un amplio periodo por la defensa de la libertad sexual, el surgimiento de la epidemia del VIH y SIDA trajo consigo un sin fin de desafíos, cuestionamientos y nuevas miradas sobre la sexualidad. A través de una interesante reflexión sobre los diversos procesos que se han llevado a cabo alrededor

de esta epidemia, Richard Parker plantea cómo ha sido mirada la sexualidad en relación con la epidemia delVIH en diferentes momentos. Si bien, cuando comenzó la epidemia se dio un incremento en la inversión en investigación sobre sexualidad y conducta sexual, esta investigación se llevó a cabo bajo miradas médicas y de salud pública. Con el avance de la epidemia la investigación sobre elVIH y SIDA empezó a tener relevancia para las ciencias sociales, lo que impulsó un cambio en la mirada hacia una más sociocultural y se empezaron a estudiar los significados y contextos de la sexualidad. Como se ha señalado, poco a poco se fueron evidenciando los factores culturales, estructurales, políticos y económicos que influyen en la sexualidad, lo que se convirtió en una oportunidad para que organizaciones de la sociedad civil y activistas defensores visibilizaran a poblaciones que históricamente habían sido silenciadas, tal es el caso de la diversidad sexual, el trabajo sexual, la juventud, entre otras y propició una apertura para las diversas formas de expresiones sexual. No obstante, en *Pensando en sexo en tiempos de SIDA. Reflexiones sobre la sexualización y desexualización de una epidemia* Parker plantea que, después de los avances en la manera de concebir la sexualidad que se dieron en torno a al VIH y SIDA, emergieron tendencias que amenazan con retrocesos que retoman la medicalización y judicialización como formas de disciplinar la sexualidad y que de-sexualizan la epidemia, es decir, no toma en cuenta la experiencia corporal.

¿Cómo pensar la sexualidad de personas con diversidades funcionales? ¿Cómo garantizar el acceso a la salud y en específico, el derecho a la salud sexual de personas que histórica y culturalmente les ha sido restringida, sino es que negado, la libertad de relacionarse erótica y afectivamente? Jhonatthan Maldonado Ramírez en *Sexualidad y síndrome de Down: ¿Crees que ellos no quieren tocar y ser tocados?* abre la discusión en respuesta a las preguntas anteriores cuestionando el ordenamiento social-sexual que desde un perspectiva médica y patologizante de la sexualidad, en la ac-

tualidad continúa impidiendo pensar la sexualidad de las personas con capacidades distintas. A pesar de las iniciativas por parte de organismos institucionales como la OMS para superar la visión moral, médica y reproductiva de la salud sexual, el autor expone las restricciones que les siguen siendo impuestas a las personas con diversidades funcionales para ejercer la autonomía sobre su cuerpo y su sexualidad. A través de testimonios de padres y madres de personas con síndrome de Down, el autor nos muestra los tabúes y prejuicios que persisten en relación a la sexualidad de personas diversas que deben de ser desmentidas si queremos garantizar la accesibilidad y la adaptabilidad del derecho a la salud y el derecho a la salud sexual de todas las personas.

Las restricciones con respeto al ejercicio de la sexualidad, no han sido las únicas impuestas a las personas con diversidades funcionales, como las personas con síndrome de Down, han sido excluidas- por decir lo menos- de los programas y políticas de salud sexual toda vez que se les considera asexuales y por ende incapaces de experimentar deseo erótico. Y no solo a las personas con capacidades distintas, lo mismo ocurre con las mujeres mayores de 50 años que se encuentran en la etapa de la menopausia y el climaterio: al persistir la perspectiva de una sexualidad centrada en la reproducción y una identidad de mujer centrada en la maternidad, en la sociedad actual, el deseo, placer y autonomía de las mujeres de edad avanzada continúan siendo relegados a segundo plano. Georgina Sánchez Ramírez y Carmen López Sosa en *Mitos y metas sobre la sexualidad y la madurez femenina*, desde la pedagogía feminista, proponen un abordaje novedoso a la investigación en este campo; apuestan por la producción colectiva de conocimientos en la modalidad de taller que no sólo provea la información que el sujeto investigador busca, sino también que genere cambios en el entorno con el que se está trabajando y en este caso particular, refuerce la capacidad de afirmación y asertividad de las mujeres sobre su propia salud sexual. Las autoras hacen notar que para el estudio y atención de la

sexualidad y la salud, es necesario no olvidar la intersección entre la edad, el género y el estrato social, factores que contextualizan la vivencia y expectativas de las personas sobre su bienestar sexual.

El objetivo de las sociedades y los gobiernos actuales en materia de sexualidad y salud debería apuntar a la creación de un sistema sanitario dirigido a la atención de todas las personas y en respeto de todas las identidades y grupos que conforman la diversidad humana. Como referimos al inicio de esta breve introducción, históricamente el modelo hegemónico de la sexualidad parte del control moral de las relaciones sociales-sexoafectivas, una centralidad en la reproducción como objeto de la sexualidad y una categorización de las prácticas sexuales que establecen una jerarquía que llega a plantear lo normal y lo anormal, lo permitido y lo prohibido, como hasta lo posible y lo imposible. Para superar esta visión normativa y restringida de lo que implica el ejercicio sexual, es fundamental la reflexión crítica acerca de las políticas y programas en materia de salud sexual, así como la ideología y recursos que las fundamentan, que sin duda tienen un impacto en la salud de la población y en la sociedad en su conjunto. Por lo anterior, quisimos incluir en esta compilación *Tecnología médica e innovaciones de salud en el Perú, desde una perspectiva de género (o De la rehabilitación liberadora a la vitalización)*, en autoría de Marco Barboza Tello, como ejemplo del trabajo académico sobre el estudio de los factores históricos, sociales, políticos y económicos que originan los discursos sobre la sexualidad. En este caso, el autor analiza en el contexto socio-histórico peruano, las políticas y programas sanitarios de las llamadas sociedades rehabilitadoras y la transición hacia un enfoque de “vitalización” en las mismas. El análisis de la información que el autor nos ofrece nos sirve de recordatorio de la latencia de interés de imponer un control moral sobre la sexualidad y la salud que hoy en día, ya no sólo es dictada por instituciones católicas clericales, sino por organizaciones y grupos conservadores pro-vida, pero sobre todo y tal vez más importante, el efecto que

estas fuerzas tienen en la institucionalización de sus propuestas.

Como señalamos al inicio, confiamos en que estos textos abran posibilidades de debate y reflexión crítica a las visiones que se desarrollan sobre la sexualidad y su impacto en la salud, que nos permitan ofrecer propuestas alternativas para una mejor atención y su libre expresión.

Referencias bibliográficas

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Diario Oficial de la Federación, 11 de Junio de 2003. Disponible en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_011216.pdf

Organización Mundial de la Salud (2006) Defining Sexual Health.

Report of a technical consultation on sexual health. Génova:

Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://goo.gl/ZrU46t>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud sexual. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Serrano, S., y Vázquez, D. (2013). Los derechos humanos en Acción. FLACSO. México, p. 84.

Identidad y bienestar emocional de hombres gay: avances de investigación en torno al deseo^{7 8}

Ignacio Lozano Verduzco⁹ y Tania E. Rocha Sánchez¹⁰

Resumen

LA IDENTIDAD ES UN PROCESO CONSTANTE E INTERMINABLE de cada persona y da un sentido de sí mismo. Sin embargo, las identidades LGBT pertenecen al campo de lo abyecto, de lo que apenas se dice y se rechaza. Estudios de salud pública han vinculado a los hombres gay con ciertas dificultades en la salud mental. Lejos de patologizar, este trabajo intenta concebir a la salud a partir de las experiencias emocionales. Para ello, se realizan entrevistas a profundidad con hombres que se auto-denominen “gay” u “homosexuales” que permitan poner al centro de este estudio las experiencias emocionales. De acuerdo a los resultados, éstas suelen ser de dolor, temor y tristeza alrededor de la etapa de aceptación y socialización del deseo erótico. De acuerdo con el análisis Crítico del Discurso propuesto para este trabajo, hay espacios donde este deseo aún

¹⁷ Los resultados presentados en este artículo son los avances del trabajo de campo que realiza el primer autor como parte de su tesis doctoral en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM.

¹⁸ Elaborado y presentado en 2012

¹⁹ Universidad Pedagógica Nacional, Ajusco

¹⁰ Doctora en Psicología Social. Facultad de Psicología UNAM.

no se comparte, generando circunstancias de potencial rechazo y desigualdad de oportunidades para hombres gay.

Palabras clave: hombres gay, masculinidades, identidad, bienestar emocional, deseo

Introducción: la identidad y el orden del género

El objetivo del presente artículo es realizar un análisis crítico de narraciones que hacen hombres que se autodenominan “gay” u “homosexuales” y que viven en la Ciudad de México, en torno las emociones que han sentido y sienten, y que se desglosan a partir de su reconocimiento como homo-eróticos. Por eso, el análisis se enmarca en el estudio de la identidad como concepto central de éstas narraciones. Se analizan las entrevistas hechas a 5 de estos hombres en el primer semestre del 2012. Las entrevistas fueron semi-estructuradas con una mirada de mundo y vida (Kvale, 2007) siguiendo un guión elaborado para su efecto, y duraron entre 2.5 y 3 horas. A lo largo de la entrevista se abordaron temas como el reconocimiento, aceptación y socialización de su deseo homo-erótico, sus prácticas sexuales, otros usos del cuerpo, masculinidad y género y relaciones sociales relevantes (de pareja, familiares, laborales y amicales).

En este trabajo partimos del hecho de que ser gay, no es entender únicamente lo que se conoce como una orientación sexual, es decir, ser homosexual. También requiere aproximarse al ser gay como una identidad. Diferentes estudios desde la segunda mitad del siglo XX y otros desarrollados con mayor fuerza a partir del 2000, han apoyado la idea de que la conducta sexual, no lleva a la construcción de una identidad (Careaga, 2004a; Carrier, 2001; Carrillo, 2005; Floyd y Bakeman, 2006; Foucault, 1978; Granados y Delgado, 2007; List, 2005, 2009; Núñez, 2000, 2005; Plummer, 2003; Prieur, 2008) y menos cuando estas conductas e identidades son estigmatizadas, discriminadas y rechazadas (Blumenfeld, 1992; Herek, 2008; Lozano, 2008; Toro-Alfonso y Varaz-Díaz, 2004). Así, la conducta o la práctica sexual con personas del mismo sexo se entiende como una categoría de análisis, que desde la sexología se ha ligado a la orientación sexual (Álvarez-Gayou, 2000; Baile, 2008; Castañeda, 1999; Riesenfeld, 2006), y que si bien ha tenido su

propio desarrollo teórico y de investigación, no es el eje central de este trabajo. Desde la/s identidad/es, se trata de entender la manera en que cada sujeto, a partir de su contexto cultural, social, histórico y personal, define, significa y construye esos deseos y prácticas homo-eróticas¹¹ (Careaga, 2004a; Laguarda, 2009; Longmore, 1998; Suyemoto, 2002).

La identidad es un constructo multifacético, dinámico, dialéctico, en cambio permanente, que intenta responder a la pregunta de ¿quién soy yo? y darle sentido a un sí mismo (Aguado, 2004; Careaga, 2004a; Ito, 2010; Pujal i Llombart, 2004; Suyemoto, 2002). List (2005) y Suyemoto (2002) sugieren la posibilidad de una serie de *facetas o planos identitarios*. Esto habla de la posibilidad de desarrollar diferentes aspectos de un sí-mismo y que se pueden presentar en diferentes contextos sociales de la vida de la persona.. En el marco del estudio del homo-erotismo y del ser gay, cobra relevancia el estudio de las identidades sexuales y de género. Estos dos planos identitarios se vinculan de manera importante a lo que Millet (1995) señala como *patriarcado*, a lo que Rubin (1986) denominó los *sistemas sexo-género*, o lo que Lagarde (1997) entiende como *condición de género*. En ese sentido las identidades surgen en la intersección de normas, reglas y mandatos construidos social y culturalmente que indican al sujeto qué, cómo, cuándo y con quién hacer las cosas (Díaz-Guerrero, 2003). De manera que como resultado de un proceso de socialización diferencial a partir de la diferencia sexual entre “machos” y “hembras”, se construye el ser “hombre” y el ser “mujer”, no sólo como entes biológicos y fisiológicos (Lamas, 1997).

¹¹ A lo largo del texto, usaré el término homo-erótico, como lo acuña Núñez (2000), para referirme al deseo erótico y sexual de las personas, que es orientado a otras personas de su mismo sexo. En este sentido, puede reemplazar el uso de “homosexual”, término usado en la literatura y en lo común. Sin embargo, como se aclara más adelante, coincido con Núñez (2000) al aclarar que “homosexual” refiere a una identidad surgida en el siglo XIX, que refiere a hombres “desviados”, enfermos y criminales. Homo-erótico es un intento de alejarse de esta identidad y únicamente referirse al deseo. Por otro lado, Parrini (2007) usa el término homo-erótico para referirse a un deseo sexual que “circula *entre* hombres y *por* hombres” (p. 203).

Connell, (1995), indica que existe un arquetipo que denomina la *masculinidad hegemónica*, como un especie de paraguas que envuelve el ser hombre en occidente, y que se vuelve la manera dominante de ser hombre en una sociedad (Kaufman, 1989; Kimmel, 2008). Esta masculinidad incluye el ser fuerte, rudo, agresivo, violento, productivo, trabajador y emprendedor (Díaz-Loving, Rocha y Rivera, 2007; Kaufman, 1989; Kimmel, 2008). En el campo de la sexualidad, significa estar presto para la actividad sexual, siempre y cuando sea con una mujer; así como negar la feminidad y negar la homosexualidad a través de la homofobia (Cruz, 2002; Kimmel, 2008; List, 2009; Núñez, 2005; Schwartz, 2007). En ese sentido un eje fundamental que rige la cuestión de género y permea las normas que configuran roles de género diferenciados y complementarios, es precisamente el rol reproductivo, eje a partir del cual se demanda una sexualidad hetero-erótica. En esta lógica, siempre se busca que exista una suerte de congruencia o coherencia entre el sexo biológico de una persona, el género asignado (en tanto “hombre”-“mujer”) y las prácticas sexuales y eróticas desarrolladas - matriz a la que Butler, (2001), denomina matriz sexo/género/deseo- de manera que en el caso de los hombres, se asume la relación hombre-masculino-heterosexual. En México Núñez (2005), describe la misma matriz aplicada para la sexualidad de hombres del norte del país. En el caso de las personas homo-eróticas, ambos autores señalan justamente la subversión o transgresión de la matriz, es decir, el rompimiento de este paradigma de congruencia. Para las teóricas feministas, esta matriz ordenadora de la sexualidad forma parte de los sistemas de género, caracterizados por un orden patriarcal. El patriarcado, en este sentido entonces, es una serie de pactos entre hombres, en tanto colectivo, que les permite perpetuar el ejercicio de poder sobre las mujeres (Amorós, 1992; Millet, 1995). Para llevar a cabo esta perpetuación, se ponen en práctica ejercicios de dominación, como ubicar a las mujeres en el espacio privado y doméstico, controlando su cuerpo para la reproducción

(de Barbieri, 1996). En cambio, el colectivo de hombres se ubica en el espacio público y de ciudadanía, espacio desde donde se llevan a cabo actividades de producción económica y de toma de decisiones. Para asegurar la producción y la mano de obra, se requiere de que las mujeres se dediquen a actividades reproductivas y de cuidado de los/as hijos/as, y que tanto hombres como mujeres ejerzan una sexualidad hetero-erótica y monógama (Amorós, 1992; de Barbieri, 1996; Pateman, 1996). Justamente, el movimiento feminista ha venido a cuestionar este orden patriarcal, luchando por una igualdad entre hombres y mujeres; igualdad que permita concebir a hombres y mujeres como capaces de dedicarse a cualquier actividad, independientemente del ámbito en el que estén.

Dentro de esta matriz patriarcal, los hombres homo-eróticos no encajan, debido a que su deseo no es congruente con la matriz que asegura la reproducción de más personas para la producción. Es decir, estos hombres quedan excluidos del espacio público masculino y de los pactos que establecen entre hombres, debido a su deseo erótico. Es así como los estudios gay cuestionan un orden patriarcal y se unen a querer transformaciones sociales que los ubiquen en situaciones igualitarias (Bartra, 2010; Blázquez, 2010; Harding, 2010). En ese sentido, en este trabajo buscamos contribuir también no sólo con el cuestionamiento sino con el cambio de la situación de opresión de hombres gay debido a los sistemas ordenadores del género, específicamente, de la masculinidad.

A través de la matriz que describe Butler (2001), el género se confabula con la sexualidad hetero-erótica (List, 2009; Schwartz, 2007; Rubin, 1986). Esto excluye del marco sexual a aquellas personas que desean sexualmente a personas de su mismo sexo, creando un contexto sociocultural que difícilmente acepta a estas personas y logra penetrar en esferas íntimas (como la familia y la propia vivencia subjetiva) para llegar a discriminar, excluyéndolos/as, inclusive de ser considerados humanos (Butler, 2004) y afectando de manera importante su bienestar emocional (Granados y Delgado,

2007; Ortiz-Hernández, 2005). A esta exclusión se le ha llamado homofobia y señala las diferentes formas en que una persona que se vive como no heterosexual puede ser rechazada (Blumenfeld, 1992; Herek, 2008). Esta homofobia está inmersa en todas las áreas de la vida: personal, interpersonal, institucional y cultural (Blumenfeld, 1992). Se reproduce como un valor (perteneciente a la heteronorma), como creencias y actitudes que se comparten socialmente y construyen un ambiente de rechazo y llega a contribuir en el desarrollo de sistemas de creencias individuales. Los estudios sobre el tema han dejado claro que la homofobia es más violenta y más fuerte en contra de hombres gay, que en contra de mujeres lesbianas (Blumenfeld, 1992; Cruz, 2002; Herek, 2008; Lozano, 2008; Toro-Alfonso y Varas-Díaz, 2004).

Identidad y bienestar emocional

Es dentro del contexto de rechazo que surge entonces la/s identidad/es gay. Su nacimiento remite a los movimientos de reivindicación de las personas homo-eróticas que comienza en la segunda mitad del siglo XIX (sobre todo de hombres). El ser gay implica prácticas, significados y ritos particulares (Uribe y Arce, 2005), a partir de demandas por la equidad e igualdad (Diez, 2010) en un sentido político (Lizárraga, 2003). Es decir, cuando los hombres homo-eróticos salieron a defenderse en contra del rechazo a partir de la patologización desde el discurso médico, jurídico y religioso (Foucault, 1978), éste se volvió un colectivo, una minoría que comparte no sólo la orientación sexual, sino la vivencia homofóbica, la cual como señalamos antes es diferente para hombres y para mujeres, razón por la cual surgen movimientos paralelos, con demandas diferentes (Bersani, 1995; Jagose, 1996; Mogrovejo, 2008). Como en cualquier grupo, a partir de la convivencia y de la socialización específica entre hombres abiertamente homo-eróticos, se desarrollan prácticas, significados, creencias y dinámicas particulares que construyen el ser gay. Así, aquél que

conviva y socialice en estos grupos, puede llegar a desarrollar una identidad gay.

Gracias a la homo-socialización entre hombres gay u homosexuales, con esta connotación política y de lucha de igualdad, List (2005) sostiene que la identidad gay es algo que puede “proteger” a los hombres que se definen así, de estos “malestares emocionales”, ya que permite una aceptación del deseo hacia otros hombres (Castañeda, 1999). En este orden de ideas, el hacer pública la orientación sexo-afectiva, a través del proceso conocido como *salir del clóset*, puede implicar dos cosas. Primero, permite la sociabilidad entre hombres homo-eróticos, la construcción de redes y de una identidad personal a partir de las relaciones sociales. Es decir, un espacio en común de identificación (Parrini y Amuchástegui, 2008). Esto, tiene impactos positivos en las emociones y en los estados de bienestar (Castañeda, 1999, 2006; List, 2005). Y segundo, al hacerlos un grupo visible y específico, puede ser más fácil colocarse como blanco de discriminación, rechazo y marginación homofóbica, lo cual impactaría el bienestar emocional de las personas. En ese sentido, un elemento fundamental en la construcción identitaria se sitúa también en el campo de lo emocional, aspecto que para fines de este estudio es fundamental y el cual justamente no ha sido considerado en los estudios gay.

En el proceso de construir una identidad gay, entra a colación el asunto de la homofobia, ya que como dijimos previamente según la reglamentación social, se buscaría una congruencia en la matriz sexo/género/deseo, por lo que al no gestarse así, surge una suerte de conflicto entre el deseo homoerótico y su posibilidad de realización, pues social y culturalmente dicha elección es castigada, censurada y discriminada. Aunado a lo anterior, esta construcción no sólo depende de la condición de género masculina y de las dinámicas grupales que se establezcan entre hombres gay, sino también de una historia de vida particular de cada sujeto. Así, un hombre homo-erótico puede vivir homofobia en mayor o menor medida,

puede sentirse atraído en menor o mayor medida hacia ciertas características físicas de los hombres o de la masculinidad, puede tener ciertas vivencias específicas con su familia y en su contexto educativo, laboral y comunitario; generando así una particularidad en su identidad y una serie de *planos identitarios* idiosincráticos (List, 2005; Suyemoto, 2002). Si entendemos que la identidad de género, con sus exigencias y tradiciones, permite el desarrollo de la identidad sexual bajo este mismo esquema, pero que es transgredido con la salida del clóset, los sujetos pueden desarrollarse bajo nuevos esquemas sexuales, mismos que son construidos a partir de la sociabilidad con otros hombres gay.

El bienestar emocional cobra relevancia al entender a lo gay encarnado en sujetos abyectos, puesto que desde la marginación se permite la continuación de la patologización. Además, los hombres que se autodenominan gay no forman parte de la llamada masculinidad hegemónica, ya que no cumplen con esas expectativas. Según diversos autores, la masculinidad hegemónica marca guiones sexuales que obligan a los hombres a entrar a dinámicas heteronormadas, aquellos que no lo hagan forman parte de lo excluido (Connel, 1995; Edwards, 2005; Kaufman, 1999; Kimmel, 2008; Schwartz, 1997; Toro-Alfonso, 2009). Desde la masculinidad hegemónica también se desprende, de manera importante, el estigma social, en específico la homofobia (Herek, 2008). Uno de los mandatos de la masculinidad hegemónica es la negación del homo-erotismo y de todo aquello que se le acerque, como la feminidad (Kimmel, 2005; Lozano y Rocha, 2011; Schwartz, 2007). La homofobia es un dispositivo que opera en diferentes niveles (personal, interpersonal, institucional y cultural) para mantener al margen de lo social a aquellas personas homo-eróticas o que transgreden el orden del género (Blumenfeld, 1992; Butler, 2004; Castañeda, 1999). La homosexualidad, desde la masculinidad, significa perder poder, por tanto, la homofobia implica un miedo al deseo erótico con personas del mismo sexo y a ser objeto de poder: “*la homofobia es*

la practica regulada y avalada, que permite expresar ese miedo y ansiedad con violencia” (p. 113, Cruz, 2002).

Es por esto que los niveles de salud emocional en la población pueden ser menores al resto, o por lo menos las sensaciones de tristeza, culpa y rechazo son mucho más evidentes en la subjetividad (Granados y Delgado, 2007, 2008). Desde una mirada de salud pública, se ha encontrado tanto, en poblaciones mexicanas como extranjeras que la incorporación de la homofobia a una parte de la identidad o del yo, puede tener riesgos importantes. Varios estudios han encontrado que la homofobia internalizada es la variable que modera aspectos negativos en la salud de hombres gay y mujeres lesbianas, específicamente la presencia de síntomas depresivos, ansiosos, consumo alto de alcohol y otras drogas y prácticas sexuales de riesgo que exponen a los sujetos a adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS) (Baile, 2008; Carrillo, 2005; Cochran y Mays, 2006; Cole, 2006; D’Augelli, 2006; Díaz, Bein y Ayala, 2006; Granados y Delgado, 2007, 2008; Granados, Torres y Delgado, 2009; Ortiz-Hernández, 2005) y se ha llegado a afirmar que la homofobia internalizada es el constructo central en la sintomatología para el tratamiento psicológico de personas gay y lesbianas (Ross y Rosser, 1996). Por ejemplo, en un estudio realizado en México Granados-Cosme, Torres-Cruz y Delgado-Sánchez (2009) entrevistaron a 19 jóvenes homosexuales, y una de las cosas que surgieron en sus datos fue precisamente el hecho que los entrevistados refirieron sentimientos de temor y tristeza ante el rechazo social recibido por parte de entornos primarios como la familia y el hogar, así como por entornos secundarios (escuela, trabajo y espacios públicos), de tal forma que esto reforzó estrategias de evitación (ocultar su orientación sexual) y al mismo tiempo generó aislamiento.

Es importante mencionar, que en el tema de salud y bienestar, se ha debatido si menores niveles de esto se debe a la homosexualidad misma o a la homofobia internalizada. Al respecto, Rosser, Bockting, Ross, Miner y Coleman (2008) argumentan que las

variables asociadas a la disminución de la salud y el bienestar son variables de homofobia y homo-negatividad. En la revisión que realiza Granados-Cosme (2007) de varios estudios en diferentes países, menciona que un factor fundamental en la salud mental y emocional de las personas homosexuales es precisamente el grado de autoaceptación de la homosexualidad, ya que cuando se ven obligados a ocultar su identidad experimentan mayor incidencia de padecimientos en comparación con aquellos homosexuales que no lo ocultan. Al mismo tiempo el autor señala la relevancia del apoyo social, pues en la medida en la cual las personas homosexuales y bisexuales cuentan con menos apoyo familiar y social, dicha deficiencia incide en su bienestar psíquico, incidiendo en mayor aislamiento, inseguridad y malestar emocional.

En ese sentido lo que parece crucial en el tema de salud emocional de las personas homosexuales, es comprender que la homofobia se coloca como una característica estructural de la sociedad patriarcal, en donde una premisa fundamental es precisamente mantenerse al margen de la afectividad lo cual repercute directamente en el desarrollo emocional de las personas. Y al mismo tiempo la homofobia reitera la posición social en la que está inserto este sector de la población, siendo un sector excluido, rechazado, discriminado y marginado, de tal suerte que esto delimitan también el impacto en su salud. Por tal motivo, parece fundamental analizar precisamente como se intersectan el proceso de construir una identidad de manera más o menos saludable con el rechazo, discriminación y exclusión que viven las personas gays.

Resultados: el deseo heteronormado

Durante estos avances de trabajo de campo, al realizar las entrevistas, estar frente a frente con los participantes, hacer las transcripciones y codificaciones de sus narraciones y hacer una primera aproximación a ellas, se hace evidente que el deseo erótico es un elemento presente a lo largo de todas las narraciones y que en muchos sen-

tidos marca el sentido que le dan a su vida. El reconocimiento y la socialización de su deseo, marca un parte aguas en la vida de los hombres gay. En este sentido, el deseo no obedece a ningún tipo de norma (ni cultural, ni social, ni subjetiva), es un elemento que existe y que en muchos sentidos guía la vida de los sujetos. Sobresalen cuatro aspectos del mismo: el reconocimiento de un deseo homo-erótico, que cobra relevancia debido a una normatividad heterosexista; segundo, la aceptación o conciliación interna con la existencia de ese deseo: tercero, la socialización, el compartir la existencia de ese deseo con personas importantes para el sujeto; y cuarto, la posibilidad de rechazar el propio deseo, que a su vez se relaciona con aspectos socialmente discursivos.

“Me pasó esto (la experiencia sexual con un amigo)... pues no sé, no me explico. Yo creo pues ya es algo que tenía. Y que saltó como el día del buey este.... pues no sé si venía de antes pero... a lo mejor traía algo y se me, como formó completamente por, por este buey.” (Ramón, 20 años; 2 de abril, 2012)

La narración anterior da cuenta de la inexplicabilidad en torno al deseo y la búsqueda por encontrar un discurso social que haga sentido con la situación de vida particular. Éstos discursos suelen ser aquellos regidos por la heteronorma. Según las entrevistas, queda claro que la sociedad mexicana en la cual todos los entrevistados se desenvuelven, y el contexto que ellos mismos fueron subjetivando, la normatividad es heterosexual y ésta llega a normar a la forma en la que se expresa y se vive el deseo. Es decir, las expectativas sobre los hombres son tener una pareja mujer, contraer matrimonio y reproducirse. La familia se vuelve el principal reproductor de este discurso, tanto la madre como el padre, como lo manifiesta ED, de 24 años:

“...tener familia, esposa. Si porque, eso lo llegaron a pensar mi papás. Si, más que nada me lo llegaron a manifestar de que ellos tenían planeado para mí, pues una vida, heterosexual ¿no? Con familia, hijos... Te comento que, era como el agrado, simplemente, como yo, yo digo que era un agrado más moral y la cuestión de, heterosexual de que un hombre tiene que tener...una mujer. Simplemente es que si realmente era una carga social, pero muy, muy fuerte. Algo que yo sentía que tenía que cumplir, de tener novia y decirle a mi mamá ‘oye mamá, tengo novia’ y quien sabe que ‘mira, te la presento’ y mi mamá alegre, ‘ay, sí’, teniendo novia y presumía ‘sí, está muy bonita’.” (ED, 24 años; 20 marzo 2012)

En este sentido, el discurso heteronormativo es uno que permea y controla la vida de los participantes y de manera más imperante por algunos años. Se vuelve una carga que impacta en la vida emocional de los hombres. El conjunto de la carga social y las emociones producidas desde ahí, dificultan entonces una expresión abierta del deseo homo-erótico:

“yo siempre tuve muy claro que yo era gay, nada más que había que esconderlo...en el fondo, yo me quería asumir como una persona que no era gay ¿me explico? En el fondo, en el fondo, me quería asumir como una persona no gay y eso me llevaba a, al tener ese tipo de actitudes... Yo me acuerdo que fue agresivo para mí mismo, decir, pensarlo o decirlo para mí mismo (que soy homosexual)... Agresivo, sí. Yo decía que, el asumirme yo como gay en un principio lo, lo noté como agresión hacia mí mismo. Como agresión un tanto cuanto queriéndome lastimar, inclusive... Pues sentía que, que si seguía siendo indebido, por la cuestión social ¿no? Básicamente y la familiar, te

repito, esas dos partes son para mi los dos ejes ¿no? Que siempre han regido y por el cual yo nunca lo había dicho ¿no? (Jorge, 51 años; 29 enero, 2012)

Jorge se refiere a ciertas emociones como la culpa, la vergüenza e inclusive la violencia, que sentía por identificar su deseo homo-erótico; sentirse lastimado por él mismo por poseer cierto deseo. Existen un “peso” social que él identifica como una barrera que no le permitía desarrollarse plenamente como homo-erótico. Igualmente, el discurso heteronormado en conjunto con la introyección del mismo que se expresa internamente en emociones, empuja a los hombres a llevar a cabo conductas de ocultamiento de su deseo. Por ejemplo, varios entrevistados primero se identificaron como bisexuales previo a nombrarse gays. En sus palabras, esta identificación era menos transgresora que la identidad gay:

“...en la preparatoria, donde ya me, ya me definía como bisexual...y yo, hasta un cierto punto lo justificaba con el proceso de la adolescencia...si...y pues ya después crecí dije, ‘ah, ya pasé la adolescencia, entonces ya’...pero ya me di cuenta en la preparatoria que, que pues, tenía un cierto agrado hacia los hombres, más allá. Ajá...me gustaba una mujer, tal vez sentimental, pero en atracción sexual, hacia los hombres.” (ED, 24 años; 20 de marzo del 2012)

“Sin embargo, según yo me gustaban niñas y así. Ya sabes como un proceso. De hecho, este, también, un momento en que secundaria empecé a decir que era bi(sexual). Pero al final es un proceso de aceptación...” (David, 22 años; 5 de abril del 2012)

“yo les voy a decir que soy bisexual porque según yo ser bisexual era menos malo que ser homosexual, porque al

menos te gustan las mujeres (risas)” (Komadreja, 25 años; 9 de enero del 2012)

Los testimonios de estos hombres dejan en claro un cierto temor a la identificación plena con el homo-erotismo. El discurso heterosexista entonces, usa otras estrategias para controlar el deseo. Como bien vimos arriba, tanto ED como David señalan que ellos vivieron su bisexualidad como parte de un proceso propio de su “adolescencia”. El discurso y la educación en torno a la sexualidad señala que la adolescencia es aquel periodo donde comienza el deseo sexual, el deseo erótico y la exploración con el cuerpo (Aberastury y Knobel, 1994; Freud, 1904; Tubert, 2001). Dicho discurso permea las subjetividades de tal forma que lleva a los participantes a vivirse en una “confusión” propia de la etapa. No obstante, algunos autores, como Mead (1994) han señalado el carácter cultural y construido de la adolescencia. Al parecer, entrevistados como ED y David requirieron de esta “etapa” en su proceso para llegar finalmente a su identificación plena como homosexuales. De igual forma, Komadreja señala que la bisexualidad es menos peor que la homosexualidad porque “al menos te gustan las mujeres”. Esto señala un carácter peyorativo del deseo homo-erótico entendido desde la heteronorma. Así, los sujetos poseedores de un deseo homo-erótico se ven normados y formados bajo un regimen heterosexista que les permite, temporalmente salvarse de la exclusión, periferia y abyección del deseo homo-erótico.

La re/producción del discurso heterosexista resulta en una homofobia internalizada en estos hombres, dificultando y obstaculizando un proceso pleno de aceptación de su deseo erótico. Según el interaccionismo simbólico, los participantes construyen significados acerca del objeto, en este caso su deseo homo-erótico, a través de las relaciones con otros. Así, a través de las interacciones con familiares y amigos, cada sujeto va haciendo propio un significado abyecto de lo homo-erótico (Blumer, 1968/1998). Esto, a

pesar de que los participantes aclararon que reconocieron su deseo desde muy chicos, algunos desde los 4 o 5 años, pero todos previo a lo que se conoce como pubertad:

“porque yo, desde que tengo uso de razón, yo soy gay. Desde que tengo uso de razón...en algún momento, ... en un lugar tan limitado, pues este, de repente te aflora algo ¿no? Te aflora de repente...” (Jorge, 51 años; 29 de enero, 2012).

“...yo recuerdo que me empezaron a gustar los niños desde que estaba en segundo, tercero de primaria. Yo me acuerdo que me formaba en la fila, por ejemplo y veía a mi compañero que estaba adelante y me gustaba verle la espalda...yo decía ‘ah, qué bonita espalda tiene’...” (Komatreda, 25 años; 9 de enero, 2012).

“...a la edad de 8 años, tenía como, el agrado hacia hombres y mujeres. Yo sentía, eh, un cierto...una cierta afinidad hacia, hacia los hombres, me gustaban los niños...Era una sensación como de gusto...” (ED, 24 años; 20 de marzo de 2012).

“Como que ya desde chiquito lo sabes (8 años). O sea, igual y lo manifiestas distinto, pero, pues ya lo sabes ¿no?” (David, 22 años; 5 de abril de 2012)

Testimonios como estos invalidan la propia idea de la adolescencia, pues ellos mismos reconocen la expresión de su deseo como algo que simplemente “aflora” y surge en ellos, algo inexplicable que no puede ser gobernado por la voluntad, pero si asumido y aceptado.

De esta manera, por lo menos en estos entrevistados, el deseo no queda normado, no tiene una fecha de aparición ni de caduci-

dad, surge en ellos y buscan la manera en expresarlo, que en toda ocasión se topa con normatividades sociales y culturales que no les permite ser explorados. Existe un deseo de expresarlo, casi una necesidad. Muchos de ellos reconocen prácticas sexuales desde su infancia, que sin duda, debían ser clandestinas.

“Lo veía yo pasar y lo veía pasar y cada vez que él pasaba, yo me aparecía por el caminito...yo lo esperaba ya un poquito más para el monte y llegué a preguntar...a decirle que si me enseñaba su ‘ese’ ... a los 6 años.” (Jorge, 51 años; 29 enero de 2012).

“(en la primaria besé a un niño) como a los 8 años...yo realmente tenía como una amistad con el, con el chico, ehm, me gustaba mucho...y me atreví....pues, estaba bonito...” (ED, 25 años; 20 de marzo de 2012).

“yo recuerdo cuando tenía como tres, cuatro año, me metía con mis sobrinos, de igual, que tenían un año menos que yo, dos de ellos. Nos metíamos debajo de la cama y me acuerdo que nos besábamos, digamos...ya pues, me gustaba hacerles el beso negro, cosas así.” (Komadreja, 25 años; 9 de enero de 2012).

Estos testimonios nos señalan la existencia de un deseo homo-erótico desde edades pequeñas y una intencionalidad detrás de dicho deseo. Es decir, los sujetos buscaron que su deseo se convirtiera en un comportamiento. El problema aquí, es que desde estas edades, queda completamente prohibido la expresión de estos deseos y en muchas ocasiones ni siquiera es simbolizada, por lo que darle sentido y que cobre relevancia desde esa edad es complejo. Es decir, no existe una forma de nombrar ni el deseo ni las prácticas sexuales en la infancia, por lo que queda relegada una práctica que

según Gallego (2010), es común entre varones. En el caso de una de las experiencias de ED, donde intenta besar a un compañero suyo en la escuela, hay una consecuencia inmediata de parte de su profesora que niega la posibilidad de un comportamiento afectuoso como ese:

“...me quedé como... confundido en que era lo que había hecho. Si, había sentido un cierto gusto, un placer por el beso, pero, estaba la otra parte en la que, la parte adulta en que te decían que eso estaba mal. ¿No? Al ver a dos hombres besándose.”

Nuevamente se re/produce un discurso que castiga y oculta las expresiones del deseo homo-erótico, discurso que es vivido en carne propia por éstos hombres y que, como bien señala el entrevistado, genera una confusión interna que añade al proceso identitario y que se puede vivir como un peso y una dificultad. Algunos participantes continuaron con prácticas clandestinas en su juventud y adultez; el temor y la culpa asociada a las prácticas homo-eróticas orillan a los sujetos a buscar expresar el mismo deseo de manera escondida, situación que se ha identificada como una de riesgo para la adquisición de infecciones de transmisión sexual.

“yo me había hecho aficionado mucho a los taxistas, es de verdad... Porque la noche los esconde también a ellos. La noche los esconde y la gran mayoría son casados pero tienen su, partecita ahí escondida ¿no? Y entonces se vuelven locos, ya en la noche, cuando, al amparo de la oscuridad, la cosa es diferente ¿no? Para ellos. Y me aficioné mucho...”
(Jorge, 51 años; 29 de enero de 2012)

“...pero pues si empecé como que a hacerme... cliente habitual del metro (risa)... Y digamos en el metro era

como otra vida. Era así como... ahí podía estar, coger, la la y todo ese rollo y yo me sentía, yo me acuerdo que llegaba a decir, 'pues es que, mi cuerpo es del mundo y quien lo quiera tomar pues lo va a tomar y el que no pues no'... (Komadreja, 25 años; 9 de enero de 2012)

Al aprender de lo “inapropiado” del homo-erotismo y al mismo tiempo asumirlo internamente, se genera un conflicto interno que lleva a estos hombres a buscar la protección de lo oscuro y de la noche, como bien señala Jorge, provee de una protección emocional que permite llevar a cabo prácticas sexuales que en otras condiciones no realizaría. Para los participantes, representa un espacio donde pueden apropiarse de un deseo no permitido a la luz de lo social; un espacio donde explorar elementos propios de su deseo en vínculo con la sexualidad. Por otro lado, el deseo erótico no nada más se refiere al aspecto sexual, como señala Komadreja en una experiencia durante su primaria que recuerda:

“Me acuerdo que tuve una experiencia muy linda con él...no fue como tipo erótica, no sé. Porque nos llevaron a la feria, nos llevaron a la casa del terror. Y yo así como de “no, no”...y él me dijo “¿tienes miedo?” y yo le dije “sí” y ese buey, estaba atrás y me abraza y me dijo “no te preocupes yo te voy a abrazar”. Y sentí así padre...” (Komadreja, 25 años; 9 de enero de 2012).

Este testimonio señala el aspecto relacional, amoroso y cariñoso del deseo homo-erótico y no nada más el aspecto sexual que suele ser asociado a los hombres gay (Cruz, 2004; Lozano, 2008, Núñez, 2000) Para Komadreja, esta experiencia cobra relevancia pues se da cuenta que su atracción hacia otros hombres no recae meramente en lo genital, sino que hay aspectos emocionales vinculados a sus experiencias relacionales y sexuales. Es importante señalar como

refiere Granados-Cosme (2007) que justo en la medida en la que las prácticas sexuales han sido cargadas de significados en el marco de una normativa reproductiva, se despojan de su capacidad para generar bienestar, de tal suerte que no sólo se vive la homosexualidad como anomalía sino que incluso se invalidan estas experiencias ligadas a los factores emocionales.

La posesión de este tipo de deseo no viene fácil. Como vimos en algunos ejemplos arriba, el irse descubriendo como homo-erótico trae consigo emociones que pueden ser difíciles de trabajar. Komadreja recuerda cuando se empezaba a reconocer como homo-erótico:

“yo me sentía como tan malo por ser gay, pero ...sentía como que era mmm...como te diré, como...como si fuera un lunar buey que, que, que me quisiera quitar. Como algo que descapacita...yo creo que si llegué a creer que el ser gay me iba a limitar en todo ...”

“No, (no me sentía) solo, no. Pero si incómodo al no poder ser yo. Porque tenía que disfrazar algo que no era. Y pues me sentía incómodo, al sentir, ay, “a mi ni me gustan las mujeres”. ¿No? Por ejemplo, cuando estudié aviación...
(David, 22 años; 5 abril de 2012)

Hay un rechazo que se introyecta, aquello de los social, como bien nos señala el interaccionismo simbólico (Blumer, 1969/1998). Inclusive, suscitan un rechazo rotundo, como es el caso de Ramón. En su caso, criado en una familia y escuela perteneciente al Opus Dei, el discurso y la normatividad del conservadurismo lo mantienen en un conflicto, como él mismo lo describe:

“...¿conoces algo que se llama como Opus Dei? De...
(mis papás) son has de cuenta que forman parte de...”

Entonces este pus hacen así pus van a círculos y cosas de esas.... quieren que su hijo esté con una mujer y...y así ¿no? Igual como mis hermanas ya están grandes y ya se van a casar y así, es como...los nietos (Risa). Entonces yo sé que es como por ahí...influenciado mucho porque pues yo o sea porque llevé como una educación así, religiosa y eso...es como una atracción (hacia otros hombres)...O sea, es que no es como que yo sea así gay, gay, pero tengo como un conflicto, igual, o sea, pero a ver. Este, es que, es que...es muy complejo. Es muy complicado...” (Ramón 20 años; 2 de abril de 2012)

Este entrevistado se define tal cual en un conflicto, conflicto que define su identidad en este momento de su vida, incluso su dificultad para nombrarlo, como es evidente en este testimonio, señala un alejamiento con esta identidad. Una expresión como esta, que es tan fresca y presente en la vida de Ramón, ilustra muy bien el conflicto que cualquier hombre en proceso de identificación puede estar viviendo. En su caso, el conflicto emana de una lucha entre su deseo erótico hacia otros hombres y lo que él y su familia entienden por “correcto”:

“o sea para mí no está del todo bien. O sea, yo sé que no tiene nada de malo, pero, no sé como que, hay algo en mí que me dice que no está, que...o sea para mí, que no está tan bien... que me gusten los hombres.” (Ramón, 20 años; 2 de abril de 2012).

Es evidente aquí la ambivalencia en el discurso de Ramón, pues vive su homo-erotismo como incorrecto y malo, al mismo tiempo que expresa, probablemente para quedar bien conmigo, el entrevistador, que en realidad no tiene nada malo. Sin embargo, estas contradicciones revelan un mundo interno confundido y

en conflicto; una especie de lucha entre este deseo imposible de normar y aquellas normas re/producidas en sus entornos cercanos:

“o sea es que me han educado como muy...así de que las niñas, las niñas y, pues no sé, siento que, en un futuro pues si me tengo que casar y tener hijos y así, pero...no sé...siempre me han dicho como, ‘las niñas’ o ‘aguas con los gays’ o, si son como muy así, de que, sobre todo mi papá... Ajá, y que, pues ese típico, ya sabes de que se burla (de los gays) y así, o sea. Si, si, si. Pues yo no le digo nada, yo me quedo callado y es como ‘si si si papá’.” (Ramón, 20 años; 2 de abril. 2012).

Así, los sujetos con deseo homo-erótico van siendo colocados en un sitio social de menosprecio, que los vincula indefinidamente con un conflicto interno, como el que vive Ramón. Este conflicto, si llega a ser socializado, entonces se expande con la familia y en ocasiones con las amistades. Los testimonios de los participantes dejan claro que, por lo menos de inicio, la identificación con un deseo homo-erótico no es lo que se espera para los hombres. ED narra la reacción de su familia al salir del clóset frente a ellos.

“...era mucho el temor, a que me agradara, que iban a decir de mi, mi familia, los, los amigos de mi familia...pensé que, por parte de mi mamá, me iba a apoyar, porque yo tenía más, mas la afinidad con ella, pero pues fue todo lo contrario. El apoyo que tuve fue con mi papá. A lo mejor no, no me lo, no me lo mencionó, pero yo sabía que lo tenía porque mi mamá, cortó de tajo la relación conmigo.”

“Pues por mis papás, yo creo. Bueno por mi mamá (que yo sea gay es un problema)...es que has de cuenta que... yo sé que si se llegarán a enterar de que tuve estas co-

sas...o sea...a mi mamá la haría sufrir muchísimo y pues no quiero eso, como la quiero mucho pues no. Y mi papá como que se enojaría.” (Ramón, 20 años 1 mayo 2012)

“Yo me sentía súper, súper...tenía mucho miedo cuando, cuando no decía nada y tenía miedo a que me descubrieran, mis papás o mis hermanos o alguien así.... Pues, porque yo pensé que era algo mal, malo y ya sabes, cuando uno sale del clóset, no es fácil decirlo. Yo, yo pensaba que era algo malo y que como le iban a tomar y así. Entonces yo tenía mucho miedo (David, 22 años; 5 abril de 2012).

La emoción preponderante en el reconocimiento y en la aceptación del deseo homo-erótico es el temor, el temor no sólo a un rechazo social, sino a ser desterrado de la familia y el fallar como hijo a los padres. Hay un temor a defraudar a la familia y por tal al proyecto social instaurado por la heteronormatividad. La culpa también se instaura a partir de estas estructuras.

“Pero el temor básico que yo recuerde es a que me fueran a identificar por un lado, socialmente como gay y por otro lado que mi familia se fuera a enterar. Esa era, eran los temores principales, de, los ejes de mi, de mis miedos, en todos sentidos.” (Jorge, 51 años; 29 de enero de 2012).

Además, en ocasiones el destierro viene acompañado de amenazas y otras formas de violencia desde el interior de la familia:

“(temía el rechazo) eh, perder más que nada, eh, mm, los lazos de la comunicación. Agresiones verbales. Porque en su momento cuando salí del clóset si lo hubo...Porque antes ya me había amenazado de que pues si yo, tenía ese tipo de identidad, este...me olvidara totalmente de ellos...

mi mamá, me dijo que si, este, yo era así, pues que ella prefería que yo estuviera haciendo mis cosas lejos y sin saber nada de mi...” (ED, 24 años; 20 de marzo de 2012)

Aunque este ostracismo no es tan común, la percepción de la violencia y de ser violentado es casi permanente en los hombres que se están descubriendo como homo-eróticos. Esta violencia es vivida en los medios de comunicación, en el discurso cotidiano a través de palabras como “puto” y “maricón” y en ocasiones es expresada directamente. Como es el caso de Komadreja y Jorge, quienes fueron violentados verbal y físicamente por su deseo homo-erótico.

“yo sufrí una agresión cuando tenía 18 años, que llegué aquí a México, de una persona en *Sanborns*...Y eso lo tengo muy presente y no lo voy a hacer nunca ¿no? Con alguien...A mí me gustaba una gente adulta que estaba ahí, lo estaba yo mirando en, en la sección de libros y me dijo...me dijo “¿qué me ves pinche puto?” frente a toda la gente. A una hora como esta. Sentí que se me derrumbaba el mundo. Totalmente. Y este, esa agresión no se la voy a, a cobrar nadie, por supuesto.” (Jorge, 51 años; 29 de enero de 2012)

“...bueno en dos ocasiones me golpearon entre...bueno no en dos, en una si me golpearon entre los tres y en otra ocasión si me eché a correr ¿no?...Pues igual salí yo de la secundaria, yo estaba en la parte de atrás de la secundaria, platicando con una amiga, la amiga se fue y me quedé yo ahí tantito y este...y me acuerdo que llegó el primero y después llegaron los otros dos y así como que “no y que ¿qué pedo contigo?” y que la chingada...”¿pero porque?”. Y así, no que “pinche

puto” que la chingada ¿no? Y ya pues...entonces me acuerdo que me tiraron al piso y otro se subió encima de mi y el otro me golpeó la cara y así como...O sea, digamos entre dos me agarraron y uno me estaba pegando ¿no? (Komadreja, 25 años; 9 de enero de 2012)

La violencia es recurrente en la vida de los entrevistados; desde agresiones verbales cargadas de significantes y normas de género que acusan a los participantes de transgredirlas como “joto”, “puto” y “maricón” y que les enseña que su comportamiento y su deseo no son los adecuados para la vida social en la que están. Hasta golpes y humillaciones públicas en donde se juega el poder de la masculinidad frente a otro que observa. Estas violencias pueden interpretarse y servir como una manera de mantener control sobre aquello que no obedece al status quo, un intento por intimidar y mantener en la patología y en la periferia a deseos, prácticas e identidades no hetero-eróticas.

Evidentemente la homofobia no queda fuera de la construcción identitaria de muchos de los participantes, y no es que se coloque como un asunto individual, sino que precisamente refleja un proceso colectivo del cual la sociedad es responsable, es decir, el individuo es homofóbico porque ese ha sido el modelo cultural que le ha permitido afirmarse como masculino y como miembro de un sistema de reglamentaciones (Granados-Cosme, 2007). Este rechazo externo termina interiorizándose como un rechazo hacia sí mismo, lo que seguramente conlleva a este conflicto interno y a un desgaste emocional significativo.

Conclusiones: el deseo y la homofobia internalizada en la construcción de una identidad

Es importante mantener en cuenta que el análisis aquí propuesto es sólo eso, una de tantas miradas sobre una vida erótica cada vez más visible. Lo que aquí analizamos es una provocación a la discusión

sobre el tema del homo-erotismo y la gaydad como categorías de análisis importantes para comprender aspectos de la vida sociosexual actual y esperamos, que dicho análisis sea temporal y que justo a través de las prácticas homo-eróticas y la significación política que cada sujeto le incorpore se logre una transformación de los significantes alrededor de la propia vida sexual. Esperamos que este texto pueda formar parte de todo un conjunto de performatividades que reiteran las normas, en un intento por transformarlas (Butler, 1992).

En este primer acercamiento a los datos recabados, ponemos el deseo como eje articulador de la identidad gay, como un elemento central para proponer la posibilidad de una vida erótica y abiertamente homo-erótica. Se trata de un deseo que empuja lo que los participantes describen como una “necesidad” de ser “ellos mismos”. La gaydad es justo ese paso, del reconocimiento a la socialización de su deseo, un acto que se vuelve político al entrar a la arena de lo público. Cumplen con el dictado de Millet (1995), lo personal es político. Es este paso el que permite intentar poner sobre la mesa la discusión en torno a que se entiende como sujeto, pasar de lo abyecto a lo visible y reconocido por dispositivos e instituciones de control.

Asimismo situamos que otro eje fundamental en el proceso de construir una identidad gay saludable se sitúa precisamente en el asunto de la homofobia, tanto externa como interna, ya que justamente este parece ser un dispositivo que vulnera la salud de las personas homoeróticas y genera dificultades y malestares emocionales que no permite que la propia persona se viva en calidad de sujeto completo, ya que no cumple con una normatividad heterosexual exigida desde afuera.

Los entrevistados caen en este dispositivo, cuando por meses y años no logran concebirse como sujetos, sus emociones de miedo, culpa, temor, tristeza y rechazo son límites impuestos que no les permite observarse como parte de una vida social. Requieren atravesar un proceso de introspección que les permite aceptar un

deseo indomable, un deseo que no obedece a las normas que desde afuera se les imponen. Así, las emociones se vuelven parte de una tecnología inscrita tanto en lo social como en la identidad; en un espacio intersubjetivo y dialéctico que permite la re/producción de estas normativas.

En este tránsito, la homonegatividad se incorpora no sólo a la imagen que la persona construye de sí misma, sino también a su vida emocional manifestándose en conflictos, angustias, tensiones y depresión. En algunos de los entrevistados la homofobia internalizada se hizo muy presente al evidenciar un reproche o una desvalorización de sí mismos, en otros casos, esta homofobia parece más velada. Como sugiere Hernández (2005) en ocasiones la homofobia internalizada se puede vivir como un proceso inconsciente que permanece a lo largo de toda la vida, aunque se mantenga en niveles muy sutiles. El punto es que esta homofobia puede traducirse en actos de autocensura o de aceptación del estigma socialmente predominante en torno a la homosexualidad y tal proceso puede incidir de múltiples formas en el bienestar emocional de las personas gay.

Sin embargo, como se dijo previamente, es menester reconocer que el asunto de la homofobia no es una cuestión individual, sino algo que se sitúa en un proceso colectivo, resultado de los imperativos normativos a los que ya se ha hecho alusión y delimitan precisamente las matrices de inteligibilidad bajo las cuales pueden validarse o no las vivencias humanas. Las personas homoeróticas y las no homoeróticas se encuentran sujetas a esquemas y reglas que regulan tanto la vida sexual como la vida psíquica y emocional, no obstante, en el proceso de construirse como individuos se gesta justamente el espacio para transgredir y transformar. Es decir, en la reiteración de la norma, que nunca es igual a la original, sino una copia que por sí misma transgrede.

Referencias

- Aguado Vázquez, J. C. (2004) *Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad*. México. UNAM.
- Álvarez-Gayou, J.L- (2000). Homosexualidad. En McCary, J.L.; McCary, S.P.; Álvarez-Gayou, J.L.; del Río, C.; Suárez, J.L., *Sexualidad Humana de McCary* (págs. 295-312). México: Manual Moderno.
- Amadio, D.M., Chung Y.B. (2004). Internalized homophobia and Substance Use among Lesbian, Gay, and Bisexual Persons. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. 17 (1). 83-100
- Amorós Puente, C. (1992). Notas para una teoría nominalista del patriarcado. *Asparkia, Investigación Feminista*. 1. 41-58.
- Baile Ayensa, J.I. (2008). *Estudiando la homosexualidad: Teoría e Investigación*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Bartra, E. (2010). Acerca de la investigación y metodología feminista. En Blázquez Graf, N., Flores Palacios, F, Ríos Everardo, M. (cords.) *Investigación feminista, epistemología, metodología y representaciones sociales*. (pags. 67-78). México. CEI-ICH-CRIM-Facultad de Psicología.
- Blázquez Graf, N. (2010). Epistemología feminista: temas centrales. En Blázquez Graf, N., Flores Palacios, F, Ríos Everardo, M. (coords.). *Investigación Feminista: Epistemología y Representaciones Sociales*. (pags. 21-38). México. UNAM-CEI-ICH-CRIM-Facultad de Psicología.
- Bersani, L. (1995). *Homos*. Harvard University Press.
- Blumenfeld, W. (1992). Introduction. En Blumenfeld, W. (ed.). *Homophobia, how we all pay the price*. Boston: Beacon Press. 1-22.
- Butler, J. (1992). *El Género en disputa*. México. Paidós
- Butler, J. (2001). *Cuerpos que importan*. México. Paidós
- Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. México. Paidós.

Careaga Pérez, G. (2004a). Orientaciones Sexuales. Alternativas e Identidad. En Careaga, G. y Cruz, S. Sexualidades Diversas. Aproximaciones para su análisis (págs. 171-188). México: Miguel Ángel Porrúa-PUEG.

Carrier, J. (2001). De los otros: intimidad y comportamiento homosexual del hombre mexicano. Madrid: TALASA Ediciones.

Carrillo, H. (2005). La noche es joven. México. Océano.

Castañeda Gutman, M. (1999). La Experiencia Homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera. México: Paidós.

Castañeda Gutman, M. (2006). La nueva homosexualidad. México. Paidós.

Cochran, S. Mays, V.M. (2006). Prevalencia de trastornos mentales y abuso de sustancias entre lesbianas y gays. En Omoto, A. y Kurtzman, H.S. Orientación sexual y salud mental (págs. 131-150). México: Manual Moderno.

Cole, S. (2006). Amenaza Social, identidad personal y salud física de gays que no han salido del clóset. En Omoto, A. y Kurtzman, H.S. Orientación sexual y salud mental (págs. 223-243). México: Manual Moderno.

Connel, R. (1995). Masculinities. California: University of California Press.

Cruz, S. (2002). Masculinidad y homofobia. El cotidiano. 18 (113). 8-14.

D'Augelli, A. (2006). Factores de desarrollo, contextuales y de salud mental entre jóvenes lesbianas, gays y bisexuales. En Omoto, A. y Kurtzman, H.S. Orientación sexual y salud mental (págs. 35-49). México: Manual Moderno.

de Barbieri, T. (1996). Algo más que las mujeres adultas, algunos puntos para la discusión sobre la cateogría de género desde la sociología.

Díaz, R. Bein, E. y Ayala, G. (2008). Homofobia, pobreza y racismo: una triple opresión y sus consecuencias en la salud mental de

- latinos gays. En Omoto, A. y Kurtzman, H.S. *Orientación sexual y salud mental* (págs. 189-204). México: Manual Moderno.
- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura: psicología del mexicano 2*. México Trillas.
- Díaz-Loving, R., Rocha, T.E., Rivera, S. (2007). La instrumentalidad y expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural. México. Miguel Ángel Porrúa y UNAM
- Diez, J. (2010). The importance of policy frames in contentious politics: Mexico's National Homophobia Campaign. *Latin American Research Review*.45 (1). 33-54
- Edwards, T. (2005). Queering the Pitch? Gay masculinities. En Kimmel, MS., Hearn, J., Connel, R.W. (eds.) *Handbook of Studies on Men & Masculinities*.(pags. 51-69). Thousand Oaks. SAGE Publications.
- Estrella, H. L.A.(2005). Niveles de homonegatividad en la población homosexual de la Ciudad de Santiago, Educación Superior, 4,2, 74-90. Disponible en <http://www.uapa.edu.do/docs/revista/Julio-Diciembre%202005.pdf>
- Floyd, F.J., Bakeman, R. (2006). Coming-out Across the Life Course: Implications of Age and Historical Context. *Archives of Sexual Behavior*.35 (3). 287-296
- Frost, D.M., Meyer, I.H. Internalized Homophobia and Relationships Quality Among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*. 56 (1). 97-109.
- Frost, D.M. (2011). Stigma and Intimacy in Same-Sex Relationships: A Narrative Approach. *Journal of Family Psychology*.25 (1). 1-10.
- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality, an introduction, Volume I*. New York. Vintage Books.
- Gallego, G. (2010). *Demografía de lo otro: biografías sexuales y trayectorias de emparejamiento entre varones en la Ciudad de México*. México. COLMEX.
- Granados, J., Delgado, G. (2007). *Salud mental y riesgo de VIH-SIDA en jóvenes homosexuales. Aproximación cualitativa a la experiencia*

- de la homofobia*. UAM División de Ciencias Biológicas y de la Salud.
- Granados-Cosme, J. (2007). Problemas de salud mental en la discriminación por orientación homosexual. En G. Soberón & D. Feinholz (Eds.) *Homofobia y Salud: Memorias*, pp.95-116. CNB (Comisión Nacional de Bioética). Disponible en <http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/homofobia.pdf>
- Granados-Cosme, J. y Delgado-Sánchez, G. (2008). Identidad y riesgo para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Saúde Pública*, 24 (5): 1042-1050.
- Granados-Cosme, J., Torres-Cruz, C. & Delgado-Sánchez, G. (2009). La vivencia de rechazo en homosexuales universitarios en la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/SIDA. *Salud Pública de México*, 51, 6, 482-488.
- Harding, S. (2010). ¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? ARGumentos en torno a la controversia sobre le punto de vista feminista. En Blazquez Graf, N., Flores Palacios, F., Ríos Everardo, M. (coords.). *Investigación Feminista, epistemología, metodología y representaciones sociales*. (pags. 39-68). México. CEIICH-CRIM-Facultad de Psicología.
- Herek, G.M. (2008). *Sexual Prejudice: Understanding Homophobia and Heterosexism* tomado 23 de marzo del 2008 en http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/sexual_prejudice.html
- Ito, E. (2010). *La identidad: una Mirada desde la psicología*. Documento no publicado
- Jagose, A. (1996). *Queer theory: an introduction*. New York. New York University.
- Kaufman, M. (1989). *Hombres. Placer, poder y cambio*. Santo Domingo: CIPAF
- Kelley, T.M., Robertson, R.A. (2008). Relational Aggression and Victimization in Gay Male Relationships: The Role of Internalized Homophobia. *Aggressive Behavior*. 34. 475-485.

- Kimmel, M. (2005). *The Gender of Desire: Essays on Male Sexuality*. New York. SUNY Press
- Kimmel, (2008). *Guyland, the perilous land where boys become men*. New York. Harper
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Los Angeles. SAGE Publications.
- Lagarde, M. (1997). Identidad de género y derechos humanos. La construcción de las humanas. En Papadimitriou Cámara, G. (Coord.). *Educación para la paz y los derechos humanos. Distintas miradas*. Asociación Mexicana para las Naciones Unidas. A.C./ Universidad Autónoma de Aguascalientes y El Perro sin Mecate. México. p. p. 71- 106.
- Laguarda, R. (2009). *Ser gay en la ciudad de México: Lucha de representaciones y apropiación de una identidad, 1968-1982*. México: CIESAS-Instituto Mora.
- Lamas, M. (1997): Sexualidad y género: la voluntad del saber feminista. En *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Sasz, I. y Lerner, S (ed.). 49-67. México: COLMEX
- List, M. (2005). *Jóvenes corazones gay de la Ciudad de México*. Puebla, BUAP.
- List, M. (2009). *Hablo por mi diferencia, de la identidad gay al reconocimiento de lo queer*. México. Eón
- Lizárraga Cruchaga, X. (2003). *Una historia sociocultural de la homosexualidad: notas sobre un devenir silenciado*. México: Paidós.
- Longmore, M.A. (1998). Symbolic Interactionism and the Study of Sexuality. *The Journal of Sex Research*. 35 (1). 44-57
- Lozano Verduzco, I. (2008). *El amor que no osa decir su nombre: Un estudio exploratorio de la homofobia en el D.F México D.F*. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Lozano, I., Rocha, T.E. (2011). La homofobia y su relación con la masculinidad hegemónica en México. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 22.
- Millet, K. (1969/1995). *Política sexual*. Madrid. Cátedra

- Mogrovejo, N. (2008). Diversidad sexual, un concepto problemático. *Revista trabajo social*. No. 18. 62-72
- Núñez Noriega, G. (2000). *Sexo entre varones: poder y resistencia en el campo sexual*. México: Porrúa y PUEG.
- Núñez Noriega, G. (2005). *Diversidad sexual y afectiva, un nuevo concepto para una nueva democracia*. México. MIMEO.
- Ortiz-Hernandez, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México . *Salud Mental*, Vol. 28(4). 49-65.
- Otis, M.D., Rostosky, S.S., Riggle, E.D.B. y Hamrin, R. (2006): Stress and relationship quality in same-sex couples. *Journal of Social and Personal Relationships*. 81-99. 23 (1)
- Parrini, R. (2007). *Panopticos y laberintos: subjetivación, deseo y corporalidad en una cárcel de hombres*. México. Colegio de México.
- Parrini, R., Amuchástegui, A. (2008). Un nombre propio, un lugar común. Subjetividad y sexualidad en México: el Club Gay Amazonas. *Debate Feminista*. 19 (37). 179-196
- Pateman, C. (1996). Críticas feministas la dicotomía público/privado. En Castells, C. (coord.). *Perspectivas feministas en teoría política*. Barcelona. Paidós.
- Plummer, K. (2003). Queers, bodies and postmodern Sexualities: A Note on Revisiting the “Sexual” in Symbolic Interactionism. *Qualitative Sociology*. Vol. 26 (4). 515-530.
- Prieur, A. (2008). *La casa de la Mema, travestis, locas y machos*. México. PUEG-UNAM.
- Pujal i Llombart, M. (2004). La identidad (el self). En Ibáñez, T. (coord.). *Introducción a la Psicología Social*. 93-137. Barcelona. Editorial UOC.
- Riesenfeld, R. (2006). *Bisexualidades*. México. Paidós
- Ross, M. and Rosser, B. (1996) Measurement and correlates of internalised homophobia: a factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 15-21
- Rosser, B.R.S., Bockting, W.O., Ross, M.W., Miner, M.H., Cole-

- man, E. (2008). The Relationship Between Homosexuality, Internalized Homo-Negativity, and Mental Health in Men Who Have Sex with Men. *Journal of Homosexuality*. 55 (2). 185-203.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: nota sobre la “economía política” del sexo. *Revista Nueva Antropología*. 30 (VIII). 95-145.
- Schwartz, P. (2007). The social construction of heterosexuality. En Kimmel, M. (ed.). *The sexual self, the construction of sexual scripts*. Nashville. Vanderbilt University Press.
- Suyemoto, K.L. (2002). Constucting Identities: A feminist, culturally contextualized alternative to “personality”. En Ballou, M. y Brown, L.S. (eds.) *Rethinking Mental Health and Disorder*. New York. The Guildford Press.
- Toro-Alfonso, J. y Varas-Díaz, N. (2004): Los otros: prejuicio y distancia social hacia hombres gay y lesbianas en una muestra de estudiantes de nivel universitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 537-551. 4 (3)
- Toro-Alfonso, J. (2009). *Masculinidades subordinadas: investigaciones hacia la transformación del género*. Puerto Rico. Publicaciones Puertorriqueñas.
- Tubert, S. (2001). *Un extraño en el espejo. La crisis adolescente*. España. Ludus Editorial.
- Uribe, R.; Arce, A. (2005): Subiendo Escalones: Reflexiones a partir del trabajo grupal con adolescentes gay. *Subjetividad y Género. Revista de Psicología de la UAM-X*. 137-149. VII

Pensando en Sexo en Tiempos de SIDA. Reflexiones sobre la Sexualización y De-sexualización de una Epidemia¹²

*Richard Parker*¹³

QUIERO ORGANIZAR ESTA PRESENTACIÓN ALREDEDOR de lo que podría describirse como un contrapunto de argumentos. De un lado, en la primera parte de esta presentación, quiero enfatizar el grado de importancia de la emergencia de la epidemia del VIH y el SIDA para la apertura de un nuevo espacio para la discusión y debate sobre la sexualidad en sociedades de todo el mundo. Por otro lado, en la segunda parte de esta presentación quiero enfocarme en lo que observo como un cambio que ha tenido lugar en este campo en los años recientes, y al que por falta de un mejor término llamaré de-sexualización. Concluiré sugiriendo que este proceso merece nuestra urgente atención y cada posible esfuerzo que podamos hacer para responder a la de-sexualización de la epidemia, buscando así continuar con una apertura a la sexualidad similar a la que caracterizó los años tempranos de la epopeya.

¹² Elaborado y presentado en 2008

¹³ Profesor de Ciencias Sociomédicas

Director-Presidente – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)

Co-Director – Sexuality Policy Watch

Investigación, Promoción y Defensa en respuesta al VIH y el SIDA

Entre las consecuencias más inmediatas de la expansión de la epidemia del VIH en la década de 1980, podemos mencionar el incremento masivo de la actividad investigativa en el tema de la sexualidad. Estas investigaciones hicieron evidente rápidamente que la larga ausencia de inversión en investigación sobre sexualidad durante el curso del siglo XX nos había dejado un excepcionalmente limitado conocimiento básico sobre muchos de los temas claves que se necesitaban entender para responder a una enfermedad inevitablemente fatal que se transmitía principalmente mediante contacto sexual. La necesidad urgente de responder a la epidemia del VIH a través de la investigación social y conductual proveyó la justificación para un masivo incremento de la inversión de fondos disponibles para la investigación sobre la sexualidad y la conducta sexual de diversos grupos poblacionales. Nuevos recursos empezaron a estar disponibles relativamente rápido, particularmente para la recolección de información conductual percibida como necesaria tanto para una comprensión de la epidemiología de la infección del VIH, como para el desarrollo de programas e intervenciones de prevención.

Impulsada, al menos al comienzo, por preocupaciones epidemiológicas, la investigación sobre sexualidad en relación al SIDA emergió dentro de las instituciones y marcos conceptuales de la medicina y la salud pública. De este modo, mucha de la actividad investigativa en respuesta al SIDA a mediados de los 1980s se enfocó en los conocimientos, actitudes y prácticas que podrían asociarse con el riesgo de la infección del VIH.

Lo que es quizá más significativo sobre estos estudios llevados a cabo en respuesta al VIH, es que ellos parecen representar un “nuevo modelo para el estudio del comportamiento sexual entendido como un problema epidemiológico.” Cuando se comparan estas investigaciones con las primeras investigaciones sobre sexo – tales

como los famosos estudios de Kinsey – éstas están marcadas por un decreciente interés en temas como el orgasmo, la masturbación y la procreación, y por un significativo aumento de atención al número de parejas sexuales, conductas sexuales específicas y una serie de temas similares que se asumió contribuían a la expansión del VIH.

En tanto que el conjunto de fuerzas sociales más amplias que estructuran la epidemia del VIH empezó a ser percibido como centralmente importante, las limitaciones de los enfoques tradicionales de investigación conductual empezaron también a ser más evidentes. Influenciados por desarrollos paralelos respecto a la construcción y producción social de las relaciones sexuales, la investigación en respuesta al SIDA empezó a inspirarse en enfoques de la sociología interaccionista y la antropología cultural, así como en las corrientes que buscaban radicalizar la psicología social. Tales preocupaciones impulsaron el inicio de un importante cambio de énfasis. Este énfasis se centró en un nuevo interés por los significados culturales “inter-subjetivos” relacionados con la sexualidad y sus cualidades compartidas y colectivas. Estas cualidades se entendieron como propiedades no de individuos atomizados o aislados, sino de personas sociales integradas en el contexto de distintas y diversas culturas. La investigación de las ciencias sociales sobre la epidemia del VIH/SIDA crecientemente buscó ir más allá de la conducta para examinar qué significa el sexo para las partes involucradas, los contextos en los cuales el sexo tiene lugar, la estructura y guiones de los encuentros sexuales, y las culturas sexuales (y sub-culturas) existentes y emergentes en sociedades particulares.

Durante el curso de los 1990s, este énfasis en la organización social y contextual de las interacciones sexuales condujo al estudio de diversas “culturas sexuales” como nuevo tema de interés de la investigación en sexualidad. Entonces, la atención de la investigación se ha movido crecientemente de las conductas sexuales, a los escenarios culturales dentro de los cuales estas conductas ocurren– y las reglas culturales que las organizan.

A la vez que este énfasis en la cultura marcó un importante avance en la ampliación de la investigación sobre sexualidad, también, a mediados de la década de 1990 se había vuelto más evidente que el conjunto de factores influenciando la construcción de las realidades sexuales respecto al VIH era más complejo de lo que se había percibido previamente. En particular, se hizo cada vez más claro que no solamente los factores culturales, sino también los factores estructurales, políticos y económicos inciden en la experiencia sexual y por tanto, limitan las posibilidades de cambios en la conducta sexual. Al mismo tiempo que el análisis cultural había emergido como un importante correctivo de las limitaciones percibidas de los enfoques conductuales que lo precedieron, surgió también un nuevo interés en el análisis histórico y político-económico de los factores estructurales asociados con el creciente riesgo de la infección del VIH.

A la vez que los eventos ocurridos en relación con el VIH y el SIDA durante la década de 1980s e inicios de la década de 1990 crearon una nueva apertura para la investigación relativa a la sexualidad, las tareas prácticas concernientes a la respuesta a la epidemia también generaron una gran oportunidad para activistas, organizaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales y diversos profesionales, para crear a nivel de las bases una nueva política de sexualidad, cuerpos y placeres que fueron de fundamental importancia. Ejemplos de esto son quizá más evidentes en las respuestas de las comunidades gays en países como los Estados Unidos. Basta pensar solamente, por ejemplo, en la importante publicación “How to have sex in an epidemic” (“Cómo tener sexo en una epidemia”), que fue un texto elaborado por activistas gays en los Estados Unidos, para ver como la sexualidad y la diversidad sexual que antes habían estado ocultas, ganan un espacio en el escenario público. Esta visibilidad de la sexualidad y la diversidad sexual se tradujo en una nueva apertura al debate público alrededor de las formas de expresión sexual. Y es importante resaltar que

ciertamente esta no es una experiencia que se limita a países de altos recursos. Dependiendo de la historia de la epidemia –respecto a cuando esta empezó y cómo ha evolucionado–, este proceso de apertura a la discusión y debate sobre la sexualidad y la diversidad sexual tuvo lugar prácticamente en todas las sociedades. En Brasil por ejemplo, donde he trabajado por 25 años en el tema del VIH y el SIDA, también fue claramente visible el mismo proceso que se observó en Estados Unidos– quizás de manera aún más marcada, debido a la relativa mayor apertura para discutir temas sexuales en Brasil desde antes de la epidemia.

En la región Latinoamericana y del Caribe, la movilización social alrededor de temas de diversidad sexual y derechos sexuales era incipiente cuando el SIDA apareció en el escenario. Sería imposible imaginar los modos en que las comunidades de gays y lesbianas se desarrollaron, sino hubieran estado presentes las preocupaciones que planteó el SIDA así como el énfasis en derechos humanos y derechos sexuales como fundamentales para cualquier respuesta significativa a la epidemia. No solamente el movimiento de gays y lesbianas, sino también los movimientos relacionados con la prostitución y el trabajo sexual, las sexualidades de la gente joven, los movimientos de transgéneros y travestis, e incluso un nuevo interés en temas de masculinidad, fueron posibles, al menos en parte, el flujo de fondos que las respuestas a la epidemia del SIDA generó pero principalmente por los espacios científicos, sociales y políticos que el SIDA abrió a nivel global.

En breve, sea en relación con la investigación, o la promoción y defensa y el activismo, durante el curso de las décadas de 1980 y 1990, el VIH y el SIDA proveyeron un gran estímulo para responder a la epidemia con la nueva apertura a la sexualidad, diversidad sexual y derechos sexuales. Los signos de ello están en todas partes alrededor de nosotros, y a decir verdad, podría bien decirse que sino hubiera ocurrido la epidemia del SIDA, nosotros no estaríamos reunidos aquí hoy día discutiendo estos temas. Sin embargo,

también me parece que en los años recientes, quizá desde los últimos años de la década de 1990 hasta el presente, se han dado una serie de transformaciones significativas que sugieren más bien una tendencia diferente. Se trata de un cambio en el que me gustaría centrarme en la siguiente sección de esta presentación.

¿La De-sexualización de la Epidemia?

Así como las tendencias mencionadas han sido importantes en el desarrollo de la investigación sobre la sexualidad desde el inicio de la epidemia del VIH/SIDA, en los años recientes, y particularmente durante el curso de la última década, habría empezado a ocurrir un cambio gradual de perspectiva y énfasis – un cambio que por falta de un mejor término podría ser descrito como la de-sexualización de la epidemia. Desde hace algunos años, varios investigadores han expresado su preocupación sobre la tendencia a no tomar en cuenta la experiencia corporal –la corporalidad del sexo– en mucha de la investigación contemporánea relacionada con el VIH. Paralelo a esta trayectoria he observado lo que me temo podría ser una creciente “sanitización” del campo de investigación de la sexualidad en general. Nuestra creciente preocupación respecto a temas del contexto social podría inadvertidamente estar alejando nuestra atención de la experiencia vivida de las prácticas sexuales.

Estos cambios no son ciertamente absolutos, y mi preocupación sobre ellos no debería ser leída de ninguna manera como un rechazo (o condena) del importante esfuerzo para ampliar nuestro entendimiento de los contextos sociales y culturales en los cuales la sexualidad tiene lugar – y a través de los cuales esta se construye. A la vez, esta es una suerte de advertencia de peligro en la cual creo que vale la pena detenerse y que hay que examinar en mayor detalle.

Específicamente, pienso que hay al menos tres importantes tendencias emergiendo tanto de la investigación como la práctica

en el curso de la década pasada a las que podría atribuirse el reducido énfasis en el sexo y la sexualidad como parte de una respuesta más amplia a la epidemia del VIH. En particular, creo que es una importante coincidencia que la creciente preocupación por el contexto social del sexo, por los factores políticos y económicos que lo construyen y condicionan, haya ocurrido al mismo tiempo que tomaron lugar avances significativos en los tratamientos de VIH. Al menos desde 1996, cuando las terapias de combinación antirretroviral empezaron a estar disponibles, y muchos de nosotros involucrados en acciones de promoción y defensa relacionadas con el VIH y el SIDA empezamos a enfocarnos fuertemente en la lucha por el acceso a tratamiento en lugares carentes de recursos. Una consecuencia no deliberada de los avances en el acceso a tratamiento ha sido un cambio de énfasis en el campo del VIH, que se aleja continuamente de la sexualidad (con algunas posibles excepciones).

Dentro de esta era de acceso al tratamiento antirretroviral, hemos evidenciado una suerte de “re-medicalización” del campo del VIH. Incluso cuando algunas voces empezaron a demandar un retorno a la prevención, estas demandas han carecido típicamente del enfoque crítico de las dimensiones sociales de la sexualidad. Como resultado, la prevención del VIH en sí misma ha sido profundamente re-medicalizada, con un mayor énfasis en técnicas relativamente simples e intervenciones simplistas demostrando la percibida insignificancia social del contexto y las circunstancias sociales. Una de las mayores ironías es precisamente el hecho de que esta re-medicalización de los esfuerzos para la prevención del VIH es crecientemente justificada como una respuesta al fracaso de los enfoques que han enfatizado factores culturales y estructurales, tales como las relaciones de poder de género o la pobreza y la exclusión económica.

Un retorno a un limitado, medicalizado enfoque de la sexualidad- el cual durante dos décadas ha sido sistemáticamente

cuestionado y criticado en la investigación sobre VIH - ha sido reafirmado ahora, precisamente debido al supuesto fracaso de los enfoques sociales.

Así mismo, es importante notar que muchos de estos desarrollos vinculados con la re-medicalización del VIH - y, por extensión, a través del VIH y el SIDA, una re-medicalización de la sexualidad- han tenido lugar también durante una época en que ha habido una verdadera explosión en la movilización por los derechos sexuales. Al menos en parte formados por el trabajo de respuesta al estigma relacionado con elVIH, los movimientos sociales que luchan por las libertades sexuales han surgido y prosperado en países y comunidades alrededor del mundo durante la década pasada, y crecientemente han convergido en alianzas y coaliciones centradas en los derechos sexuales como uno de los mayores temas de conflicto de los inicios del siglo XXI. Una vez más, muchos de nosotros, quienes nos consideramos investigadores-activistas comprometidos, con trabajos que ha tendido a construir un puente entre los campos delVIH y la sexualidad, hemos jugado roles claves en la búsqueda del desarrollo de estos movimientos. Sin embargo en este caso, tal como en la re-medicalización que parece haber sido un importante e inesperado resultado de nuestras luchas por el acceso al tratamiento, hay también el riesgo de que las luchas por los derechos sexuales hayan sido orientadas hacia una suerte de judicialización del campo de la sexualidad, lo que es potencialmente tan problemático como la larga historia de medicalización de la sexualidad. Sin duda, como la historia de la sexualidad en sociedades occidentales (y, a través del colonialismo y su herencia) dejaría claro, medicalización y judicialización como dos formas interactuantes y frecuentemente complementarias de disciplinar la sexualidad y los placeres sexuales, han ido de la mano por largo tiempo, y podrían muy bien reafirmarse aun dentro del contexto de muchos supuestos enfoques progresistas sobre la sexualidad y elVIH en la actualidad.

El impacto que ha tenido el VIH y el SIDA sobre la investigación en sexualidad en el curso de las tres décadas pasadas ha sido, en la mayoría de casos, un fuerte incentivo para el incremento de la actividad investigativa, y para ampliar el enfoque de la investigación a un amplio rango de temas contextuales. Sin embargo, nos preocupa seriamente que al menos durante el período más reciente, los pasados cinco a diez años, parecen haberse combinado una variedad de factores para reducir la atención hacia temas de sexualidad dentro del contexto de la investigación relativa al VIH. Esto es de lo más inquietante, considerando el hecho de que ha habido una importante expansión de recursos financieros para la prevención y control del VIH, en algunos casos en estrecha relación con agendas morales conservadoras – como en el caso del programa PEPFAR implementado por los Estados Unidos bajo la administración Bush, con un fuerte énfasis en abstinencia y monogamia como pieza claves de los programas de VIH.

A la vez que la sexualidad parece haber recibido una atención significativamente menor, tanto la re-medicalización de los enfoques del VIH como una cierta judicialización de muchas de las discusiones sobre las libertades sexuales parecen haber reformulado muchos de los más importantes debates públicos relacionados con la sexualidad en los inicios del siglo XXI. Dentro de este cambiante contexto, hay el grave riesgo potencial de que algunos de los muy reales avances que la lucha contra el VIH y el SIDA nos exigió hacer en el campo de la sexualidad pudieran perderse más que consolidarse en el futuro. Mientras muchos de estos resultados parecen haber sido consecuencias involuntarias de los temas que ha planteado la epidemia, estos son, sin embargo, también claramente producidos por las formas en las cuales nosotros, como investigadores, defensores, y hacedores de políticas, hemos respondido a estos temas – y los resultados pueden orientarse en varias direcciones dependiendo de la naturaleza de nuestra respuesta. Ahora, más que nunca, necesitaríamos luchar para encontrar formas de “poner la

sexualidad (nuevamente) en el [campo del] VIH/SIDA,” no solamente para contribuir a los avances en el campo de la sexualidad, sino para estar seguros de que no seremos testigos de un gran retroceso de los importantes logros hechos durante las primeras décadas de nuestra respuesta a la epidemia del VIH.

Sexualidad y síndrome de Down: ¿Crees que ellos no quieren tocar y ser tocados?¹⁴

Jhonatthan Maldonado Ramírez¹⁵

Como las feministas de los años sesenta y setenta, que “descubrieron” la exclusión de las mujeres de la historia, que pusieron de manifiesto la experiencia de la pobreza y la discriminación de las mujeres, que insistieron en que había que reconocer y detener la violencia contra las mujeres, nosotras estamos motivadas por la sensación de ofensa e injusticia. Nos ofende que se silencien nuestras voces, de manera que no se reconozca la opresión que padecemos, y definimos como injusticia la exclusión de las personas discapacitadas del núcleo de la sociedad.

JENNY MORRIS, Encuentros con desconocidas: feminismo y discapacidad.

Introducción

PRETENDER LA AUTONOMÍA DE LOS SUJETOS con síndrome de Down y negarla respecto de algunas conductas y prácticas sociales suele representar un discurso común y contradictorio. Usualmente, se propugna por que pueden desenvolverse solos en la vida cotidiana, pero cuando manifiestan comportamientos y deseos respecto a la sexualidad, se hallan con barreras, falta de información

¹⁴ Elaborado y presentado en 2012

¹⁵ Antropólogo social. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

y hasta rechazo por algo que es absolutamente parte de su desarrollo físico, intelectual y moral en las diferentes etapas de sus vidas.

Cuando reflexionamos acerca de *los sujetos con síndrome de Down y la sexualidad*, nos encontramos con dos principales problemas. El primero se refiere a los discursos médicos y morales que envuelven al sujeto con síndrome de Down como una persona “dependiente”, “discapacitada”, “minusválida”, “inocente” e “infantil”, la cual “nunca” podrá desarrollar y comprender como persona “normal” los diferentes procesos de su vida cotidiana –y extracotidiana– a nivel físico y social. Ello ha significado segregarle, sobre vigilarle y no tomar en serio sus propias decisiones, manifestándose conductas de violencia, desigualdad y discriminación en los padres, familia, profesionales¹⁶ y directivos de las diversas instituciones. La segunda es la concepción esencialista que aún se tiene de la sexualidad, ya que muchas personas e instituciones jurídicas, médicas y religiosas la siguen llevando al plano monógamo-heterosexual-reproductiva. Por el contrario, la sexualidad es un producto de influencias e intervenciones sociales, resultado de un proceso histórico, que se manifiesta de distinta manera en diferentes contextos, bajo la regulación y reglamentación de los diversos discursos y relaciones sociales.

Así, hablar de sujetos con síndrome de Down y la sexualidad nos lleva a cuestionar el ordenamiento social que pretende seguir regulando y controlando las prácticas y las relaciones sociales en y entre las diversas personas, a través de normas jurídicas, morales, religiosas y médicas que no hacen más que seguir reforzando la dicotomía normal/anormal.

Empecemos por hablar de aquello que llamamos “sexualidad”

Me ocuparé ahora por definir la sexualidad, al menos en términos operativos. Diremos que es *producto de los procesos históricos, sociales y culturales, que se vive y se expresa a través de palabras, pensamientos,*

¹⁶ Maestros, doctores, psicólogos, enfermeros, etc.

deseos, creencias, actitudes, movimientos, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales que se socializan y que son parte de la socialidad de un determinado contexto. La cual puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre, ya que las regulaciones a las cuales se enfrenta son muchas y complejas.

La definición que he presentado se refiere a los procesos que cambian por muchas razones culturales de una época a otra, de tal forma que no es posible referirse a la sexualidad sin tocar todas aquellas cosas que forman parte de ese ambiente social. Como Weeks (1998) lo menciona, al analizar cómo se construye socialmente la sexualidad, es necesario comprenderla dentro de ese plano, para entender cómo es que se van formando sus particularidades dentro de la sociedad. De la misma manera, seguir reforzando la idea de que la sexualidad está configurada por fuerzas sociales, que sólo existe a través de sus formas sociales y su organización social, poniendo siempre el acento donde corresponde: en la sociedad y las relaciones sociales más que en la naturaleza.

Mostrando que existe una distancia entre esa sexualidad vista en términos bilógicos y naturalistas y el sentido social de la misma. Aunque debemos recordar que el estudio de la sexualidad, como muchos campos del saber humano ha sido reclamado como conocimiento *propio* de diversas disciplinas simultáneamente, y que cada una le ha dado su enfoque particular y que por supuesto, estos enfoques han estado marcados por el contexto en el que se inscriben.

En el siglo XX, encontramos una transformación en la manera en que se aborda su estudio y lo que se pretende saber de ella. Así Foucault (1991) señala que a lo largo del siglo XIX, el sexo se inscribió en dos registros de saber: el biológico de la reproducción y la medicina del sexo; esto hará que se analice en una lógica de salud-enfermedad; aunque vemos que este modelo de la sexualidad va a ser muy reduccionista y normativo, ya que no considera los aspectos que tienen que ver con el placer y todas aquellas formas de ejercerla, diferentes al coito heterosexual.

En este sentido, podemos ver cómo en nuestro días, buena parte de las investigaciones¹⁷ ligadas a la sexualidad y a los sujetos con síndrome de Down se han enfocado al tema de la salud reproductiva, trastornos de la sexualidad, a los cambios hormonales, etc. y que la mayoría han sido elaborados por médicos, psicólogos, sexólogos, terapeutas y genetistas, con esto no estoy diciendo que su opinión no se ha importante o válida, pero el conocimiento y el tratamiento de la sexualidad y de los sujetos Down se sigue enfocando a la lógica que arriba mencioné: salud-enfermedad.

Por ello considero que es de suma importancia empezar a abordar el tema de la sexualidad y los sujetos con síndrome de Down desde una perspectiva sociológica, antropológica, histórica, política y económica con aras a la transdisciplinariedad de la plena *inclusión* en todas las esferas de la vida social; para lograr el reconocimiento, el desarrollo y la visibilización de, no solo los sujetos con síndrome de Down, sino de la multiplicidad de sujetos con *diversidades funcionales*; luchando por la desmedicalización de la “discapacidad” de los sujetos y poniendo énfasis en que no hay personas discapacitadas, sí estructuras sociales, culturales, arquitectónicas, políticas y económicas discapacitantes y excluyentes.

La sexualidad y los sujetos con síndrome de Down

Y cuando mi hija/o con discapacidad se hace adulta/o ¿qué hacer ante los nuevos interrogantes que plantea la madurez? ¿Qué hacer con la sexualidad de estas personas?, “... y, encima, si la persona con discapacidad que quiere mantener una relación sexual es mujer, todavía es peor... (Comentaba), porque puede quedarse embarazada y... ya, lo que faltaba... madre y bebé tendrían que ‘ser cuidados’, porque no es lo mismo la discapacidad de mi hija que la tuya... tu cuerpo está quieto pero tu mente funciona perfectamente... la mente

¹⁷ Que por cierto son muy pocas en México y casi nulas en la ciudad de Puebla.

de mi niña es otra cosa... ¿debería esterilizarla, sin su consentimiento —puesto que ella debería ser madre algún día—?

MA. SOLEDAD ARNAU RIPOLLÉS, Sexualidad-es y discapacidad-es. La igualdad diferente.

El anterior testimonio lo retomo de una plática entre Ma. Soledad y un señor de 50 años, padre de una niña con síndrome de Down de unos 17 años aproximadamente. Este señor al igual que la mayoría de padres y madres¹⁸ que también tengan un hijo con síndrome de Down, se encontraba profundamente preocupado por el futuro de su hija, del ¿cómo será el mañana de “su niña”?

Por la edad de la joven, uno de los “problemas” más inmediatos contra los que este padre estaba luchando era precisamente el tema de *la sexualidad de su hija*, puesto que “... al fin y al cabo, aunque por edad es ya una verdadera adolescente, y con un cuerpo de mujer, su mente es la de una niña...” (Exclamaba, mientras dejaba perder su mirada entre naranjos valencianos, y con voz un tanto sollozosa, menciona Arnau Ripollés). Este comentario lo relaciono con algunos otros que he escuchado en charlas, reuniones, kermeses y salidas a parques entre los padres, madres, trabajadores y maestras de la escuela Villas Juan Pablo S. A. de C.V. en Puebla:

“Mi hija es ya una jovencita. A ella le encantan las fiestas y les puedo asegurar que las disfruta más que sus hermanos. Se pone feliz cada vez que tiene una invitación y habían de ver cómo baila con sus amigos.”

“Cuando María empezó a notar que sus pechos empezaron a crecer le gustaba estarse viendo en el espejo.”

“Lolita dice que uno de sus compañeros de la escuela es su novio y eso me preocupa.”

¹⁸ Familiares, conocidos o amigos.

“En el salón de clases tratan de buscar el momento oportuno para besarse y abrazarse a escondidas.”

Estos comentarios muestran cómo los sujetos con síndrome de Down se relacionan entre ellos y otras personas a nivel erótico-afectivo y amical, además se marca *la juventud* como un período de transición entre la niñez y la etapa adulta en la cual se producen transformaciones socio-físicas propias de la edad. Las maestras, médicos, padres y madres comentan que “el desarrollo intelectual de los jóvenes Down es más lento que el físico, lo cual les dificulta la comprensión de todos sus cambios y enfrentar los conflictos característicos de esta etapa.”. Pienso que esta argumentación impide la autonomía de las personas Down, ya que se les atribuye una “minusvalía”, se les “infantiliza” y se les aleja de una educación plena en todos los sentidos sociales, ya que al considerar que “no comprenderán fácilmente” lo que les está ocurriendo físicamente, les excluye de relaciones y procesos tan importantes como *la sexualidad*.

Además de que se sigue remarcando la dicotomía mente-cuerpo simplificando y reduciendo la complejidad del individuo y sustentando la supremacía de la mente sobre el cuerpo. Entonces si los sujetos Down no tienen esa supremacía porque “padecen de sus facultades mentales”, se les segrega y se les trata de situar en una *indiferencia sexual*, puesto que no se les considera capaces de ejercer el uso de su cuerpo y sexualidad “responsable y conscientemente”. Lo peor de todo es que ni siquiera se les da la oportunidad de una educación sexual, y a veces hasta de una educación académica, todo esto debido a los discursos patologizantes, esencialistas y discriminatorios que sitúan a cualquier sujeto con alguna *diversidad funcional*, temporal o permanente, en un estado ajeno al placer.

El considerar y nombrar a los sujetos con síndrome de Down como “discapacitados”, “minusválidos” e “incapacitados” lo único que genera es seguir tratándoles como personas “depen-

dientes” que siempre necesitaran de alguien “normal” para poder vestirse, comer, bañarse, pasear y decidir sobre los diversos actos a lo largo de su vida, y que los padres se sigan preocupando principalmente sobre “el que va a pasar cuando ellos mueran”, “¿quién les va a cuidar?” y el considerar que no pueden mantener una relación erótica-afectiva con otra persona.

Los sujetos con síndrome de Down quieren ser como los demás jóvenes e introyectan los comportamientos de sus compañeros, familiares o figuras de los medios de comunicación. Les interesa cuidar su apariencia, les gusta elegir su ropa y la forma de arreglarse. Doña Gloria comenta que cuando lleva a Marthié (6 años) a comprar ropa o zapatos, ella elige lo que quiere “ya no le puedes poner lo que sea, se enoja cuando no le compramos algo que no le gusta”. No obstante, muchos padres no respetan sus preferencias y deciden por ellos. Ahora cuando sus intereses sexuales se incrementan, a diferencia de cualquier otra persona, tienen mayores dificultades para ejercerlos debido a las restricciones y prejuicios de su entorno social y de su propia condición. Se tiende a ignorar todos los comportamientos que manifiesten su despertar sexual y su deseo de tener relaciones eróticas. La atención de la gente está sobre ellos e incluso llega a ser más exigente con sus conductas, sin tomar en cuenta que tienen menores oportunidades de recibir una educación socio-sexual, ya que tiende a evitarse o se piensa “que ellos no piensan en eso” porque se les considera “angelitos de Dios” y ¿cómo los angelitos de Dios van a andar pensando en eso? Pues los discursos conservadores siguen considerando a la sexualidad como perversa, pecaminosa e indecente y aunado a que para muchos, las personas con síndrome de Down siguen siendo “niños” se les liga con *la inocencia*, menospreciando o negando a la sexualidad.

Muchos padres ante las expresiones sexuales de sus hijos con síndrome de Down, debido al temor de las posibles consecuencias, piensan que lo mejor es desanimar sus inquietudes románticas y

convencerlos de que sólo tengan amigos¹⁹. En general las familias no les permiten salir solos del espacio doméstico por los riesgos a los que están expuestos; por esto les es difícil conocer a otros jóvenes y salir con ellos. Tal vez solo tienen la opción de elegir a sus amistades o una pareja de entre sus compañeros de la escuela, y hay quienes lamentablemente no tienen acceso a alguna institución educativa, siendo aún más reducidas las oportunidades de convivir con otros muchachos de su edad.

La forma en que los padres, amigos y familiares reaccionan ante la exteriorización de las manifestaciones sexuales de los sujetos con síndrome de Down depende sobre todo de sus propias creencias, juicios, valores, actitudes, sentimientos y conocimientos sobre la forma vivencial de su sexualidad o del cómo piensan que “ellos” “los otros” deberían vivirla.

Es interesante observar que cuando se les pregunta a los padres ¿cuáles son las expectativas para el futuro de sus hijos? ellos mencionan de inicio su deseo porque sean autosuficientes y que no dependan de nadie; pero contradictoriamente, ante las manifestaciones sexuales muchos responden con angustia y desconcierto que hay que “evitar las situaciones” y tienden a sobreprotegerles, propiciándoles una mayor incapacidad para ser responsables de sí mismos.

¿Las personas Down solamente se enamoran entre ellas? Es una pregunta que refleja una situación polémica, normativa y discriminatoria; en lo personal desde luego que no. A veces se interesan en las amistades de sus hermanos, en sus vecinos o en sus compañeros de la escuela donde están integrados y lo manifiestan diciéndolo directamente. Sin embargo, si ya representa un conflicto para algunas personas pensar en una relación erótica-afectiva entre personas con síndrome de Down, ya que no es extraño escuchar comentarios prejuiciosos como “¡idos personas Down besándose,

¹⁹ Estas actitudes prejuiciosas también las encontramos en algunos maestros, profesionales de la salud y hasta directivos de las instituciones que conforman su contexto biográfico.

cómo les permiten?”, “¿que no se dan cuenta que no saben lo que hacen!?”; así se regula y se controla a la sexualidad, pero además se vuelve una regulación aditiva, ya que el factor “síndrome de Down” propone un mayor riesgo “me da miedo que se me acerquen, no me vayan a querer tocar” y actos de discriminación que consideran a la sexualidad y el síndrome de Down, en conjunto, una fórmula peligrosa y perversa por el factor de *la anomalía*.

Ahora pensemos si un sujeto “normal” se interesará por un sujeto con síndrome de Down ¿qué se pensaría de esa persona? ¿Los familiares de los dos sujetos qué pensarían de esa relación? ¿El sujeto con síndrome de Down tendría la posibilidad de elegir y ejercer libremente esa relación? Y un sinnúmero de preguntas más que gira en torno a lo que se ha denominado normal/anormal y las relaciones que se establecen entre las diversas personas que están enmarcadas bajo estas categorías.

De esta manera, es necesario partir de lo que hemos llamado el origen cultural de la sexualidad, en dónde las prácticas y los comportamientos de los individuos tienen un trasfondo histórico y cultural, de manera que entender a los diversos sujetos presupone el conocimiento de una serie de aspectos ligados directamente a su entorno. Debemos tomar en cuenta también la dimensión del poder que subyace a esa unidad cultural, pues veremos que la sociedad tiene de la sexualidad una apreciación que jerarquiza —a partir de una gran cantidad de juicios y valores— todos los actos, fantasías y deseos que los diferentes individuos experimentan cotidianamente, cargado en muchas ocasiones de sentimientos de culpa y temores que culturalmente le han sido inculcados, por ello cada cultura establece las “restricciones de quién” y “restricciones del cómo”, limitando a quién podemos elegir o aceptar como pareja y cuáles son los órganos que podemos usar en la relación sexual; esta reglamentación es la que nos dificulta el pensar una relación erótica-afectiva entre personas con síndrome de Down y personas “normales”, y también es lo que hace que cuando existan deseos

y fantasías de personas “normales” hacia personas Down, o con cualquier otra con *diversidad funcional*, la primera experimente culpa o remordimiento e incluso depresión que impide un ejercicio de la relación libre de prejuicios y tabúes, pero que sin duda alguna cuando se lleva a cabo reflexiva, autónoma y responsablemente transgrede la normatividad del *cómo* y del *con quién* de la sexualidad normativa.

Comentarios finales

Hablar de sexualidad y síndrome de Down desde una perspectiva transdisciplinaria nos llevará a la inclusión plena de las personas con *diversidades funcionales* en los diferentes aspectos de la vida económica, social, política y cultural del país, reconociendo todos sus derechos como ciudadanos.

Desmedicalizar a los sujetos con síndrome de Down y pensar en sexualidad—es diversas que no tienen como fin único, la reproducción y la genitalización, nos hará ir más allá de los mitos, los tabúes y los prejuicios que son configurados histórica y culturalmente, cuestionando el ordenamiento social-sexual de las regulaciones y los controles que las categorías normal/anormal ejercen sobre las formas de relacionarnos entre los diversos sujetos sociales.

La inclusión de las personas con *diversidades funcionales* y el reconocimiento de sus derechos borrará las figuras del monstruo, el anormal y el discapacitado, en aras de la construcción de sociedades equitativas, igualitarias y humanistas que tienen como fundamentos: el respeto y el valor a la diferencia y a la diversidad en cualquiera de sus dimensiones. He dicho.

Referencias

- Arnau, Ripollés, Ma. S. (2004) *Sexualidad-es y discapacidad-es. La igualdad diferente*. Ponencia presentada para el seminario “Discapacidad y Vida Independiente”, organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP- Santander) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO) del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Del 30 de agosto al 3 de septiembre (Santander, 2004).
- Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos, Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber, vol. I*. México: Siglo XXI.
- Muñiz, E. (2008). *Registros corporales. La historia cultural del cuerpo humano*. México: Biblioteca de Ciencias Sociales y Humanidades: UAM-A.
- Vendrell, Ferré, J. (2005). “¿Qué es y para qué sirve la antropología sexual? Del exotismo sexológico a la deconstrucción de la sexualidad”, en *La revista del cuerpo académico de antropología*, Puebla, México: FFyL- BUAP, núm. 3, Nueva época.
- Weeks, J. (1998). *La sexualidad*. México: Paidós-PUEG-UNAM.

Mitos y metas sobre la sexualidad y la madurez femenina²⁰

Georgina Sánchez Ramírez²¹

Introducción

EN MÉXICO, AL IGUAL QUE EN OTRAS PARTES DEL MUNDO, persiste la mala información sobre sexualidad (Makay, 20004 y Arteaga: 2002). Además de restringirse generalmente a la gente joven, heterosexual, la información sobre sexualidad, se enfoca a los varones a quienes los efectos de la edad se les atribuyen como *interesantes* (Moncarz, 1999: 33-39) con toda una parafernalia médica en busca de la *erección perpetua* una vez que la edad ha provocado cambios en su fisiología genital, de cara siempre a la conquista de inocentes y lozanas doncellas que no cuestionen su impericia erótica.

En torno a la sexualidad de las mujeres en la madurez, persisten los mitos sobre la supuesta falta de apetito sexual, el desprecio por un cuerpo biográfico que habla de batallas y logros sin artificios, el desinterés o la mirada despectiva sobre aquellas mujeres que se atreven y reviran hacia la búsqueda del deseo erótico y del placer sobre sus propios cuerpos, de la mano de su actual pareja o en busca de mejores horizontes (Rosales, 2005: 171-200; Rostosky &

²⁰ Elaborado y presentado en 2008

²¹ Colegio de la Frontera Sur

Travis, 1999:181-209 y Barberá, 1996: 237-251), dejando de lado que las sociedades occidentalizadas dan por sentado que el placer erótico-sexual es una puerta del paraíso que no admite público femenino de más de 50, principalmente porque se consideran sinónimos sexualidad y coito heterosexual (Sánchez, 2000:419-453).

Lo anterior ha tenido su fundamento en el desconocimiento sobre los sucesos que son parte de la entrada a la “mediana edad” de las mujeres: la menopausia y el climaterio²², eventos con los que culmina la reproducción biológica de las mujeres y comienza el paulatino envejecimiento corporal. A los varones también les ocurren cambios que marcan la transición entre madurez y envejecimiento -existe una inevitable disminución de la erección y la producción de espermatozoides, se incrementa el riesgo de cáncer de próstata, entre otras enfermedades- pero para el caso de los varones, todo ello se considera un factor de suerte o un “suceso natural” del proceso de envejecimiento masculino (Mora, 1996: 271-283), y no está cargado de tantos estigmas como en el caso de las mujeres (véase Sánchez, 2005:49-76)

¿Qué piensan las mujeres maduras contemporáneas sobre el cuerpo femenino? ¿Qué hace que tengan expectativas diferentes? ¿Influyen cuestiones como la clase social? ¿Se atreven a pensar diferente a lo que se da por sentado respecto a la sexualidad femenina de las *chicas de oro* (más de 50)? ¿Cómo ven sus propios cuerpos y el cuidado de su salud en esta etapa? ¿Qué hace que se acerquen más a los mitos y se alejen de sus propios saberes?

La presente investigación es una fotografía instantánea de más de 100 mujeres maduras de tres regiones de México (Estado de México, Veracruz y Chiapas) que accedieron de forma voluntaria a participar en talleres con información sobre la menopausia y el

²² Según datos de la Secretaría de Salud la Menopausia o último período menstrual ocurre en las mexicanas en promedio a los 49 años de edad y el Climaterio es todo el proceso de cambios antes y después de dicho suceso (de los 40 a los 65 años de edad aproximadamente) (SSA, 2001)

climaterio, en cuyos contenidos había un apartado específico sobre sexualidad, y aunque sus voces fueron encuadradas en las inflexibles interpretaciones de la estadística, muestran el panorama de una realidad irreducible.

Material y Métodos

La Muestra

En el estudio participaron 138 mujeres: 36 del Estado de México, 12 de Veracruz y 90 de Chiapas. De estas, 81 eran de estrato medio (con recursos económicos propios, redes sociales de apoyo, servicios de salud, elementos considerados como de empoderamiento) y 57 de estrato bajo (escasos recursos económicos, sin servicios de salud garantizados, pocas redes sociales de apoyo, etc.). Todas ellas se encontraban entre los 40 y 60 años de edad, siendo 47 la edad promedio. No fue una muestra probabilística sino que se incluyeron mujeres que voluntariamente quisieron colaborar en el estudio, integrantes de la Red de Mujeres, A. C. y las que se enteraron por medio de carteles pegados cerca de los Centros de salud, tiendas, etc.

Esta investigación es sólo una parte de un proyecto mayor que fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México y la Agencia Española de Cooperación Internacional, con una duración de cuatro años (de noviembre de 2003 a noviembre de 2007).

Método

A las mujeres participantes se les impartieron talleres sobre la salud, la sexualidad y la calidad de vida durante el climaterio, separadas en grupos según el estrato social al que pertenecían, en las diferentes regiones en las que se trabajó a lo largo de los dos años de trabajo de campo. El contenido de cada una de los talleres era el siguiente:

1. Mujeres maduras

- a. La edad adulta. Características biopsicológicas
- b. El contexto en que vivimos: Aspectos sociales
- c. Los roles femeninos. Situación en distintas etapas
- d. Algunos retos de esta etapa

2. Cuidar nuestro cuerpo. Qué pasa si nos cuidamos y si no nos cuidamos

- a. El cuerpo y la identidad personal. Autocuidado y calidad de vida
- b. El climaterio, cuidados específicos
- c. Prevención de enfermedades ginecológicas, sexuales, padecimientos del corazón, cerebrovasculares, obesidad, osteoporosis, diabetes, tensión arterial, higiene bucal, etc.
- d. Alimentación-Actividades físicas-Relajación

3. Con una misma, con los demás y hacia delante

- a. Concepto de salud
- b. Recursos para el bienestar de las mujeres
- c. Autoestima y Asertividad
- d. Las relaciones en esta etapa (familia, amistades)
- e. Relaciones de pareja (sexualidad, desvinculación, nuevos vínculos)
- f. Las emociones (el manejo del estrés, el enfado y la depresión)
- g. Vivir desde sí (proyecto de vida gratificante)

Esta propuesta pretendía reforzar la capacidad de afirmación y asertividad de las mujeres, potenciando el trabajo colectivo, a través de la creatividad y la permanente acción reflexión investigación desde la pedagogía feminista (Rodríguez, 2000; Breen, 1999: 25-32 y Flores y Reyes, 1997) dotando de información sobre esta etapa en la que atraviesan las mujeres que se encuentran entre los 40 y los 55 años de edad. De esta manera se cumple con el principio ético de devolver a los participantes algo a cambio de la información que proporcionan (Dominelli y Macleod, 1999) bajo la modalidad de taller.

Lo anterior se relaciona con la participación en el sentido de “tomar parte del proceso”, sabiendo de antemano que la intervención generará cambios en el entorno en el que se está trabajando, pero que debe en todo momento dotar de elementos a las personas que participan en el grupo para que incrementen su capacidad de afirmación, en un proceso dinámico de retroalimentación en su propio beneficio que a su vez sea útil para los fines de la investigación.

Las técnicas o métodos educativos que se emplearon fueron: el de Grupo de Investigación de aula, útil para abordar objetivos y contenidos del área afectiva de la persona, aunque también de conocimientos, creencias y habilidades; el de Técnicas de análisis, que sirve para trabajar las habilidades cognitivas –análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.– a través de técnicas de relajación y reflexión para realizar debates o resúmenes, etc.; y otros métodos de aula y fuera del aula, opciones muy abiertas, sugeridas sobre todo para trabajos en zonas rurales o semiurbanas –distintos tipos de trabajos en grupos, ejercicios de juegos, modelos de pasta, rompecabezas, etc.– (SEGO/AEEM/Centro Cochrane Iberoamericano/SEMFYC, 2004; García, 1996:245-250; Pérez y Echauri, 1996; Lozano, 1992).

La estructura final de cada una de las sesiones se dejó a consideración de la persona responsable de la instrucción ya que ello dependía del número de horas al día que durará cada sesión, el tamaño del grupo, y la capacidad de trabajo del colectivo. Por tanto, la carta descriptiva era una guía que se adaptaba de acuerdo a las necesidades de cada colectivo con el que se trabajó, bajo la secuenciación de actividades para facilitar el aprendizaje, siguiendo los pasos propuestos por Pérez y Echauri (1996: 21-36):

Que el propio grupo aumente la conciencia de su realidad (cómo soy–cómo estoy–cómo me siento), que el grupo reelabore su realidad (lo que pienso y siento ¿es normal o inmutable?), que el grupo valore y decida si desea actuar o no sobre su realidad de acuerdo a su propia experiencia.

Evaluación

Se evaluaron las preferencias para cuidar su salud en esta etapa, así como los mitos y conocimientos en torno a las mujeres de éstas edades a través de cartas con dibujos²³ a colores y textos que contenían las preguntas escritas (12 cartas, una para cada ítem). En los casos en los que las mujeres no manejaban la lectoescritura se les leían las dos posibles respuestas y se guiaban por los dibujos para emitir su respuesta final. Se interrogó a cada mujer por separado antes de iniciar la primera sesión, dándoles como opciones las 6 cartas de respuestas correspondientes a cada enunciado, de las cuales ellas eligieron las 3 de su preferencia cada vez. El primer enunciado correspondía a hábitos de vida saludables en la menopausia:

I.-Elegir tres cosas con las que vivo mejor mi menopausia:

- (1) No fumar, ni beber alcohol y café en exceso
- (2) Hacer ejercicio y comer más frutas y verduras
- (3) No quedarme sola en casa, no hablar con nadie
- (4) Hacerme un chequeo médico al menos una vez al año
- (5) Hablar con mis amigas y mis hermanas sobre lo que me está pasando
- (6) No angustiarme porque ya no soy joven y ya no serviré para nada

El análisis se basó en los porcentajes de respuestas para cada una de las 6 alternativas sobre cómo vivir mejor la menopausia y se hizo una comparación entre los porcentajes obtenidos en los dos estratos mediante pruebas de independencia de X^2 (chi-cuadrado).

El segundo enunciado pretendía conocer acerca de los mitos y saberes relacionados con la salud de las mujeres maduras:

²³ Las ilustraciones fueron obras de la pintora Kiki Suárez quien donó la impresión de las imágenes sin afán de lucro.

II.- Señalar tres mitos o saberes relacionados con la salud de las mujeres maduras:

- (1) La mujer ya no es una buena para tener relaciones amorosas
- (2) Las mujeres están más histéricas en esta etapa
- (3) Una mujer madura ya no es bella
- (4) Cuidando con amor mi cuerpo, enfrento serenamente los cambios
- (5) Las mujeres maduras son valiosas por todas sus experiencias
- (6) Mi médico o médica me debe informar, pero sobre mi cuerpo decido yo

Las respuesta elegidas en esta segunda pregunta se analizaron de acuerdo a los porcentajes de preferencia por cada una de las opciones de mitos o saberes según el estrato de pertenencia de las mujeres y posteriormente, se sometieron a un análisis factorial para resumir la información expresada en las 6 alternativas pero utilizando una menor cantidad de variables llamadas factores, (Agregsti, 1990: 79-129). Otra ventaja es que es mucho más fácil e intuitiva una representación gráfica en menos dimensiones que en las 6 dimensiones originales.

Resultados

Respecto a la primera pregunta Sobre *la forma de vivir mejor la menopausia* en donde el análisis se basó en el cálculo de porcentajes de respuesta para cada una de las 6 alternativas de cada pregunta diferenciándose por estratos (EM=estrato medio y EB=estrato bajo) mediante pruebas de independencia de X^2 (chi-cuadrado), los porcentajes de respuesta fueron los siguientes de acuerdo a lo que se aprecia en el cuadro I.

Cuadro I. Porcentajes de respuesta de acuerdo a las tres cosas con las que vivo mejor mi menopausia (según estrato social)

Opción	Estrato		Total Global (%)	Valor de p (significancia +)
	Medio (%)	Bajo (%)		
1) No fumar, ni beber alcohol y café en exceso	20	23	21	0.67
2) Hacer ejercicio y comer más frutas y verduras	84	98	88	0.05*
3) No quedarme sola en casas, no hablar con nadie	12	18	14	0.39
4) Hacerme un chequeo médico al menos una vez al año	84	81	83	0.62
5) Hablar con mis amigas y hermanas sobre lo que me está pasando	53	74	62	0.01**
6) No angustiarme porque ya no soy joven y ya o serviré para nada	48	11	33	0.00**

(+) Significancia en la prueba de independencia entre estratos Chi-cuadrado:
 * Diferencias al 5% de significancia
 ** Diferencias al 1% de significancia

Fuente: Resultados del trabajo de campo de la investigación

De acuerdo con éstos resultados en cuanto a preferencia de hábitos saludables en esta etapa de la vida de las mujeres, vemos que la opción más elegida fue *Hacer ejercicio y comer más frutas y verduras* la cual se relaciona con hábitos que se sugieren con frecuencia en la radio y la televisión. Ahora bien, la mayor preferencia de las mujeres de EB frente a las mujeres de EM se puede atribuir a que es algo propio de su cotidianidad ya que ellas mismas refirieron en los talleres que la escasez de recursos económicos les limita la compra e ingesta de proteínas de origen animal, además de que caminan grandes distancias por los problemas de transporte público (propio de las regiones de estudio), mientras que las mujeres de EM refirieron que suelen caminar menos, aplazar la asistencia a gimnasios y polideportivos y una mayor inclusión de productos cárnicos y carbohidratos en sus dietas.

Respecto a la 2ª opción más elegida que fue la de *Hacerse un chequeo médico al menos una vez al año*, no hay una diferencia significativa entre estratos. Se puede decir que, las mujeres están más conscientes de que en esta etapa de su vida, deben extremar los cuidados de su salud, no obstante esto queda determinado por los servicios sanitarios con los que se cuenta, ya que en México, la generalidad de la población femenina mayor no es beneficiaria de los servicios de salud (INEGI, 2001) y quienes cuentan con los

servicios, no necesariamente acuden por problemas relacionados con la calidad de la atención de los mismos (Sánchez, 2004a:33-42).

La 3ª opción más elegida fue la de *Hablar con mis amigas y hermanas sobre lo que me está pasando*, en donde las mujeres de Estrato Bajo mostraron mayor preferencia respecto a las del Estrato Medio. Esto se puede entender en una capa de la población en los que los problemas con la lectoescritura son severos, y porque el idioma castellano fue transmitido de manera oral en estas culturas; se conjugan entonces dos factores que propician la comunicación verbal entre mujeres lo cual, de acuerdo con Acevedo y colaboradores, puede ser una buena estrategia de transmisión de conocimientos y prácticas saludables entre mujeres de distintas generaciones (Acevedo et al 2007:4).

La opción 6 que se refiere a *No angustiarme porque ya no seré joven y ya no serviré para nada* fue elegida en mayor proporción por las mujeres de estrato medio, coincidiendo con sus opiniones a lo largo de los talleres en donde manifestaron una menor preocupación frente a la edad a diferencia de las mujeres de estrato bajo cuyas necesidades de subsistencia se incrementan con la edad al no tener autonomía (ni económica ni personal), esto último ya se había corroborado en una investigación anterior con mujeres de las mismas regiones, (véase Sánchez, 2004b:59-68).

El hecho de que las dos opciones menos elegidas hayan sido *No fumar ni beber alcohol ni café en exceso* y *No quedarme sola en casa ni hablar con nadie*, también aporta elementos de la cultura en la que viven las mexicanas, en un país en el que pocas mujeres mayores fuman (menos aún en estratos bajos) y el alcohol y el café están socialmente reconocidos como hábitos nocivos para la salud, por tanto al menos discursivamente se sabe que son elementos de los que hay que prescindir. Lo de *No salir a la calle o no hablar con nadie* se contrapone a la opción de *Hablar con mis amigas y hermanas sobre lo que me está pasando*, cuya preferencia ya fue explicitada.

La segunda y última pregunta consistía en “Señalar tres mitos o saberes relacionados con la salud de las mujeres maduras” eligiendo tres opciones (con las que estuvieran de acuerdo o que escucharan con más frecuencia sobre las mujeres climatéricas) de las seis que se les daba a escoger como ya se dijo anteriormente en la metodología.

Mitos:

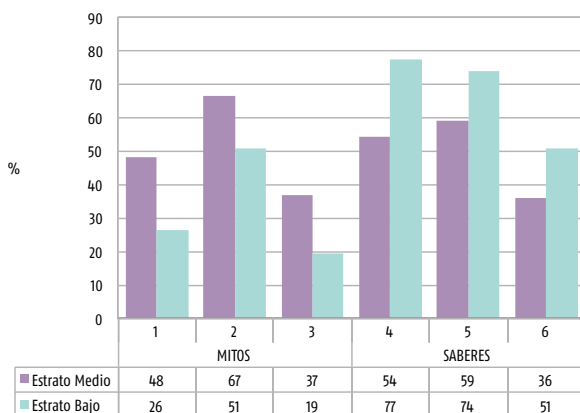
- (1) La mujer ya no es una buena para tener relaciones amorosas
- (2) Las mujeres están más histéricas en esta etapa
- (3) Una mujer madura ya no es bella

Saberes:

- (4) Cuidando con amor mi cuerpo, enfrento serenamente los cambios
- (5) Las mujeres maduras son valiosas por todas sus experiencias
- (6) Mi médico o médica me debe informar, pero sobre mi cuerpo decido yo

Los porcentajes de respuesta por estratos para cada una de estas opciones fueron los siguientes:

Gráfica 1 porcentajes de elección de cada una de las opciones de mitos y saberes según estrato de las participantes



Fuente: Resultados con base en el trabajo de campo de la investigación

En esta gráfica 1, se observa que las opciones correspondientes a mitos tienen porcentajes más altos para las mujeres de estrato medio, mientras que los saberes tienen porcentajes más bajos para este estrato. Indistintamente del estrato las opciones preferidas fueron el mito 2 de *Las mujeres están más histéricas en esta etapa* y los saberes 4 *Cuidando con amor mi cuerpo enfrente serenamente los cambios* y 5 *Las mujeres maduras son valiosas por todas sus experiencias*. Así mismo es interesante observar cómo a pesar de que hay un gran mito avalado por médicos y compañías farmacéuticas respecto a la disminución del apetito sexual femenino en la madurez (Rosales, 2005:173-174) la opción 1 de *La mujer ya no es una buena para tener relaciones amorosas*, no fue de las más elegidas por ninguno de los dos estratos.

Se realizó un análisis factorial con estas seis opciones relacionadas con mitos y saberes reconfigurándose en tres grupos para hacer más sencilla la explicación distinguiéndose por estratos, los resultados pueden apreciarse en la siguiente gráfica 2.

Gráfica 2 que representa los porcentajes de respuesta por estrato según reagrupación



Fuente: Resultados con base en el trabajo de campo de la investigación

Las mujeres de estrato medio presentan una tendencia muy marcada a escoger la categoría denominada “no hay conocimiento”, lo cual no sucede con la misma intensidad en las mujeres de

estrato bajo. Estos resultados ponen de manifiesto que si bien las mujeres de estrato medio tienen mayores recursos económicos para enfrentar de mejor manera los cambios de la madurez como ya se mencionó anteriormente, también están más propensas a escuchar comentarios negativos respecto a esta etapa de sus vidas, evidenciando que la presión social del entorno en que viven valora de manera diferencial el envejecimiento masculino y el femenino, descalificando a las mujeres más que a los varones, en cuanto a su apariencia física su estado anímico y su atractivo sexual en la madurez, como lo documentan algunas autoras tales como Lagarde (2000); Rostosky.& Travis (1999: 181-209); Moncarz (1999:33-38); Bagsalia (1983) y Greer (1993) entre otros.

No obstante, en ambos estratos el mito más señalado fue el de *Las mujeres están más histéricas en esta etapa* lo que revela el persistente prejuicio respecto a la etapa del climaterio femenino. A pesar de que estudios recientes descartan una relación bioquímica entre climaterio y depresión (Ardí & Kuh, 2002: 1975-1988; Denenstein *et al*, 1993: 232-236; Schmidt & Rubinow, 1991: 844-852;), se sigue atribuyendo a la variación hormonal un sinnúmero de acontecimientos que están más relacionados con cambios en esta etapa en la vida de las mujeres por su entorno personal y sociocultural y donde los cambios fisiológicos por el climaterio son solamente un agregado más en el compendio de transformaciones sufridas en este peldaño de la escalera del ciclo vital femenino, dejándose de lado lo beneficioso que resulta tener conceptos positivos en torno a la menopausia y el climaterio tal y como lo demuestran Leidy & Espinosa (2003: 93-106), en un estudio realizado con mujeres del estado de Puebla, México, (detectaron que las mujeres que tenían mayores temores y mitos respecto al proceso de madurez , presentaban una sintomatología más severa en el climaterio).

La positividad con que se puede vivir la madurez fue reconocido por las propias mujeres al elegir en gran medida las opciones de saberes 4 y 5 (*Cuidando con amor mi cuerpo enfrento serenamente*

los cambios y *Las mujeres maduras son valiosas por todas sus experiencias* respectivamente). Esto resalta la importancia de trabajar la salud desde el enfoque de género (como otra dimensión del cuerpo y todas su representaciones) ya que son precisamente esas actitudes las que deben reforzarse tanto en las mujeres como en el resto del entorno social, promoviendo un mayor respeto, reconocimiento y cuidado de la salud en la madurez dentro de una sociedad que cada vez envejece más (Dueñas 2001: 77-101 y Dos Reis y Rafael 1999: 40-52).

Discusión

Es indispensable deconstruir la imagen de la madurez femenina, lejos de estereotipos juvenilistas (Pelcastre, 2005:158-159) que solo fomentan el mercado de consumo (para las clases sociales medias) o de decrepitud o inutilidad (para las clases más bajas), de tal manera que cada una de las etapas de la vida se considere como importante en sí misma de acuerdo a las expectativas, logros y potencialidades de las mujeres, incluido el cuidado y amor a su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad, sin distinción de clase social.

Por otro lado es importante mencionar que contrario a el repetido discurso de la falta de apetito sexual en las mujeres maduras, las mujeres de este estudio sin distinción de estratos sociales, mostraron su preferencia hacia frases como: *cuerpos cuidados con amor, buenos para tener relaciones amorosas, valor por sus experiencias en la madurez*, lo cual nos remite a repensar qué se entiende por sexualidad. De acuerdo a López-Sosa (2003:47) para abordar el tema de la sexualidad de las mujeres es necesario trascender al menos dos problemas que han prevalecido en las investigaciones sobre el tema: primero, que en la mayoría de los estudios aplican modelos fundamentados en lo que se conoce de la sexualidad del varón extrapolándolo a la sexualidad femenina y segundo, que no toman en cuenta que el proceso de sexuación es evolutivo y biográfico, por tanto, la vivencia

de la sexualidad en las mujeres mayores, dependerá de lo que hasta ese momento ha sido su vida, pero también de sus expectativas y deseos de intimidad.

Greer (1993: 332) es muy contundente respecto a las causas que pueden propiciar la disminución del apetito sexual, principalmente en las mujeres mayores que llevan mucho tiempo unidas a la misma pareja:

“...Una mujer no está autorizada a vetar su vagina y buscar placer por medios más seguros en ningún momento de su vida. Si forma parte del numeroso grupo de mujeres que han sido folladas cuando querían ser acariciadas, a quienes se ha ofrecido sexo cuando lo que buscaban era ternura y afecto, difícilmente cabe esperar que se alegre ante la perspectiva de seguir recibiendo nuevas dosis de lo mismo hasta que la muerte la separe de su destino...”

Sin lugar a dudas, muchas mujeres cuentan con un compañero o compañera con quien pueden vivir plenamente cada una de las etapas de su ciclo vital, sin embargo no es lo común a todas las mujeres. Generalmente la negación a practicar el acto sexual se valora por los profesionales como un síntoma que hay que “aliviar”, y no como una respuesta racional. Incluso en el extremo de algunos casos, se justifica como una causa de abandono a la mujer por parte de la pareja.

Coincidiendo con Kanaly & Berman (2003: 1-9) y Tevar *et al* (2004:87-91) antes de tomar cualquier medida respecto a la “disfunción sexual femenina”, es necesario conocer los múltiples factores biológicos, psicosociales, emocionales, entre otros, que pueden estar influyendo en la determinación de las mujeres de no tener relaciones sexuales, o no tenerlas en la misma frecuencia o de la misma manera que en otros momentos de su vida, y desde luego ampliando el concepto de relaciones sexuales más allá del acto de

penetración coital, lo cual implicaría una transformación también en la concepción cultural hegemónica y patriarcal de sexualidad (Rubin, 1989: 129-144)

Conclusiones

Los resultados de este trabajo contribuyen a resaltar la importancia de trabajar la salud, la sexualidad y el bienestar integral desde el enfoque de género ya que deben reforzarse los conocimientos sobre la madurez tanto en las mujeres como en el resto del entorno social; promoviendo imágenes de mayor respeto, reconocimiento y cuidado de la salud en sociedad en que cada vez seremos más y más mayores, en la que persiste la imagen de las mujeres con una única identidad reconocida “la de ser madres”, por ende su salud, sus expectativas y su sexualidad se siguen subsumiendo a la etapa reproductiva. Las preocupaciones que señalan las mujeres maduras son diversas; pero cuestionan la estructura de la sociedad que excluyen de la vida productiva a las mujeres por su edad y de los sistemas de reconocimiento y prestigio por su apariencia, entrapándolas en un doble juego independientemente del estrato social de pertenencia; siempre hay la posibilidad de socavar a las mujeres.

El temor que las mujeres pueden experimentar hacia la madurez y el envejecimiento, está fuertemente vinculado con la incertidumbre respecto a la vida futura como ya se mencionó anteriormente, cosa que en las mujeres cuya situación económica es precaria, o no cuentan con el apoyo de redes familiares, ni pensión, ni jubilación, se puede convertir en un verdadero sentimiento de terror hacia lo que ha de venir –producto de la reflexión personal, sin necesidad de desajustes hormonales que lo propicien– Rodríguez (2000:105) menciona que si las mujeres no cuentan con recursos económicos –ni redes de apoyo– conforme va incrementando su edad, descubrirá con gran desencanto que comienza a hacerse invisible a los ojos del mundo que la rodea.

No se sabe que podría significar la madurez, si las mujeres en ese momento en vez de perderlo todo, adquiriesen poder y prestigio, conjuntamente con un reconocimiento de sus quehaceres, responsabilidades y conocimientos por parte del entorno social, seguramente, no habría cabida para mitos, desconocimientos y prejuicios en torno al cuidado de la salud. Habría una real aceptación de los cambios en sus cuerpos (por sí mismas y por el entorno), dignificándose con ello todas las posibilidades que caben en la vida madura.

Agradecimientos: Al M.C. Ricardo Alvarado por el diseño y tratamiento estadístico de los datos y a la Lic. Norby Verónica Pérez López en la asistencia a la investigación realizada.

Referencias

- Acevedo A. comp. (2007) Palabras que cobran vida. Instituto de liderazgo Simon de Beauvior A.C. México 110 pp.
- Agresti A. (1990) Models for binary response variables. (Cap. 4) in: Categorical data analysis. U. of Florida, p. 79-129.
- Arteaga, B. (2002) A gritos y sombreroazos: historia de los debates sobre educación sexual en México 1906-1946 México. Universidad Pedagógica Nacional; Miguel Ángel Porrúa.
- Bagsalia F. (1983) Mujer, locura y sociedad. México: Universidad Autónoma de Puebla. Puebla.
- Barberá E, La Fuente M. (1996) Procesos de sexuación e implicaciones de género en la vida adulta. En Fernández J. (Comp.) Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género. España: Pirámide, p. 237-251.
- Breen M. (1999) Historias de mujeres en la madurez. Aprendiendo a escuchar, escuchando para aprender. En: Gómez A. La revolución de las canas. Chile: *Cuadernos Salud/4. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, p.25-32.
- Dennestein L. Smith A. Morce C. Burger H. Green A. Hoper J. Ryan M. (1993) Menopausal symptoms in australians women. *The Medical Journal of Australia*. (159) 232-236.
- Dominelli L, Macleod E. (1999) Trabajo social feminista. España: Ediciones Cátedra/Universitat de València/Instituto de la Mujer.
- Dos Reis A, Rafael M. (1999) Envejecimiento femenino y menopausia. Un abordaje antropológico. En: Gómez A. (Comp.) La revolución de las canas. Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres. Chile: *Cuadernos mujer salud/4. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*; p. 40-52.
- Dueñas M. (2001) El envejecimiento en transición: la situación de las mujeres de edad en la región de América Latina. En: Naciones Unidas. La situación del envejecimiento de la po-

- blación mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. (NY): Naciones Unidas, p. 77-101.
- Flores E, Reyes E. (1997) Construyendo el poder de las mujeres. Carpeta metodológica. México, Red de Mujeres A.C.
- García M. (1999) Gimnasias suaves aplicadas a las personas mayores. En: Del Riego M. INEF Curso de Verano 1999. España: Junta de Castilla y León/Consejería de educación y cultura, p. 245-250.
- Greer G. (1993) El cambio. Mujeres, vejez y menopausia. España, Anagrama.
- Hardy R. Kuh D. (2002) Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Social science and medicine*. (55) 1975-1988.
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática] (2001) Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000). México: INEGI.
- Kanaly K, Berman J. (2003) Efectos secundarios de los ISRS relacionados con la esfera sexual: posibles estrategias de tratamiento de la disfunción sexual femenina. *Current Women's Health Reports* (edición en español). I:1-9.
- Lagarde M. (2000) Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Cuadernos inacabados. España: Horas y Horas; 2000, 39.
- Leidy L, Espinosa G. (2003) Attitudes Toward Menopause in Relation to Symptom Experience in Puebla, Mexico. *Women & Health*. (38) 2:93-106.
- López-Sosa C. (2003) Sexualidad en las mujeres de edad superior a 45 años. Semana Académica de La Real Academia de Medicina de Salamanca. La menopausia en los albores del siglo XXI. Mayo 29-31; Salamanca, España. p. 47-48.
- Lozano I. (1992) Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, Maternidad voluntaria y Violencia. México: CIDHAL.
- Mackay, J. (2004) Atlas Akal del Comportamiento Sexual humano.

- Sexualidad y prácticas sexuales del mundo. España: Akal.
- Moncarz E. (1999) Mujeres maduras, cuerpo y subjetividad. En: Gómez A. (Comp.) La revolución de las canas. Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres. Chile: *Cuadernos mujer salud/4*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. p. 33-38.
- Mora O. (1996) Aspectos fisiológicos del climaterio y de la menopausia. En: Fernández J. (Comp.) Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género. España, Pirámide; p. 271-283.
- Pelcastre B (2005) “Tu incapacidad de ser mujer...”: La menopausia y su representación. En: Torres M. (Comp.) Nuevas maternidades y derechos reproductivos). México, COLMEX, p.129-169.
- Pérez M, Echaury M. (1996) En la Madurez...Guía educativa para promover la salud de las mujeres. País Vasco: Gobierno de Navarra.
- Rubin G. (1989) Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Vance C. Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina. Madrid. Edit. Revolución, p. 113-190.
- Rodríguez B. (2000) Climaterio femenino. Del mito a una identidad posible. Argentina: Lugar Editorial.
- Rosales A. (2005) Discursos médicos y creencias sobre la sexualidad en el climaterio : Mujeres en Cancún Quintana Roo. En: Torres M. (Comp.) Nuevas maternidades y derechos reproductivos). México, COLMEX, p. 171-200.
- Rostosky S. & Travis Ch. (1999) Menopause and sexuality: ageism and sexism unit. In: Travis Ch, White J. (Eds.) Sexuality, Society, and Feminism. Washington, D.C.: American Psychological Association. p.181-209.
- Sánchez, G. (2005) “Madurez, climaterio y menopausia. Reflexiones desde la perspectiva de género y salud de las mujeres”. En: Angeles H., Huecoichea L., et al Actores y Realidades en

- la Frontera Sur de México. México. CONAPO/ECOSUR, pp. 49-80.
- Sánchez G. (2004) Ni jóvenes ni ancianas. Qué pasa con la atención y la información sobre el Climaterio. El Caso de tres regiones de México. *Revista GenEros*. (32):33-42.
- Sánchez G. (2004) "Empowerment, Health and Aging in Mexican Women". In: *Women's Health Journal*. (4):59-68.
- Sánchez G. (2000) Factores asociados al promedio mensual de relaciones sexuales femeninas en México. *Revista de Estudios demográficos y urbanos*. 44; 15(2):419-453.
- Schmidt P. Rubinow D. (1991) Menopause-related affective disorders: a justification for further study. *American Journal on Psychiatry*. (148) 844-852.
- Secretaría de Salud (2001) Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia. Criterios para brindar atención médica;. NOM-035-SSA2-2000 URL <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/035ssa202.html> [Bajado de la red el 20 de Enero de 2004]
- SEGO/AEEM/Centro Cochrane Iberoamericano/SEMFYC. (2004) Menopausia y Postmenopausia. Guía de la práctica médica. España:SEGO/AEEM/Centro Cochrane Iberoamericano/SEMFYC.
- Tevar R, López Sosa C, Cabello F. (2004) El sistema sexual. *Sexología Integral*. I:87-91.

Tecnología médica e innovaciones de salud en el Perú, desde una perspectiva de género (o De la rehabilitación liberadora a la vitalización)²⁴

Marco Barboza Tello²⁵

..hablando acerca de nada que no fuese las cuestiones eternas...En qué cree usted, o acaso no cree en nada?... De las cuestiones eternas, de la existencia de Dios y de la inmortalidad. Y los que no creen en Dios hablan del socialismo o del anarquismo, de la transformación de toda la humanidad de acuerdo con un nuevo patrón, de tal manera que todo se reduce a lo mismo; son las mismas cuestiones vueltas al revés.

F. DOSTOIEWSKI. Los Hermanos Karamazov

Hombre soy y nada humano me es extraño

TERENCIO

La humanidad avanza a pasos agigantados hacia una sociedad basada en el erotismo, de la que estará ausente la “dimensión humana” y en la que hombres y mujeres tendrán muy poco tiempo que dedicar a la cultura y a la satisfacción de sus necesidades espirituales. El afán de

²⁴ Elaborado y presentado en 2008

[²⁵ Investigador del Programa de Estudios de Género de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima, Perú). Consultor Internacional en Sexualidad, Políticas Públicas; y Derechos Humanos en Salud.

placer como escapatoria, como medio de sustraerse a las responsabilidades y las dificultades de la vida, es cada vez más frecuente.

G. CALETTI. “Sexualidad y Sociedad” (*Rev. Salud Mundial*, mayo 1975)

Resumen

LOS AVANCES DE LA MEDICINA Y LA IMPLANTACIÓN de programas de salud pública siempre han generado gran impacto en la salud de la población, y en la sociedad en su conjunto. En el caso peruano la presente entrega hace una revisión de dos períodos (1972- 1976/ 2002- 2007). Los aspectos de salud que se abordan son: Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, y VIH/ Sida. Se explicitan en ambos contextos históricos los enfoques humanistas disciplinares, las visiones clínicas de la sexualidad, la trascendencia de los regímenes de custodia y dependencia, las configuraciones identitarias y comunitarias, y la influencia de la doctrina de la iglesia católica, a través de un hilo conductor: el control moral. Esto, en el marco de *sociedades rehabilitadoras* para el primer caso, y de una pronunciada *vitalización*, para el segundo.

Introducción

Un poco de historia

Un programa de control antivenéreo de Lima y Callao de fines de los '60 (MINSa, 1969: 2), planteaba que los factores socioeconómicos que intervienen en el fenómeno epidemiológico del problema venéreo constituían un complejo que de no ser atendido adecuadamente, tendría una mayor repercusión negativa en la salud de la comunidad. En el plan de operación relativo al control de las meretrices se refería lo siguiente:

“El control de las meretrices clandestinas se hará de la siguiente manera:

La policía como de costumbre se encargará de pesquisar (sic) por medio de redadas clandestinas que ejercen el meretricio en vías públicas y hoteles, las que frecuentan bares, restaurantes, casas particulares, serán motivadas para que concurran a los servicios de salud o a consultorios particulares para su control y la necesidad de mantenerse sanas.

Las pesquisadas (sic) por la policía serán examinadas por primera vez juntamente con las meretrices registradas, luego serán transferidas al centro de salud de su zona de residencia o al que ellas elijan, a fin de continuar allí su control periódico, consistente en examen médico, toma de muestras de sangre y secreciones o inyección de Bencetazil cada 15 días, control que deberá hacerse en horas normales de trabajo, a través del servicio de control de transmisibles o del consultorio de medicina general, juntamente con la clientela que acude al servicio por otros motivos, es decir sin discriminación y sin identificarlos como tales. Se les entregará una constancia escrita de haber sido examinadas a fin de que no sean molestadas por la policía.

Las clandestinas que deseen hacerlo podrán registrarse y adquirir su carnet en cuyo caso ya no serán transferidas a centros de salud y su control se continuará haciendo en el dispensario junto con las demás registradas.”

Se percibe aquí la lógica fundante de una policía médica en el combate a las enfermedades venéreas, que estuvo presente en la creación del primer servicio sanitario de la prostitución en el Perú de 1910, en la consolidación de la Asistencia Pública en la década del '20, en la profesionalización y estructuración del servicio nacional anti venéreo de la década del '30, y de la década del '40 en adelante, en la visible recurrencia de la reglamentación de licencias

especiales para prostíbulos²⁶ que se mantiene, casi invariable, hasta nuestros días.

La policía médica es un concepto surgido en el Estado absolutista y mercantilista alemán, empleado por primera vez en 1764 (Rosen, 1985: 158 ss.) influenciado por las doctrinas de los filósofos políticos, y de los teóricos de la ciencia policial, y por el cual los médicos adoptaron el concepto de policía y empezaron a aplicarlo a los problemas médicos y de la salud²⁷. Implica, principalmente la creación de una política médica por el gobierno y su cumplimiento por medio de un reglamento administrativo (reglamento de policía médica).

Uno de los aspectos claves de este concepto es la división de las enfermedades en dos grupos según las causas: *naturales*, que incluyen las enfermedades contagiosas y las epidémicas; y las *producidas por el hombre*, estas enfermedades son más frecuentes que las del primer grupo y son “simplemente las consecuencias físicas de una moral relajada”. Entre las enfermedades *producidas por el hombre* aparecen las debidas a transgresiones de otros.

Como resultado de la división enunciada en el párrafo anterior surge un doble estándar de control moral (policial) y profiláctico (de salubridad), que ha columbrado las respuestas de la salud pública frente a las enfermedades, durante más de dos centurias. A ese respecto, es muy conocida la vertiente de la policía médica ligada al control profiláctico de las enfermedades transmisibles, que conjuga políticas públicas de salud y lógicas autoritarias, así por ejemplo: los métodos drásticos de control de las epidemias (cuarentenas, aislamiento o abandono de los enfermos, quema de viviendas de las personas afectadas, control de la movilidad de las personas).

²⁶ Licencias que ya se expedían en el siglo XIX.

²⁷ Relacionado a cómo cuidar la salud del pueblo por medio de la mejora o la eliminación de las condiciones dañinas para la comunidad, y más aún cómo los enfermos y los débiles podían obtener la asistencia que necesitasen, y cómo combatir y controlar las epidemias. Autores como Rau, Rickmann Zuckert, Brinkmann, van estructurando esta doctrina a fines del siglo XVIII.

Mucho menos explicitada ha sido la vertiente del control moral que ha acompañado los diversos hitos de la tecnología médica y la salud pública, conjuntamente con formulaciones y reformulaciones teóricas de los más diversos campos – filosófico, jurídico, sociológico, psicoanalítico, entre otros -. Las implicancias de ese control moral y su amplio espectro en el ámbito socio sanitario, serán la ruta principal de la presente entrega.

Revolución Moral y Rehabilitación Liberadora (1972- 1976)

Halfdan Mahler (1975: 1), Director de la Organización Mundial de la Salud, señalaba a mediados del '75 la necesidad de desarrollar una Revolución Moral, a propósito de la crisis de la familia tradicional, de las alteraciones del medio humano como consecuencia del progreso científico técnico, y las modificaciones del comportamiento acaecidas por la irrupción de nuevas formas de vivenciar la sexualidad. Esta Revolución Moral estaba ligada a la necesidad de la salvación, la curación, la liberación, el retorno a sí mismo del hombre, cuyo ser está en movimiento, y se encuentra en constante cambio de su estado en comunidad (Jaspers, 1965: 227). Más o menos por la misma época, sostenía Fromm (1966: 25 ss.) que el carácter revolucionario postulaba la identificación del individuo con la humanidad, el trascender los límites de la propia sociedad, la capacidad de crítica asociada a la razón, el amor y respeto por la vida, y la forja de un carácter individual escéptico y de hombre de fe²⁸.

Desde la Iglesia, documentos clave, para esta conjunción de lo revolucionario y lo moral, lo constituyen las Encíclicas Papales *Mater et Magistra* (1961), de Juan XXIII, así como *Populorum Pro-*

²⁸ Martín Jay señala que Erich Fromm, nacido en Francfort en 1900, se crió en un ambiente inmensamente religioso. Durante su adolescencia se sintió fuertemente atraído por los aspectos mesiánicos en el pensamiento judío. Aunque Fromm perdió los atributos exteriores de su ortodoxia en 1926, lo que podría llamarse una actitud de religiosidad persistió a través de toda su obra posterior. (Jay, 1974: 155).

gressio (1967) y *Humanae Vitae* (1968) de Paulo VI. El significado simbólico de las Encíclicas Papales es el constituir una nueva alianza Hombre –Naturaleza, un nuevo equilibrio económico social de los hombres con la despensa natural, la madre tierra, pero también un nuevo sentido de apropiación de lo social que cuente con la participación protagónica del Estado para la realización del bien común, todo ello a partir del reconocimiento de la doble misión de la Iglesia Madre y Maestra de engendrar hijos, y de educarlos y regirlos. Este reconocimiento es la base del respeto de un orden moral que se fundamenta en un Dios distribuidor del bienestar, de la riqueza y de la misericordia; y reivindicador terrible, a quien nadie se sustrae, de la justicia y de la equidad.

Sobre la redefinición de la propiedad privada y el papel del Estado las encíclicas vaticanas advierten que la propiedad privada es un derecho natural, y que le es intrínseca una función social; por ello su ejercicio no sólo es en provecho propio, sino también en el de los demás (Vaticano, 2006a: 8). Si se llegase al conflicto entre derechos privados adquiridos y exigencias comunitarias primordiales, corresponde a los poderes públicos aplicarse a resolverlos con la activa participación de las personas y de los grupos sociales (Vaticano, 2006b: 14). Plantean además que el Estado, cuya razón de ser es la realización del bien común en el orden temporal, no puede permanecer ausente del mundo económico; debe estar presente en él para promover con oportunidad la producción de una suficiente abundancia de bienes materiales, cuyo uso es necesario para practicar las virtudes²⁹ y para tutelar los derechos de todos los ciudadanos, sobre todo de los más débiles: tales son los obreros, las mujeres, los niños (Vaticano, 2006a: 8).

Respecto a la agricultura y la asociación cooperativista, señalan las Encíclicas que, los trabajadores de la tierra deben sentirse solidarios los unos de los otros, y colaborar para dar vida a coope-

²⁹ Las cursivas son del texto original.

rativas y para lograr que la producción se beneficie de los progresos científico-técnicos, para contribuir eficazmente a la defensa de los precios de los productos, para ponerse en un plano de igualdad frente a las categorías económico-profesionales de los otros sectores productivos (Vaticano, 2006a:25). Señalan también las Encíclicas que el desarrollo debe entenderse como progreso social y aumento de la economía, y agregan que la economía y la técnica carecen de todo valor si no se aplican plenamente al bien del hombre a quien deben servir, el hombre mismo deja de ser verdaderamente hombre si no es dueño de sus propias acciones y juez del valor de éstas (Vaticano, 2006b: 19- 20).

Respecto del problema poblacional, las Encíclicas postulan que la solución fundamental del problema no se ha de buscar en procedimientos que ofenden al orden moral establecido por Dios y ciegan los manantiales mismos de la vida humana, sino en un renovado empeño científico-técnico por parte del hombre, para profundizar y extender su dominio sobre la naturaleza³⁰ (Vaticano, 2006a: 30).

Agro cooperativizado, desarrollo solidario y redistribución poblacional se corresponden con la idea que el bienestar social es imprescindible para la autorrealización del hombre. Esta idea, a su vez, se funda en la existencia de un conflicto entre la vida instintiva y la explotación, por lo que al ser suprimidas la represión y la explotación, el instinto se sometería libremente a la disciplina de la sociabilidad (Lewis, 1969: 143).

En el campo educativo, las Encíclicas asumen que la educación cristiana debe ser integral, debe extenderse a toda clase de deberes, debe mirar que en los fieles brote y se robustezca la conciencia del

³⁰ Agregan las Encíclicas que el camino por el cual los poderes públicos pueden y deben contribuir a la solución del problema demográfico es el de una cuidadosa política familiar y de una sabia educación de los pueblos, que respete la ley moral y la libertad de los ciudadanos. Asimismo, una práctica honesta de la regulación de la natalidad exige a los esposos adquirir una tendencia a procurarse un perfecto dominio de sí mismos. El dominio del instinto, mediante la razón y la voluntad libre, impone una ascética para observar la continencia periódica (Vaticano, 2006c: 12- 13).

deber que tienen de ejercer cristianamente las actividades de contenido económico y social (Vaticano, 2006a:34). Agregando que a los seglares corresponde penetrar con espíritu cristiano la mentalidad y las costumbres, las leyes y las estructuras de sus comunidades de vida, y a los hombres de Estado movilizar a las comunidades “en una solidaridad mundial más eficaz, y, ante todo, hacerles aceptar las necesarias disminuciones de sus lujos y de sus dispendios para promover el desarrollo y salvar la paz (...) para lograr un progreso solidario de la humanidad: una humanidad, en la que todos los hombres puedan desarrollarse” (Vaticano, 2006b: 39- 40).

Como es de verse, las Encíclicas instalan un discurso en el que, no hay posibilidad alguna de usar el conocimiento científico técnico si no es en beneficio del nuevo equilibrio moral de lo humano y lo natural. Así entonces, la agricultura cooperativizada se asume como garantía de la redistribución poblacional que no requiere de la artificialidad antinatural del control poblacional. Por su parte la educación social legitima una conciencia del deber que se proyecta a todos los campos de lo público que deben ser insuflados con una veta moralizadora y humanista.

En el caso peruano, la rehabilitación en los '70 constituye una categoría que vincula lo terapéutico y lo público de manera intensa, al ser el ‘respaldo simbólico’ de la activación de los procesos participatorios tendientes a la consolidación de una sociedad obrera e industrial, que para su pleno funcionamiento requiere la vigilancia comunitaria, la custodia asilar y la defensa de la vida como partes constitutivas de la revalorización, desalienación y liberación del campesino, del obrero, de la mujer, de la trabajadora doméstica, de la prostituta, entre otros actores sociales, articulando así, una sociedad rehabilitadora.

Es una época, en Perú, de gobierno de militares - conocida como el docenio militar (1968-1980) - ³¹, y tiene como principal

³¹ El golpe militar de Velasco Alvarado en octubre de 1968, instaura el docenio militar, en una Primera Fase con el Gral. Juan Velasco Alvarado a la cabeza durante el período de 1968 a 1975. La Segunda Fase, bajo la conducción del Gral. Francisco Morales Bermúdez.

referente al discurso de Juan Velasco Alvarado – denominado en adelante discurso velaquista – que gobernó el país entre 1968 y 1975.

El discurso velaquista en el plano de las políticas públicas expresó una moralidad social disciplinaria del instinto como base de una sociedad industrial, cooperativa y solidaria. Estas políticas se caracterizaron por la permanencia de un *ethos* oligárquico, la primacía de un paternalismo en el plano simbólico y en el campo de acción social, y la postulación de una categoría principalísima: el humanismo revolucionario.

El discurso velaquista conceptúa que los valores de la justicia y de la libertad son inseparables y se suponen recíprocamente en un humanismo revolucionario. Más aún, tal humanismo lleva en su esencia misma una irrenunciable vocación de lucha por la realización del hombre dentro de un orden de verdadera justicia social, que no puede existir mientras subsistan formas de dominación imperialista y formas de explotación que alienen y subyuguen a las sociedades y a los hombres. Para Velasco, la esencia política del humanismo revolucionario radica en su indeclinable posición de lucha contra el subdesarrollo y contra el imperialismo en cualquiera de sus formas, en que recoge el legado mejor de las tradiciones libertaria, socialista y cristiana, – en lo que esta última tiene de renovador planteamiento social –, y porque representa la confluencia de las vertientes más ilustres del pensamiento revolucionario (Sinamos, 1973: 284– 285).

Cabe indicar en este punto la gran influencia que ejercieron, en los militares en el poder, autores eclesiásticos progresistas y de teólogos de la liberación. Así como también, la excelente relación con los obispos progresistas de la jerarquía eclesiástica³², y en más

dez de 1975 a 1980, mantiene algunos elementos del discurso velaquista en un primer momento, para luego desarrollar un accionar político conocido como el desmontaje de las políticas de su predecesor.

³² Como monseñor Dammert, obispo de Cajamarca, y monseñor Bambarén, quien se desempeñaba por aquel entonces como obispo auxiliar de Lima, y que luego asumiría el obispado de Chimbote.

de una ocasión fueron invitados al ONIS, la organización peruana de sacerdotes progresistas entre los que se encontraba el padre Gustavo Gutiérrez³³ (Kruijt, 1989: 85). En términos programáticos, la Democracia Cristiana y el Movimiento Social Progresista, a través de sus respectivos líderes, Héctor Cornejo Chávez y Alberto Ruiz Eldredge, fueron los partidos políticos que más influencia ideológica política religiosa ejercieron en el velasquismo³⁴ (Ibíd.: 85).

En esa línea de consolidación del humanismo revolucionario y de gran influencia de pensamiento de Iglesia, en el plano de la salud reproductiva, se inscribe la creación del Instituto de Neonatología y Protección Materno Infantil de Salud (IMPROMI) mediante Decreto Ley No 18949, la creación del Hospital Materno Infantil “María Auxiliadora” mediante el Decreto Ley No 20708, y el establecimiento de la gratuidad de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en los Hospitales del Ministerio de Salud y Sociedades de Beneficencia Pública mediante el Decreto Supremo No 0451-74-SA.

La lectura de Portugal (1974b) acerca de la medida gubernamental que otorgaba atención hospitalaria gratuita a todas las madres y niños del país, expresa su interpretación del proceso de cambios efectuada por el velasquismo. Ya sea como un derecho reivindicado para una inmensa mayoría explotada y marginada, o como la transformación de un bien privado en un bien colectivo, la maternidad y la niñez son asumidas como dos motivos fundamentales para hacer la revolución. Según Portugal, una revolución que olvida al hombre para sumergirse únicamente en el aspecto

³³ El padre Gustavo Gutiérrez, creador de la Teología de la Liberación por aquel entonces daba cursos sobre Mariátegui y filosofía política en la facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Católica.

³⁴ Agrega Kruijt que la propuesta de ley para la empresa comunitaria presentada por la Democracia Cristiana dos meses antes del golpe de 1968 muestra notables coincidencias con la futura ley de propiedad social anunciada al final de los años de Velasco. Asimismo, Ruiz Eldredge, entrevistado por Kruijt en junio de 1986, señalaba que la Encíclica Mater et Magistra de Juan XXIII influye también en los militares (1989: 85- 86).

económico³⁵, o en el aspecto frío de un desarrollo tecnológico, dándoles una primicia exagerada, no es una revolución verdadera. Una revolución verdadera es aquella que se hace para cambiar la vida y para humanizar al hombre³⁶.

Respecto del Programa de Salud Materna del IMPROMI, éste consistía en el ordenamiento racional de actividades integrales de salud, dirigidas a la mujer durante las etapas pre concepcional y post concepcional, y buscaba cumplir con elevar el nivel de salud de la comunidad promoviendo: la maternidad deseada y la paternidad responsable, el embarazo, parto y puerperio sin temores o complicaciones y el nacimiento de un niño a término sano. Se buscaba además disminuir a un mínimo la mortalidad de la madre efectiva, de la madre en potencia, del feto y del neonato. Las actividades de salud abarcaban consultas médicas, hospitalización, consulta odontostomatológica, visita domiciliaria, alimentación complementaria, atención de servicio social, atención del servicio de nutrición, educación sanitaria y exámenes de ayuda diagnóstica. Los servicios que intervenían en el Programa se distinguían en básicos - servicio de gineco obstetricia, servicio de cirugía (odontostomatología), servicio de pediatría y otros servicios médicos -, e intermedios - enfermería, nutrición y dietética, servicio social, educación sanitaria, laboratorio clínico, patología y banco de sangre, radiología, registros médicos, estadística y farmacia -. Las normas del IMPROMI, señalaban también la responsabilidad de los otros servicios en el programa de salud materna y en las actividades educativas que de-

³⁵ La auténtica liberación que propugna el humanismo revolucionario, es asumida por Portugal (1974a), como una liberación que busca no sólo cambiar la estructura económica, sino cambiar al mismo tiempo la estructura mental. Vale decir, los hábitos, el comportamiento social, y en general todo el basamento ideológico en el que se fundamentan las instituciones del sistema imperante.

³⁶ La Maternidad y el Humanismo aparecen aquí plenamente identificados. No es aquí la maternidad asumida como vínculo común a todas las mujeres o como estrategia para reclamar derechos. Es más bien el influjo de un mundo de vida, de intercomunicación que da calidez a un frío y desasido orden tecnológico, burocrático, sistematizador que ha abrumado y subyugado la condición humana, libre y creadora.

bían desarrollarse en el país en favor de la madre (La Prensa, 1974)

Cabe destacar que el IMPROMI era la entidad del sector salud, creada específicamente con el fin de velar por la salud de la madre y de los niños y, la encargada de dar normas en favor de la salubridad de las madres. Las normas y procedimientos para la atención de la madre fueron formuladas en un Seminario realizado en Chiclayo en 1972 por el IMPROMI, y posteriormente fueron aprobadas por Resolución Ministerial del 3 de noviembre de ese mismo año. Estas disposiciones comprendían diversos aspectos que iban desde la organización de los servicios de ginecología y obstetricia (planta física, instalaciones y equipo, ropa e instrumental, organización) hasta la habilitación de consultorios externos de gineco obstetricia, equipamiento de los mismos, atención de la futura madre, emergencias, ropa e instrumental quirúrgico, entre otros (La Prensa, 1974).

Los objetivos del Programa de Salud Materna del IMPROMI, de acuerdo a sus estatutos, eran:

la atención, precoz, periódica, suficiente, eficiente y humana con actividades de promoción y protección de la salud, al mayor número de madres efectivas y en potencia, la asistencia profesional oportuna, eficiente y humana al mayor número posible de madres durante el período intra-natal. Atención oportuna, suficiente, eficiente y humana de la demanda de actividades de recuperación y rehabilitación de la mujer en sus diferentes etapas de la vida reproductiva y hacer conocer a la humanidad los medios para asegurar la conservación de la salud (Ibíd., 1974).

En mayo de 1975, el afianzamiento de las políticas pro madre o pro vida, tuvo como correlato la expedición de una Directiva de la Dirección de Educación Superior del Ministerio de Educación

sobre la Maternidad, sobre esta Directiva se decía que normaba y orientaba las acciones de revaloración de la mujer, y buscaba propiciar la reflexión sobre el valor de la maternidad y la celebración del Día de la Madre orientándolo hacia un nuevo esquema acorde con los cambios de estructuras que vivía el país (“Debe acabar explotación comercial de la mujer-madre”, 1975). Así también, el Encuentro Nacional de la Mujer Madre, cuyos objetivos se referían como el interpretar y divulgar la ideología del Proceso Revolucionario, motivar la solidaridad de las mujeres madres, conocer objetivamente las condiciones en que se desarrollaban las mujeres madres y su aptitud mental, además de tender a buscar el compromiso de la población de base en las acciones promocionales (“Encuentro Nacional de la Mujer Madre comenzó en Collique”, 1975).

Un aspecto que se relaciona con este eje materno – humanista, es el de las propuestas de rehabilitación de las prostitutas. En setiembre de 1972, se había producido un intenso debate en torno al anuncio de un proyecto de la Prefectura de Lima, que contemplaba la erradicación de la prostitución de las zonas urbanas, mediante la construcción de seis centros de profilaxis, que estarían ubicados fuera de la ciudad y que contarían con un estricto control sanitario. El proyecto contemplaba además la creación de un Organismo de Bienestar Social Moralizador, que estaría destinado a la rehabilitación de las meretrices, proporcionándoles empleos en fábricas e integrándolas en la sociedad como elementos útiles. El anuncio de la Prefectura señalaba también que ya se habían otorgado licencias especiales a 06 hoteles, como una medida para evitar el meretricio clandestino (“Existe proyecto para rehabilitar mujeres de mal vivir”, 1972).

Para la Iglesia Católica, la medida de la Prefectura no era otra cosa que la reapertura de hoteles clausurados por funcionar como “casas de cita” y la creación de nuevos “barrios rojos”. Sobre el particular, la Iglesia, a través de un comunicado manifestaba, entre otros puntos, lo siguiente:

2. Si bien estamos de acuerdo que el problema de la prostitución hay que encararlo “con valentía y dejando de lado los prejuicios, pues mientras tanto no puede haber solución”, ante este proyecto de rehabilitar a dichas mujeres nos preguntamos ¿rehabilita realmente este proyecto a la mujer o la hunde aún más en su situación? (...) 5. Creemos que esta medida anunciada por la Prefectura de Lima, atentaría contra la misma política e ideología de la Revolución Peruana, porque al legalizar la prostitución, dejaría de ser humanista; al marginar a la mujer, dejaría de ser justa; al convertirla en una mercadería, dejaría de promover la dignidad de la persona y en lugar de liberar a la mujer la degradaría (Comunicado de la Secretaría General de la Asamblea Episcopal Zonal, 1972).

Otra de las opiniones vertidas en torno a la medida anunciada por la prefectura - que no se concretaría finalmente - señalaba que pensar en términos revolucionarios obligaba a erradicar la prostitución. Para ello no bastaba con perseguir a las mujeres que se veían obligadas a este terrible oficio; tampoco bastaba con encontrar otra ocupación a las actuales prostitutas, que rápidamente serían sustituidas por otras. Sólo el logro del pleno empleo, en conjunción con una liberación sexual -que no era libertinaje- en la cual la relación amorosa alcanzara libremente el terreno físico llevaría a que desapareciera la horrible lacra social de la prostitución (Ráez, 1972).

Pero, es la rehabilitación en el campo de la asistencia psiquiátrica, la que supone una concentración de las aspiraciones y propuestas de esta sociedad rehabilitadora de los '70. En efecto, el *Anteproyecto para un Programa de Rehabilitación*, planteado por el cuerpo médico del Hospital Psiquiátrico “Víctor Larco Herrera”, a propósito de los cincuenta años de la creación del referido nosocomio (1918-1968), partía de los problemas derivados de la cronicidad de los pacientes internados en el referido establecimiento, y de la angus-

tiosa demanda de internamientos (sic). Refería este Anteproyecto que la rehabilitación a un nivel adecuado y con la debida amplitud, constituía un valioso recurso terapéutico en el tratamiento de las enfermedades mentales, facilitando su alta, en las mejores condiciones, ya que conduce a la adaptación de los pacientes a las condiciones extrahospitalarias. Además, un Programa de esta índole, permitiría lograr ingresos económicos para satisfacer las urgentes necesidades de los pacientes, para promover iniciativas de los enfermos y del personal hospitalario y para ampliar la capacidad asistencial ante la creciente demanda de la comunidad (Querol y Tejada, 1970: 83).

Se señalaba además en el Anteproyecto que en el Hospital Larco Herrera, así como en la mayoría de hospitales mentales, un gran porcentaje de los pacientes eran – y siguen siendo– permanentes o semi permanentes. Ello se debía tanto a la característica de los desórdenes psiquiátricos en sí, que generaban siempre un considerable número de pacientes crónicos, como al tipo de condiciones socio económicas de nuestro país, que dificultaban grandemente la activa y efectiva participación de la familia y de la colectividad en el manejo y solución adecuados de los problemas del paciente mental, situación que se mantiene invariable en la actualidad (Ibíd: 83).

Siempre con el Anteproyecto, éste refería que un análisis de la magnitud y de las peculiaridades, del problema nos llevaría al planteamiento de su posible solución, a través de los distintos recursos de la rehabilitación en psiquiatría. El planteamiento en cuestión habría de conducir con criterio realista, a un Programa que procurara resultados de alto beneficio general, que brotara y se plasmara en la idiosincracia nacional y que a la vez fuera factible dentro de las limitaciones económicas conocidas. Se hacía referencia a la adquisición de un fundo en un ámbito comunitario donde el paciente sería adiestrado en actividades como: fases de cultivo y crianza de animales, aspectos agropecuarios, manejo de pequeñas industrias relacionadas con la producción de un fundo – granja, entre otras (Ibíd: 83 y 86).

Un elemento clave para este programa fue su orientación doble: hacia el paciente – permitiendo su alta al más breve plazo y en el más alto grado de integración posible, de forma tal que los beneficios terapéuticos y socio económicos obtenidos se mantuvieran el mayor tiempo –; y hacia el personal. Respecto de este último, se planteaba que en cada uno de los niveles, se conocieran y aplicaran las técnicas adecuadas que permitieran la conformación de una comunidad para la rehabilitación, que no era sino un aspecto de la comunidad terapéutica. Finalmente se agregaba desde un punto de vista humano, administrativo y práctico que un programa de rehabilitación, debidamente estructurado y establecido, constituiría un importante renglón de ingresos económicos, esto por cuanto su puesta en marcha entrañaba un costo inicial, pero su prosecución rendiría un balance positivo, por varias razones: el cambio de actitud y mentalidad del personal conllevaría una motivación valiosa que aumentaría el rendimiento; los equipos y posibilidades hospitalarias serían más y mejor utilizados. La actividad de la comunidad de rehabilitación conduciría así a la producción de bienes específicos y generales que autofinanciarían el Programa, lo que equivaldría a un movimiento de capital. Esta lógica continuaría cuando el paciente fuera dado de alta, ya que las actividades aprendidas y practicadas durante su hospitalización seguirían siéndole útiles y fructíferas (Ibíd: 84).

Fue, en el contexto de la década del '70, que se originó el Proyecto Barranca, el que llevaría a la práctica esta propuesta acerca de la rehabilitación de pacientes psiquiátricos institucionalizados, siendo su impulsor, precisamente uno de los autores del Anteproyecto referido líneas arriba, el psiquiatra Kenny Tejada.

Ahora bien, y este *excursus* por los rasgos más emblemáticos de una sociedad rehabilitadora, qué relevancia tiene luego de pasados más de treinta años, la respuesta es, mucha. En primer lugar, las sociedades rehabilitadoras sientan las bases de las políticas pro vida, a partir de la problematización de lo humano, reivindican el

mundo de la vida, postulando una crítica acerva de la racionalidad programática, instrumental, del sistema, de la técnica, de lo imperativo de lo factible (Seibt, 1989: 103). La problematización de lo humano, en el contexto de estas sociedades, supuso una lógica transversal, que atravesó los diferentes campos académico políticos, y que comprendía a la antropología filosófica, la educación, la política cultural, la economía, entre otros – de hallar una respuesta al progreso científico técnico que racionalizaba la vida, siendo que esta respuesta se situaba en la fe especialmente necesaria para el hombre en tanto contenido moral. Es así que esa fe se depositó en la religión instituida como refugio de humanismo y espiritualidad superior (Volkov, 1975: 133), y en la capacidad del hombre para rehacer las relaciones humanas y para realizar cooperativamente la bondad humana (Lewis, 1969: 157).

En segundo lugar es característico de las sociedades rehabilitadoras el tratar de buscar en el espíritu comunitario o en la disciplina de la Iglesia, un control de la vida afectiva del hombre, una educación del espíritu y una orientación hacia un mundo más sano (Bastide, 1979: 230). Pero, cabe precisar que el espacio de comunidad ya no es privativo de la Iglesia– aun cuando pueda conservar muchas de sus formas y estilos de relacionamiento –, por medio de la policía médica y del panoptismo, el espacio de comunidad es un espacio claramente terapéutico. Así entonces, una categoría clave para este tipo de sociedades es la comunidad terapéutica, cuya base es el *tratamiento moral*, asumido como la atención de las necesidades psicológicas y sociales de personas en espacios custodiales, a través de programas terapéutico organizado, que promueve el respeto y la compasión por las personas enfermas, y que estudia detalladamente sus pensamientos, sentimientos y conductas (Güedes, 2005:39).

Las sociedades rehabilitadoras favorecen, además, un desplazamiento de la tradicional autoridad patriarcal, el *pater familias* oligárquico, quien es reemplazado, en contextos cada vez más urbanos y ciudadanos, generando nuevos patriarcas, entre los cuales surge, con

mucha fuerza, el patriarca de la comunidad terapéutica, por lo general un/ a médico/ a del campo de la salud mental que gobierna el relacionamiento y la conducta de las personas bajo su custodia. La consideraciones sobre los menores peligrosos, el retardo mental, la discapacidad, los derechos de los niños, las aglomeraciones urbanas, la crisis transicional de la familia, han servido para consolidar este traslape, que implica la progresiva intensificación del control moral hasta llegar al por todos conocido conservadurismo finisecular del siglo XX. Veamos ahora la implicancia del control moral en un contexto histórico más reciente, y respecto de otra patología que ha servido para vehiculizar con mucha intensidad lógicas de vida y muerte: el VIH/ Sida.

Políticas de Sangre y Vida en torno al VIH/ Sida: A modo de recuento

Desde el inicio de la epidemia del VIH/ Sida en el Perú, que se originó en la década de 1980, hasta nuestros días, se han desplegado innumerables esfuerzos – tanto desde el Estado como desde el espacio de la sociedad civil –, para articular una respuesta frente a la epidemia, lo que ha supuesto políticas, programas, discursos, abordajes, recursos, operadores, fondos, proyectos, investigaciones, no siempre consonantes y coherentes, sino más bien inscritos en corrientes o tendencias con mayor o menor énfasis dependiendo de la coyuntura específica, del escenario y de los actores en juego. En este acervo de desarrollos públicos en torno a la epidemia, destacan con nitidez dos tipos de Política: las de Sangre y las de Vida.

Con las Políticas de Sangre se ha pretendido durante todo este tiempo, impedir la infección de la población caracterizada como “inocente” (quienes no se encontraban considerados como grupos de riesgo), a través de un elemento primordial: la *sangre segura*. Su objetivo principal es el control de la epidemia del VIH/ Sida – en un contexto regional y mundial de emergencia y reemergencia

de enfermedades transmisibles – asociado a una mejora de la gestión del sistema de los bancos de sangre. Desde una perspectiva simbólica hay dos elementos importantes en este tipo de política: la visualización de la ‘sangre’, como elemento *purificador* y *legitimador* de la actuación estatal frente a un problema que en el Perú de los ’80, y aún en el actual, es visto como “tema de prostitutas y maricones”³⁷; y de manera complementaria, la estructuración de un ‘control moral’ de los grupos de riesgo, que los excluía – y los sigue excluyendo actualmente – absoluta y categóricamente de la posibilidad de ser donantes de sangre³⁸.

El inicio de estas Políticas de Sangre tuvo como referente la constitución de una Comisión Multisectorial, cuyo encargo fue estudiar la problemática de la Hemoterapia, Políticas de Planificación y Normas de Funcionamiento de Aplicación General, en junio de 1985³⁹. Resulta emblemático el que esta Comisión se haya generado antes de la emisión de normativa alguna que hiciera referencia específica al VIH/ Sida⁴⁰. Posteriormente, en 1987,

³⁷ Entrevista a funcionario del MINSA relacionado a los primeros programas de VIH/ Sida en la década del ’80. Junio, 2008.

³⁸ Lo que demuestra claramente una influencia en nuestro país de la política de gestión de bancos de sangre americana respecto al VIH que excluye a los grupos de riesgo (prostitutas, homosexuales, bisexuales, entre otros), a diferencia del sistema europeo que para la donación de sangre apela al concepto más comprensivo de conductas de riesgo, que incluye a toda la población, y no sólo a la considerada en riesgo o vulnerable.

³⁹ En efecto, por Resolución Ministerial 0090-85-PCM, de 23 de junio de 1985, se constituyó una Comisión Multisectorial encargada de estudiar la problemática de la Hemoterapia, Políticas de Planificación y Normas de Funcionamiento de Aplicación General. El segundo considerando de esta norma señala que con motivo de la visita que efectuaron al Perú dos expertos de la Organización Panamericana de la Salud – OPS se organizó un Grupo de Trabajo Multiinstitucional que conjuntamente con los citados técnicos elaboró un estudio, efectuando recomendaciones para mejorar el funcionamiento de los Bancos de Sangre, a fin de resolver la problemática de la disponibilidad y demanda de sangre en el país.

⁴⁰ La primera Comisión sobre el VIH/ Sida en el Perú se forma a fines de 1985. Cabe precisar que a inicios de 1980 era una prioridad en OMS, el combate a las emergencias y reemergencias epidémicas – entre ellas la del VIH/ SIDA –, teniendo como referentes, entre otros, la mejora de las Políticas Nacionales de Sangre. (Yadón, 2006: 5).

se instauró una Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro de casos de etiología virósica que incluía al SIDA. Luego, en diciembre de 1988, se estableció la obligatoriedad de practicar pruebas de despistaje de SIDA, Hepatitis “B” y sífilis, previas a todas las transfusiones de sangre. Y ya, para julio de 1990, se aprobó la primera Ley sobre el VIH/ Sida en el Perú, la misma que, declaraba de interés nacional y asignaba carácter prioritario, dentro de la política nacional de salud, a la prevención y lucha contra el SIDA. La racionalidad práctica de esta Ley se caracterizó por un fraseo recurrente en varios de sus artículos “es obligatorio el examen serológico”.

El momento más intenso y consolidado de las Políticas de Sangre, se verifica entre los años 1987 y 1990, y tiene un correlato en el plano de la investigación epidemiológica con la realización de la Encuesta Serológica sobre la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) en la población de alto riesgo, que muestreó un total de 83,515 personas. Esta investigación estuvo a cargo del Instituto de Investigación de Enfermedades Tropicales del USNAMRID – US Naval Medical Research Institute Detachment –, que tenía su sede en el Hospital Naval, y contó con la participación del Ministerio de Salud, de los principales hospitales de Lima y de provincias, y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La referida investigación se extendió de fines de 1985 hasta 1988 (OPS, 1992: 358).

Hablar de Políticas de Sangre, no supone la inexistencia de políticas específicamente referidas al VIH/ Sida, ya que estas políticas sí existieron, y ahí tenemos: la constitución de la primera Comisión encargada de estudiar la incidencia del SIDA, así como de dictar normas para su diagnóstico, prevención y tratamiento, en noviembre de 1985; la creación de un Programa Nacional Multi-sectorial de Prevención y Control del “SIDA”, en abril de 1987, o la instauración del Programa Especial de Control del SIDA – conocido como PECOS –, en diciembre de 1988, el mismo que

se mantuvo vigente durante 8 años. En todo caso, lo importante es subrayar que, la pauta de las políticas fue marcada por el eje de sangre segura que columbró el accionar público en este período de tiempo.

De 1990 en adelante hay un proceso de progresiva transición hacia las Políticas de Vida, caracterizado por la consolidación de factores como la feminización de la epidemia, y la desestigmatización, en paralelo, de los grupos de riesgo, así como el fustigamiento y crítica persistente desde espacios clave de la sociedad civil a los encargados del programa estatal relacionado directamente con la respuesta al VIH/ Sida.

Las Políticas de Vida respecto del VIH/ Sida se inscriben en el marco de una pronunciada *vitalización* del derecho a la salud (es decir de políticas en torno a la vida) en la interacción de la respuesta estatal y el accionar de la sociedad civil. Son elementos principales de este proceso: la prevalencia del derecho a la salud de los niños y niñas que inaugura la década del '90 con instrumentos, mecanismos y espacios internacionales respecto de esta temática; la reforma parcial del sector salud que alienta la modernización del subsector contributivo (seguridad social) y la aparición de los primeros seguros públicos – Seguro Escolar y Seguro Materno Perinatal – en 1997; y la instauración del modelo de atención integral de salud concentrado en un enfoque de familia (tradicional), a inicios de la presente década, que no considera las especificidades de los grupos y poblaciones vulnerables a inicios de la presente década.

El peso simbólico dado a la vida en este período, puede percibirse incluso en la propia denominación de Personas Viviendo con VIH/ Sida (PVVS) en un primer momento, y más recientemente como Personas Viviendo con VIH (PVV). Más allá de la lógica desestigmatizadora inicial, se va consolidando en el tiempo un metalenguaje social que legitima al portador del VIH, pero localizado, contextualizado, “controlado”, en ámbitos terapéuticos, asistenciales, sanitarios, que las más de las veces exhiben enfoques

pedagógicos disciplinares y visiones clínicas de la sexualidad o la tendencia a desexualizar la epidemia.

Las rutas de la “vitalización” (2002- 2007)

El tratamiento antirretroviral para niños y adolescentes por parte del Seguro Integral en 2002, es la primera respuesta concreta de acceso a tratamiento desde el Estado respecto del VIH, sin embargo, pese a las protestas de colectivos y movimientos de PVV desde la sociedad civil aglutinados en torno al “Colectivo por la Vida”⁴¹, la universalización del acceso a tratamiento para PVV no se produjo hasta inicios de 2004. La vida es ratificada e inscrita en cada una de las acciones de los operadores públicos y de los activistas, como el sustento principal del acceso a tratamiento antirretroviral. Eso explica en parte, el por qué, logrado el objetivo con la modificación de la Ley CONTRASIDA, en junio de 2004 – que sanciona la provisión de antirretrovirales para PVV por parte del Estado –, se empieza a producir un progresivo decaimiento de la vigilancia social del derecho a la salud, respecto del eje atención integral–tratamiento, cuya exigibilidad ya no puede exhibir lógicas de vida y muerte.

Para entender mejor este proceso se debe tener en cuenta la intensificación del binomio pobreza – maternidad, con referentes de política pública entre 2002 y 2003, entre las cuales tenemos: la creación del Seguro Integral de Salud (Seguro de los Pobres), la institución de un Día y un Registro Nacional del Concebido, la implementación de una Estrategia Nacional PERU VIDA 2012, la retracción de la oferta de métodos modernos de planificación familiar. Sin embargo también es necesario tener en cuenta otros procesos, como los que abordaremos a continuación.

⁴¹ Grupo de Sociedad Civil conformado por ONG’s, GAM’s, activistas, operadores estatales, entre otros, que de 2001 en adelante plantaron como demanda principal al Estado al acceso a medicación antirretroviral para las PVV.

En el terreno normativo, la epidemia delVIH surge cuando el derecho a la salud era considerado como derecho a la atención de la salud⁴², pero la evolución de este derecho, -ya sea por convenciones, aportaciones teóricas, observaciones generales, entre otras varias -, luego de dos décadas ha devenido en la actual formulación de la “perspectiva de derechos en salud” (Arroyo et al, 2004: 18 ss.), que tiene como garantías infranqueables: el derecho al más alto estándar posible de salud física y mental, como sustento para la generación de demandas exigibles y progresivas dirigidas al Estado, tanto en términos normativos como programáticos, mediante los cuales se establecen los límites y las obligaciones de éste; así como también, la consideración de la salud como parte inseparable de un sistema más amplio de capacidades y libertades asociadas a la noción de dignidad humana.

Si bien en el campo teórico ha habido una evolución importante no ha sucedido lo mismo con el campo de la jurisprudencia y la doctrina jurídica, que más bien han conservado las antiguas formulaciones relacionadas con la atención de la salud, lo que ha incidido significativamente en la resolución de casos concretos relacionados con PVV, así como en la formulación de iniciativas legislativas por parte de operadores estatales y colectivos de la sociedad civil relativo alVIH/ Sida. El sistema jurídico, la cultura jurídica y su correlato normativo, siguen apelando, aún hoy, a elementos relacionados con la esfera de la atención de la salud y a menudo aparecen descolocados para el afronte de las nuevas tendencias que vinculan a los derechos humanos y la salud, donde se plantea

⁴² Según Roemer (1989: 16) el derecho a la atención de la salud comprendía unan variada gama de servicios: protección ambiental, prevención y promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación. Señalaba además esta autora que la protección de la salud no se limitaba a la aplicación de tratamientos médicos, ni es una combinación de tratamientos y promoción de la salud, y que las actividades relacionadas con la salud en los campos de saneamiento, ingeniería ambiental, vivienda, urbanización, agricultura, educación y bienestar social la afectan directamente y con mayor frecuencia se las considera como responsabilidad de la sociedad.

que: a) la desatención de los derechos humanos puede ocasionar consecuencias graves para la salud; b) las políticas y los programas sanitarios pueden servir para promover los derechos humanos o para violarlos; y, c) La vulnerabilidad a la mala salud puede reducirse con la adopción de medidas en pro de los derechos humanos (Huaita, 2007: 25). Sin duda la relevancia de estos vínculos entre salud y derechos humanos es indudable para el caso de las PVV y las poblaciones vulnerables referidas en el presente estudio.

Resulta muy significativo para lo anotado en el párrafo anterior, que el Tribunal Constitucional peruano haya generado el único precedente jurisprudencial sobre el VIH/ Sida, en el 2004, basado en enfoques jurisprudenciales de la Corte Constitucional colombiana (Cifuentes, 1994), tales como, el criterio de conexidad del derecho a la salud con el derecho a la vida, o el derecho al mínimo vital (Exp. N° 2945-2003-AA/TC)⁴³⁴⁴.

¹⁴³ El numeral 28 de la J1 señala: “28. **La salud es derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida, y la vinculación entre ambos derechos es irresoluble**, ya que la presencia de una enfermedad o patología puede conducirnos a la muerte o, en todo caso, desmejorar la calidad de la vida. Entonces, **es evidente la necesidad de proceder a las acciones encaminadas a instrumentalizar las medidas dirigidas a cuidar la vida**, lo que supone el tratamiento orientado a atacar las manifestaciones de cualquier enfermedad para impedir su desarrollo o morigerar sus efectos, tratando, en lo posible, de facilitar los medios que al enfermo le permitan desenvolver su propia personalidad dentro de su medio social.” (la negrita es nuestra).

Así también los numerales 8, 9 y 10 refieren: “8. Conforme lo ha señalado el Tribunal Constitucional en la sentencia recaída en el caso Roberto Nesta Brero y más de 5000 ciudadanos contra la Presidencia del Consejo de Ministros (Expediente N.° 008-2003-AI/TC), el Estado peruano, definido por la Constitución de 1993 presenta las características básicas de un Estado social y democrático de derecho, en el cual se requiere la configuración de dos aspectos básicos: **la existencia de condiciones materiales mínimas para alcanzar sus presupuestos**, y la identificación del Estado con los fines de su contenido social (*Fund. Jur. 12*).- 9. **Este mínimo vital busca garantizar la igualdad de oportunidades en todo nivel social**, así como neutralizar las situaciones discriminatorias y violatorias de la dignidad del hombre; por ello, el logro de estas condiciones materiales mínimas de existencia debe motivar la intervención del Estado y la sociedad de manera conjunta para la consecución de este fin.- 10. **Es ahí donde se hace necesaria la exigencia de los derechos sociales y económicos**, también llamados derechos prestacionales, como la seguridad social, **salud pública**, vivienda, educación y demás servicios públicos, pues ellos representan los fines sociales del Estado a través de los cuales el individuo puede lograr su plena autodeterminación.” (la negrita es nuestra).

¹⁴⁴ En todo caso, cabe indicar que el Tribunal Constitucional peruano, se ha pronunciado

Otro aspecto a considerar son los casos de contagio transfusional del VIH. Ha sido, precisamente, en torno a casos de personas infectadas por sangre transfundida, que se ha producido una gran conmoción pública y la reacción oportuna de actores estatales clave como la Defensoría del Pueblo.

En 2004, se produjo el único Informe de la Defensoría del Pueblo que abordó específicamente el tema de PVV⁴⁵, orientado a esclarecer las causas de la infección de nueve niños y la muerte de cinco de ellos, así como a evaluar la idoneidad y cumplimiento de las normas y procedimientos utilizados en la transfusión y recolección de sangre. Más recientemente a mediados de 2007, se produjo el contagio por vía transfusional de una mujer adulta heterosexual en un Hospital de la Provincia Constitucional del Callao, a partir de este último caso - que trascendió a los medios de comunicación por denuncia pública de la propia agraviada -, se ha producido normatividad a nivel de la propia Presidencia del Consejo de Ministros - hecho atípico en la evolución de la respuesta del Estado a la epidemia - relacionada con la reorganización del Sistema de Bancos de Sangre a nivel nacional y el mecanismo de indemnización a las víctimas de contagio transfusional. Obsérvese que en ambos casos se trata de niños y de una mujer que no pertenece a la población vulnerable o grupos de riesgo, y que para el colectivo social son “los inocentes”, cuyas vidas se reputan valiosas, por tanto hay que protegerlas.

al respecto a partir de acciones de amparo planteadas para lograr acceso a tratamiento antirretroviral por parte de PVV, sin embargo sus sentencias que refrendaban el derecho al tratamiento antirretroviral de las PVV, se produjeron cuando ya existía una norma que planteaba el acceso a Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad - la norma fue publicada en febrero de 2004 -, aun cuando la postulación de las demandas de amparo ante los Juzgados de primera Instancia se habían realizado cuando este tratamiento no estaba disponible por parte del MINSA para la población en general - en el año 2002 -

⁴⁵ Informe Defensorial N° 89 “La infección de nueve pacientes con VIH por transfusión de sangre donada en el Instituto Especializado materno Perinatal (IEMP)”

Consideraciones finales

La presente entrega se inscribe en un esfuerzo, emprendido ya hace algunos años por el autor, que busca vincular aspectos de Salud Mental y Sexualidad, para la mejor comprensión de los procesos socio sanitarios, utilizando en el presente caso las categorías de Regímenes y Comunidades, para lograr dicho cometido. En efecto, la posibilidad de explorar las lógicas de revaloración y de prevalencia de “lo humano” – que caracterizan a las sociedades rehabilitadoras en el período 1972 - 1976 -, o la “vitalización” – que implica una férrea defensa de la humanidad encarnada en el binomio madre niño en el período 2002 - 2007 -, pueden ser explicitadas en el marco de programas terapéuticos, en la gestión sanitarista de la “sangre segura”, en la asunción de criterios jurídicos que consolidan la fundamentalidad de la vida, o en la rehabilitación vigilada de las prostitutas.

Considero que el orden que se encuentra implícito en la categoría de Regímenes, y que implica custodia, vigilancia, autoridad, y jerarquía, despliega sobre todo un “control moral” respecto de lo múltiple, diverso y flexible que puede llegar a ser el escenario social. Antaño, resultaban emblemáticos para esta categoría, los espacios clericales y castrenses, sin embargo, discursos como los de policía médica, medicina social, medicina comunitaria, promoción de la salud, o bioética, han saturado los diferentes espacios sociales de la dimensión terapéutica. Siendo por ello, una dinámica resultante, la confluencia de discursos y prácticas – en torno a cuestiones como la participación, las patologías, las identidades, las ideologías, los metalenguajes, por citar sólo algunos – en el seno de Comunidades Terapéuticas, la otra categoría referida en el párrafo anterior. Ahora bien, estas Comunidades, así entendidas, pueden ser de lo más variadas: Grupos de Motivación, de Reflexión, de Ayuda Mutua, Consejería de Pares, Clubs Terapéuticos, Casas Club, entre otros. Por ello considero clave el estudio de estas dinámicas y espacios

para la mejor comprensión de los actuales discursos conservadores pro vida o de defensa de la vida, y una historización de tiempos largos, como la aportada de manera propedéutica en esta entrega, puede ser muy útil para ello.

Ya para finalizar, a fines del siglo XIX, en palabras del sifilógrafo francés Jean Alfred Fournier, “sifilización era sinónimo de civilización” (Mariátegui, 1996), y es de verse, en la actualidad, que esos pánicos en torno a las implicaciones para la vida y la salud de los niños y los hombres, así como la defensa de la maternalidad de las mujeres, lejos de desaparecer se han recrudecido con motivo de la aparición del VIH. Así también, me comentaba un ex funcionario de salud que hasta bien entrado el último cuarto del siglo XX en las Facultades de Medicina se especulaba, frente a pacientes que presentaban estados patológicos complejos y de difícil explicación – entre los que incluía los trastornos mentales –, a pretéritos cuadros sifilíticos no detectados o intervenidos defectivamente.

Referencias

- Arroyo, Juan et al (2004) *Vínculos entre la salud pública y los derechos humanos*. Lima: CIES.
- Bastide, Roger (1979) *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI .
- Cifuentes, Eduardo (1994) “La acción de tutela: el constitucionalismo de la pobreza”. En: CAJ. *Lecturas Constitucionales Andinas* 3. Lima: CAJ.
- “Debe acabar la explotación comercial de la mujer-madre” (1975) *La Crónica*. Lima (7 de mayo). WARMI/ Cendoc – Mujer.
- “Encuentro nacional de la mujer madre comenzó en Collique” (1975) *La Crónica*. Lima (5 de mayo). WARMI/ Cendoc – Mujer.
- “Existe proyecto para rehabilitar mujeres de mal vivir” (1972) *Expreso*. Lima (16 de setiembre). WARMI/ Cendoc – Mujer.
- Fromm, Erich (1966) “El Carácter Revolucionario”. *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*. Vol. I. No 3. 25-35.
- Güedes, Luis (2005) *El Tratamiento Moral: Experiencias Robillos: Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Vinciguerra.
- Huaita, Marcela et al (2007) *Derecho a la salud: Alcances, obligaciones estatales y balance de políticas públicas* (Documento de Trabajo). Lima: Defensoría del Pueblo.
- Jaspers, Karl “La pregunta acerca del hombre”. *Universitas*. Vol. III. No 3 (Diciembre 1965). 225 -232.
- Jay, Martin (1974) *La imaginación dialéctica: Una historia de la Escuela de Frankfurt*. Madrid: Taurus.
- Kruijt, Dirk (1989) *La Revolución por Decreto*. Lima: Mosca Azul
- “La situación de la madre en ek Perú” (1974) *La Prensa*. Lima (11 de mayo). WARMI/ Cendoc – Mujer.
- Lewis, John (1969) *Ciencia, fe y escepticismo*. México D.F.: Grijalbo.
- Mahler, Halfdan (1975) “Una Revolución Moral”. *Salud Mundial* (Agosto - Setiembre 1975). 1.

- Mariátegui, Javier (1996) “El nombre tras el síndrome”. *El Dominical*. Lima (16 de julio). WARMI/ Cendoc – Mujer.
- Minsa *Programa Operativo de Control Antivenéreo de Lima y Callao*. Lima: Minsa.
- OPS (1992) *Inventario de Recursos de Investigación en SIDA 1983-1991: América Latina y el Caribe*. Washington: OPS.
- Portugal, Ana María (1974^a) “¿Una nueva clase?”. *La Crónica*. Lima (18 de marzo). WARMI/ Cendoc – Mujer.
- (1974b) “Un derecho rescatado”. *La Crónica*. Lima (5 de setiembre). WARMI/ Cendoc – Mujer.
- Querol, M. y Tejada, K. (1970) *Volumen Conmemorativo del Cincuentenario de la Fundación del Hospital “Víctor Larco Herrera” (1918-1968)*. Lima: HVLH.
- Ráez, Esteban (1972) “Las cosas por su nombre. Prostitución, Moral y Revolución”. *Expreso* (5 de febrero). WARMI/ Cendoc – Mujer.
- Roemer, Ruth (1989) “El Derecho a la Atención de la Salud”. En: Fuenzalida, H. Y Scholle, S. (eds.). *El Derecho a la Salud en las Américas: Estudio Constitucional Comparado*. Washington: OPS.
- Rosen, George *De la Policía Médica a la Medicina Social*. México DF: Siglo XXI
- Seibt, Gustav (1989) “El Diálogo como Ley: Jürgen Habermas cumple sesenta años”. *Revista Humboldt*. No 98. 103.
- Sinamos (1973) *Velasco: La voz de la Revolución. Tomo II*. Lima: Ausonia.
- Vaticano (2007^a) Mater et Magistra
http://www.churchforum.org/info/El_Papa/Documentos_Pontificios/enciclicas/mater_et_magistra.htm. (18-11-07)
- (2007b) *Populorum Progressio*
http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_26031967_populorum_sp.html
 (18.11.07)
- (2007c) *Humanae Vitae*

http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae_sp.html
(18.11.07)

Volkov, G. (1975) *El hombre y la revolución científico- técnica*. Moscú: Progreso.

Yadón, Zaida (ed.) (2006) *Descentralización y gestión de las enfermedades transmisibles en América Latina*. Buenos Aires: OPS.

Indesol
Instituto Nacional de Desarrollo Social



ISBN: 978-607-97090-4-4

