
El SIDA encarnado o los contornos del orden decente

Xabier Lizarraga

IN MEMORIAM

Francisco Núñez García, Luis Reséndiz, Jorge Ortiz de la Mora, Gabriel García Jiménez, Alberto Amaya Torres, Oscar de Luna, Francisco Gabarro Correa, Francisco Estrada Valle y Eugenia Jiménez.

'Vigilancias, ejercicios, maniobras, notaciones, rangos y plazas, clasificaciones, exámenes, registros, todo un modo de mantener los cuerpos sujetos, de dominar las multiplicidades humanas y de manipular sus fuerzas se ha desarrollado en el transcurso de los siglos clásicos en los hospitales, en el ejército, en las escuelas, los colegios, los talleres: la disciplina'.

Michel Foucault

RESUMEN

El SIDA es, sin duda, el padecimiento pandémico que, hoy por hoy, se encarna fuerte y agresivamente; el individuo y el grupo social se ven inmersos en un terror que no sólo son parte de las características propias del padecimiento, sino de las concepciones, expectativas y valoraciones que socialmente se han hecho de él. El encarnamiento es el producto de un fenómeno sociocultural y psicológico que mueve a concebir a un padecimiento como causal de un deterioro social, más que como causal del deterioro del enfermo.

ABSTRACT

AIDS is without question a pandemic disease, today strong and aggressively embodied. Individuals and social groups are immersed in terror about AIDS based not only on its characteristics, but also on conceptions, expectations and the symbolic meaning structure that have been constructed about the disease. Thus, the embodiment of the sickness is a consequence of sociocultural and psychological phenomena that construct AIDS as a cause for social deterioration, more than a cause for deterioration of the ill person.

Palabras clave: SIDA, control social, sexualidad humana.

Key Words: AIDS, social control, human sexuality.

Desde hace ya más de década y media un fenómeno atraviesa el ánimo de los individuos, así como las ideologías, las estrategias políticas y sociales, las economías y las inquietudes científicas: el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida)

Al SIDA se le presupone y publicita como un padecimiento reciente, aunque no pocos indicios nos permiten pensar que no se trata de algo que apareció de pronto —a finales de los setenta— y que en breve tiempo cubrió al planeta. Muy probablemente el SIDA pasó inadvertido durante años —décadas incluso— antes de que algunos casos llamaran la atención y comenzara a identificarse y concebirse como un padecimiento nuevo, como algo que ocurría... un fenómeno. Sin embargo, sea reciente o no, el SIDA es, hoy por hoy, algo más que un padecimiento; es **una encarnación**.

Ningún grupo social se ha visto libre de enfermedades; todo desarrollo cultural arrastra consigo nuevos padecimientos, así como el surgimiento de los mismos mueve a la búsqueda de explicaciones y a intentos de tratamiento, la más vieja utilización de plantas y cantos como las propuestas de una medicina nuclear, no son más que respuestas ante un estímulo que identificamos, más bien concebimos, como enfermedad.

Algunos procesos patológicos, involucran de manera precisa y limitada a un órgano o a una función (se focalizan), otros comprometen al sistema anatomofisiológico en su conjunto. En el caso del SIDA, y en virtud de la susceptibilidad y vulnerabilidad humana —productos de la politipia y la polimorfia de la especie—, la adaptabilidad del organismo se ve integral y seriamente afectada: *el aparato inmunitario del individuo se deteriora —deprime—, determinando una disfuncionalidad trágica que deja indefenso al individuo ante cualquier agente patógeno*. Por lo mismo, si bien, es erróneo decir que alguien muere de SIDA, la incapacidad de dar una respuesta inmunológica eficiente expone a un sinnúmero de causas de muerte... los individuos, en consecuencia, *mueren* por SIDA. El más aparentemente inocuo agente patógeno adquiere un nuevo poder devastador y, por ende, un nuevo significado. No obstante, todo ello no se debe únicamente a que el agente patógeno del SIDA¹ deje indefenso al individuo; se debe también —y en mucha mayor medida— a los innumerables errores cometidos individual y grupalmente en torno al padecimiento y a los más directamente afectados; errores (actos y silencios, actitudes y regulaciones) que dejan a la persona socialmente devaluada y emocionalmente sitiada

¹ Hasta hoy y mayoritariamente, se presupone que es el VIH. No obstante, algunos investigadores —particularmente Peter Duesberg, *Inventing the AIDS Virus*— dudan seriamente del origen viral del SIDA.

y atormentada. La violencia devastadora del SIDA se debe, más que nada, a la forma en que lo hemos visto, a cómo lo hemos concebido, a cómo lo hemos valorado y a cómo hablamos de él; a lo que decimos y a lo que callamos, a las miradas y a los gestos que le dirigimos, a las actitudes que se manifiestan —tanto en los espacios públicos como en los privados— hacia los portadores de VIH y hacia los ya diagnosticados con SIDA. En otras palabras, se debe a las respuestas sociales que se han dado; lo hemos dimensionado hasta no podemos adaptar a él: lo hemos desbordado.²

El SIDA, en su calidad de evento, sorprendió y no deja de sorprender, tanto a los individuos como a los grupos sociales; ha sacudido verdades institucionales y fracturado las relaciones interpersonales. La sorpresa, aunada al temor, siempre mueve a un inadecuado cuadro de respuestas de tipo social e individual.

En la actualidad, una enfermedad puede sorprender a los individuos, pero difícilmente al grupo social,³ y cuando un grupo social no es susceptible de sorprenderse por un evento, el individuo —enfermo o no— es capaz de beneficiarse, en alguna medida, de la tranquilidad social. Sin embargo, el SIDA sí sorprendió y, contra lo que pareciera, sigue sorprendiendo y desconcertando a individuos y grupos.

Pero ¿cuál es la razón de que el SIDA sorprendiera?

Tras el descubrimiento de tratamientos médicos, muchas veces engañosos y ambivalentes (v.g. el uso de vacunas y antibióticos), que prometían un manejo de las epidemias, los individuos y la sociedad civil nos desentendimos y enajenamos de muchos fenómenos patológicos: nos permitimos el lujo de pensar que las epidemias habían sido vencidas, que formaban parte del pasado. Ingenuamente llegamos a imaginar que ya no eran capaces de amenazar con exterminios masivos. Con demasiada ligereza queremos ver la realidad como inmutable y, lo que es peor, como conocida. En tanto que pensábamos que se conocían las posibles epidemias, y que en consecuencia podían detectarse y tratarse, nos permitimos creer que estaban bajo control. Se pensó que todo posible brote sería detenido, porque contábamos con los medios para curar, así como con la capacidad para controlar la expansión.

² En los pocos años que han transcurrido desde que se identificaron los primeros signos alarmantes, hemos podido conocer más del SIDA, como padecimiento, que sobre otras enfermedades anteriormente concebidas; sin embargo, al mismo tiempo lo hemos magnificado más allá de nuestras posibilidades de controlarlo y entenderlo.

³ Esto, por la misma mirada apocalíptica que permea el ánimo en sociedades de corte judeocristiano, parece estar cambiando al final de milenio, como respuesta adaptativa al miedo y a las expectativas escatológicas del discurso médico social.

Ante el SIDA respondimos con una ingenuidad e irresponsabilidad imperdonables. Como protagonistas del final del siglo XX –siglo de oro de la tecnología–, llegamos a sentirnos protegidos por nuestros instrumentos y nuestros saberes, sin querer reconocer que nuestra mayor fragilidad radica en lo que Giordano Bruno llamaba: *la ilusión de saber*. No concebíamos como posible que una enfermedad desconocida pudiera sorprendernos y avasallarnos.⁴

Pero el SIDA se hizo presente y comenzó a propagarse antes de ser percibido e identificado, entre los ires y venires de la vida cotidiana (de ahí el tratamiento intimista que se ha pretendido hacer creer que se le da). El SIDA surgió silencioso (de ahí los murmullos individuales y el enmudecimiento social) y se detectó tarde y con asombro porque dormíamos en nuestros laureles (de ahí la actitud prepotente de los custodios, tanto de la salud como de la economía y la moral). Lo abordamos y lo tratamos tarde y mal, por lo que finalmente avasalló tanto al individuo como a los grupos sociales. En consecuencia, el avasallamiento es actualmente abrupto y polimorfo.

Para Susan Sontag (1989) el SIDA, como anteriormente otras realidades patológicas (v.g. la lepra y el cáncer), tiende a ser metaforizado; es decir, en torno y en función de él se generan múltiples significados y variadas mitologías. Mitologías que van desde las pretensiones de la ciencia ficción hasta las perspectivas apocalípticas. Mediante las sucesivas transformaciones conceptuales que se han hecho del SIDA, y a partir de cómo éstas inciden en el ánimo de los individuos y en el contexto social, se agregan pesos a una realidad que termina por desbordar los límites de lo concreto para permear los espacios de la abstracción. El evento patológico incide violentamente en las vivencias, lo que dificulta los medios para enfrentarlo y contrarrestar sus efectos.

El SIDA fue visto, primero, como algo que llama la atención: un caso clínico extraño.⁵ ¿Cómo era posible que un hombre joven, bien alimentado y aparentemente fuerte, presentara un severo cuadro de neumonía, provocado por el *Pneumocystis carini*?

Después, el SIDA fue contemplado como un fenómeno difícil de explicar... más cuadros de pneumocistis y algunos casos de sarcoma de Kaposi, en hombres igualmente jóvenes y aparentemente fuertes, comenzaban a presentarse en más de un sitio: Nueva York, San Francisco, Los Ángeles y París

⁴ Como durante la Edad Media lo fuera la peste, en el Renacimiento la sífilis y a principios del presente siglo la influenza.

⁵ Un caso que, como reporta Dominique Lapierre (1990), en 1980 fuera llamado *el enigma en la habitación 516*.

(y más tarde se supo de una gran cantidad de casos en algunas regiones de África). Posteriormente, el *Center for Disease Control* (CDC) de Atlanta, promovió e inició una rigurosa y detallada búsqueda de características afines entre los casos reportados, pretendiendo acceder con ello a posibles explicaciones. Tales iniciativas determinaron, amén de paranoias y recelos entre algunos sectores sociales,⁶ ridículos y acientíficos bautizos y estereotipias. Se asoció el fenómeno a un cierto tipo de individuos: hombres homosexuales, por lo que comenzó a denominarse cáncer gay y linfadenopatía gay (en México se habló después, en este mismo tenor, de cáncer rosa o cáncer lila). Con ello, se propició la generación de mitologías saturadas de prejuicios, se incrementaron actitudes homófobas, racista y misóginas: señalamientos, vigilancias y persecuciones; y concomitantes reacciones, por ejemplo, la resistencia de los homosexuales a colaborar con propuestas sanitarias y preventivas que vinieran de los sectores de salud oficiales, e incluso la confrontación entre homosexuales, en una especie de guerra intestina. Se sembró la desconfianza en todos los ámbitos porque se sembró en la emoción.

Las pesquisas médicas, sin embargo, tuvieron que concluir que no se trataba de una enfermedad asociada a un tipo de preferencia sexo-erótica.⁷ No obstante, la tendencia y el espíritu de las interpretaciones casi no varió en forma y mucho menos en fondo –espíritu.– Cuando los casos comenzaron a presentarse entre negros, se fortalecieron las actitudes racistas, cuando en drogadictos por vía intravenosa y en prostitutas, la tradicional intolerancia hacia tales grupos se agudizó. Lo que hoy llamamos SIDA se imaginó como un mal asociado (si no derivado) de la marginalidad. El blanco no era ya un sólo sector en particular, sino todos los individuos socialmente indeseables. No debe extrañarnos que, poco a poco, el fenómeno creciera ante los ojos sociales, más que como un infortunio como un designio, y hasta se le llegara a atribuir una función punitiva (a todas luces moral): castigo divino o pago por el libertinaje sexual.

Las primeras alarmas reales (de la sociedad en general) se dieron cuando los llamados médicos detectives de Atlanta comenzaron a detectar casos entre hombres y mujeres que no eran considerados indeseable sociales: hemofílicos y transfundidos en general, así como recién nacidos.⁸ Fue

⁶ Sectores primordialmente marginados: homosexuales, negros, prostitutas, etcétera.

⁷ Lo que desde un principio no era más que una suposición ridícula, que evidenciaba imperdonables ignorancias sexológicas.

⁸ El SIDA infantil es, sin duda, un catalizador de las políticas, tanto gubernamentales como religiosas, y la presencia del padecimiento en recién nacidos desencadenó un cierto grado de sensibilización, al tiempo que acrecentó fobias y discriminaciones. La bisexualidad entraría a protagonizar el lado oscuro de la pandemia, convirtiéndose en el receptor de todo tipo de miradas.

entonces cuando se hizo evidente el espíritu punitivo que ya imperaba y se comenzó a denominar a estos nuevos casos víctimas inocentes, con lo que quedaba explícitamente aceptada una culpabilidad en los primeros.

Otro sector de la comunidad científica se abocaba a la búsqueda de un agente patógeno, así como a precisar las características más típicas (frecuentes, constantes) del fenómeno: síntomas y signos reportados se transformaban en las pinceladas que hacían brotar, en el lienzo de la medicina, el retrato del padecimiento.⁹ Ello, movió a rebautizar al padecimiento –más bien, al cuadro de padecimientos– con un nombre pretendidamente descriptivo, aunque a todas luces también impreciso: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida... (SIDA o AIDS).¹⁰

En menos de diez años el evento sorpresivo fue socialmente detectado, explicado e interpretado de muchas maneras –así como capitalizado–, no pocas veces con un carácter político o religioso. El SIDA pasó desde el principio (y sigue pasando) por los tamices ideológicos de una moralidad imprecisa. Se ha dicho que es, desde un mal generado por los intereses militares de los Estados Unidos, producto de experimentación en laboratorios del Pentágono hasta un castigo divino, equiparable a la destrucción de Sodoma y Gomorra. En consecuencia, desde las izquierdas políticas hasta los conservadurismos ideológicos más extremos, pasando incluso por los fundamentalismos ecologistas, el SIDA ha sido metafórico como jinete apocalíptico.

Una amplia y peligrosa mitología rodeó desde el principio al fenómeno, obstaculizando todo abordaje racional y motivando una amplia gama de respuestas sociales de tipo afectivo (aversivo); las más, sustentadas en prejuicios milenarios e ignorancias; las menos, en los afectos y las miradas –y posibilidades, incluso terapéuticas– del placer. En el tratamiento del SIDA, tanto teórico como práctico, –familiar, médico, religioso y legal– hemos intentado todo aquello que distancie a la salud del hedonismo y muy poco de aquello que los una o los pudiera hacer coincidir. En la medida en que los placeres remiten al individuo (y son íntimos) y los displaceres al concierto –la organización– social, negamos toda posibilidad de vínculo entre el placer y los tratamientos médicos y las políticas de salud.

⁹ Otro retrato se propondría como respuesta: *el retrato de la salud...* una imagen, un *look* convincente que hablara, más que de estética, de fuerza, de inmunidad incluso. Los gimnasios (y sus rituales), a finales del segundo milenio, cumplen una función casi mística, comparable quizás a los monasterios y a las ermitas al final del primer milenio.

¹⁰ Diversas enfermedades, así como no pocas intervenciones quirúrgicas son productores de síndromes inmunodeficientes (adquiridos, a todas luces); por lo que, en sentido riguroso, todos hemos experimentado, en más de una ocasión, síndicos diversos y de variada magnitud.

Es más que lamentable, pero no tiene por que parecernos extraña, la cadena de respuestas dadas a partir de la identificación del SIDA. Al ver que se trataba de una epidemia, que pronto se significó como pandemia, se le contempló no sólo como un problema de salud pública, sino también como agente desordenador de la sociedad. Y al descubrirse que una de las posibles vías de transmisión (del VIH o de lo que lo causara) era el contacto sexual, se le identificó como un evento desordenador producido por desórdenes individuales vinculados con el hedonismo: se comenzó a ver al individuo como el responsable del fenómeno.

De la misma manera, muchos piensan a Cristo como la encarnación de Dios, los individuos y sus sexualidades encarnaron la amenaza y el peligro sociales, encarnaron el desorden, encarnaron al SIDA.

Ante tal desorden, el sistema social se preocupó por más bien, se ocupó de ejercer un mayor control sobre el comportamiento sexual de los individuos: había que recuperar de inmediato el orden y, posteriormente, controlar los efectos sociales que se derivaran del fenómeno patológico. Una vez más, los intereses de un orden social que facilita o garantiza el ejercicio del poder, dominaron sobre los intereses y las necesidades de los individuos... pese a que los individuos son quienes dan cuerpo y movimiento al grupo social.

Un manto de negaciones y movimientos disimulados comenzaron a darle un contorno al SIDA, invadiendo las estrategias de prevención e incluso de tratamiento. El problema más alarmante –y patologizante– surgió cuando se intentó esa recuperación del orden perdido, mediante la imposición moral, médica, legal, política, religiosa y anímica de ocultamientos y silencios.

El ocultamiento (aislamiento, ghetto) y el silencio (invisibilidad, censura) han sido métodos que históricamente, más que una solución de los fenómenos que se ven como amenazas (y los problemas que puedan acarrear éstos), permiten mantener un cierto equilibrio en el interior del sistema social: alimentan y protegen al aparato administrativo (y teórico) del orden hegemónico. Enfrentar un evento expansivo como es el SIDA, mediante una estrategia de ocultamientos – fingimientos y apariencias–,¹¹ responde a una lógica, a todas luces absurda, que pretende la inexistencia, o por lo menos la inmovilización de algo, cuando ese algo no se hace evidente (no se habla de ello) o se le impide el tránsito a los individuos que se identifican con el

¹¹ Toda estrategia de ocultamiento exige la elaboración de apariencias y la promoción de fingimientos, para evitar que los vacíos dejados por lo ocultado resulten sospechosos o que en ellos se precipiten las estructuras.

desorden que se desea evitar. En nuestro contexto socio-histórico, sin embargo, es frecuente la utilización de este tipo de lógica, a la que podríamos llamar *lógica del avestruz*. Y es precisamente a partir de tales perspectivas y formas de responder, que se desprende todo un arsenal de leyes prohibicionistas (v.g. en relación a las drogas, al aborto, a la pornografía, a la prostitución y a la homosexualidad); leyes que, a fin de cuentas, lo único que consiguen es una magnificación del fenómeno y como reacción una actitud de resistencia social (vía la violación de la ley), mediante rutas clandestinas –un tipo de ocultamiento llama a otro–. Desde siempre y en todas las latitudes, el prohibicionismo ha generado más problemas de los que ha pretendido evitar o solucionar.

Esta lógica social se basa en la imposición de invisibilidad y en la satanización de lo que se califica de indeseable; argumentando una falsa protección de los más, mediante el sacrificio y el ocultamiento de los que se piensa son una minoría. Se desea negar o, incluso, a veces no consiguen darse cuenta de que las mayorías son una realidad abstracta, virtual, porque siempre se componen de minorías que se coinciden en un punto o en un momento (por estrategia, por coyuntura o por imposición).

El SIDA se inscribió, en la lista de los eventos que se intentaron controlar (o mediatizar) por medio del recurso opresivo y represivo, del aislamiento. Pero, para ello, fue necesario metaforizarlo una vez más, vía los discursos del terror, convirtiéndolo en designio, culpa, vergüenza, miedo y peligro social. Una vez conseguida la horrorificación del fenómeno y de quienes lo encarnan, se pasa a la territorialización:

1) **Se territorializa el ocultamiento.** Se definen (y administran) los espacios del silencio y la invisibilidad: la cama, la habitación, el hogar, la escuela, el hospital, el manicomio, el asilo, la cárcel, el campo de concentración, etcétera.

2) **Se territorializa la vivencia del SIDA.** Se destierra al SIDA del concierto social, mediante el destierro del individuo que lo encarna; el seropositivo para VIH y el enfermo deben dejar de participar de los afectos y las dinámicas sociales.

Como ya han apuntado autores como Michel Foucault (1986), las cárceles, los hospitales, los manicomios, los orfanatorios y muchas otras instituciones (vueltas territorios demarcados por el sistema) se significan como espacios de aislamiento, y no de soluciones.¹² Es decir, el ocultamiento y

¹² El animal humano modifica la territorialidad, accediendo a espacios demarcados por otros y en los que los usos y la captación de recursos son delimitados por un discurso de supremacía; el territorio se socializa a expensas del uso que de él puede hacer el individuo. El territorio debe, antes que otra cosa, garantizar la supervivencia de la organización social.

el silencio son mecanismos que permiten las apariencias del orden y, por tanto, son útiles recursos para el ejercicio del poder. Sin embargo, con el aislamiento no se logra la desaparición del agente desordenador (en este caso, tanto el agente patógeno como el fenómeno SIDA en su conjunto [individuos incluidos]) y tampoco se consigue limitar su expresividad. En realidad, es un recurso que sólo permite tranquilizar a las conciencias miopes y responder a los requerimientos de una ambigua decencia social, que facilita el ejercicio de un control de los individuos. El sistema se protege levantando un muro que dibuje los contornos de la decencia pública (el reino de las intangibles buenas costumbres); y, todo ello, a costa de concentrar las angustias en los individuos y acrecentar las consecuencias inmediatas del fenómeno patológico. Baste recordar, a modo de ejemplo, que por lo menos en la ciudad de México y ante la llegada de Juan Pablo II, de la noche a la mañana desaparecieron las tibias campañas de prevención y del uso del condón; independientemente de que la población requiriera de una constante y efectiva campaña de prevención y concientización del problema.

Pero ¿cómo se viven el silencio y el ocultamiento en el ambiente metaforizado del SIDA?

Mediante el recurso del silencio y del ocultamiento, el conjunto social secuestra y aísla al individuo de su contexto vital, negándole una existencia pública, con la falsa explicación de que con ello se consigue limitar la expresión y la expansión de un mal. Los contornos de esta falsa –pero pragmática– decencia terminan por convertir a la persona en la encarnación del agente patógeno en sí; hacen que se la identifique como aquello que encarna el desorden¹³ y que, al mismo tiempo, encarna a la vergüenza y a la culpa. Es decir, se presupone que el individuo necesariamente debe avergonzarse y culpabilizarse por vivir en la miseria, por ser negro, indígena, homosexual, enano, paralítico cerebral, alcohólico... por padecer SIDA. Así, una vez que el individuo es visto como la encarnación de un fenómeno o evento indeseable, se pasa a lo siguiente: transformarlo en amenaza pública.

El secuestro es una derivación de toda política de ocultamiento... Para aislar, en relación al SIDA, el discurso hegemónico se sirve también de los resultados estadísticos de las encuestas epidemiológicas; mismas que permiten secuestrar de la vida a los seropositivos y enfermos, convirtiéndolos en cifras en el conglomerado de las casuísticas: el individuo deja de ser contemplado como miembros de la sociedad, como persona generadora de afectos, para ser convertido en cifra y en caso. El seropositivo para VIH y el enfermo son colocados al margen de la vida cotidiana del grupo; de ahí que, como reacción, surjan diversos grupos de autoayuda –muchas veces improvisados– y propuestas como el *Names proyect*.

¹³ Léase: *el pecado, la enfermedad, el delito, la inmoralidad*.

El objetivo subterráneo (y utilitario) de las políticas de aislamiento-ocultamiento es crear una ilusión: no se enferman ni mueren los individuos sociales, sino los casos periféricos que desordenan. Con el fin de consolidar la falsa idea de que el padecimiento se circunscribe a un identificado sector por demás marginable, en tanto que diferente, distante y ajeno a lo que se pretende aglutinar en la imprecisa noción de población general. Socialmente, se busca la tranquilidad y el orden del sistema, del marco ideológico y de las instituciones (todas ellas de carácter político-económico), presentando la realidad desde una perspectiva diseñada y construida para tal efecto: la sociedad está rodeada, no permeada por el evento patológico. En consecuencia, se concibe y publicita la existencia de grupos de riesgo... algo así como ríos humanos, que pueden cruzar el espacio social sin confundirse con la población general, o bien, una especie de islotes claramente distinguibles en medio del tranquilo mar que es la sociedad.¹⁴

El mismo manejo estadístico que hacen los organismos oficiales correspondientes evidencia esta realidad: están más preocupados por la apariencia del orden decente que por conocer e informar sobre la realidad y, así, poder actuar en consecuencia.¹⁵ Sólo como un ejemplo del uso manipulado que se hace del recurso estadístico (que en México con frecuencia tiende a limitarse a simples e inútiles porcentajes), cabe subrayar lo siguiente: mientras que en los reportes epidemiológicos oficiales se especifican y separan grupos de hombres homosexuales y de homosexuales drogadictos, no se hace otro tanto con los heterosexuales; se silencia la sexualidad de aquellos drogadictos que no son homosexuales, para evitar la asociación entre una noción deseable: la heterosexualidad, con otra indeseable: la drogadicción.

Asimismo, son invisibilizados los casos de seropositividad para VIH o SIDA entre lesbianas, y si una mujer homosexual no reporta relaciones heterosexuales, ni drogadicción, ni transfusiones que puedan explicar la posible causa de su infección por VIH, pasa a engrosar las filas (casuísticas) de un apartado que sirve de cajón de sastre, causa de la infección: *desconocida*. Esa invisibilidad social e histórica (crónica) de la lesbianidad resulta, en relación al SIDA, criminal; coloca a las mujeres homosexuales en un espacio al que no van dirigidos ni discursos ni acciones (campañas y posibles recursos) de prevención.

¹⁴ A nivel de la vida cotidiana del grupo, los grupos de riesgo se significan como referente: *yo estoy bien, tú estás mal, yo me gano el lugar que ocupo, tú te mereces el destierro*.

¹⁵ Con lo que no sólo se beneficiaría a los directa o inmediatamente afectados, sino a la población en su totalidad. La construcción de espacios y nociones para conjuntos de afectados, nos habla del uso del espacio, reservado a aquéllos que aún cumplen con algunas expectativas del orden social.

Cada día son más los casos de mujeres lesbianas infectadas, que los organismos oficiales de salud (—sic— por lo de salud) se niegan a reconocer.

El discurso masculinista de la política (economía, moral, estética y docencia) sexual oficial encasilla a las mujeres en *una sexualidad dependiente del hombre...* falocentralizada. La inexistencia de la lesbianidad se debe a que no pueden existir en un marco referencial centrado en la figura (y anatomía funcional) del macho;¹⁶ y si las lesbianas no existen, para el sector salud tampoco existe la razón de procurar campañas específicas que prevengan la infección (vía sexual) entre mujeres.

Las estrategias del ocultamiento, no obstante, no se limitan a silenciar la existencia de los individuos y/o fenómenos desordenadores, sino que —como se apuntó— tienden a territorializarlos; se ocupan de cercar y marginar (buscando, por medio de la educación y la religiosidad, que se de la automarginación). Es una estrategia tentaculada que abarca numerosos aspectos, incidiendo en más de una dirección. Sin embargo, su epicentro funcional radica en la imposición de una noción, de un concepto, de una clasificación: los grupos de riesgo.

El concepto epidemiológico de grupo de riesgo tiene, sin duda, un cierto valor operativo, dentro de un contexto especializado (en el espacio limitado de un idiolecto epidemiológico); pero la falta de rigor en su manejo (en los espacios de los lenguajes periodísticos, económicos y políticos), determina más de una imprecisión que genera interpretaciones y expectativas erradas (incluso entre los mismos epidemiólogos). El significado original (operativo) del concepto se diluye, dando origen a otras nociones que mueven a respuestas socio-afectivas. Hoy por hoy, para el ciudadano común y para los mass media, el concepto grupos de riesgo significa conjunto de individuos responsables de la epidemia, culpables del SIDA y, por extensión, un tipo de gente peligrosa.

El manejo social (político y periodístico) que se ha hecho de la terminología médica, en general, y del SIDA, en particular, configura, en el ámbito cotidiano, la conciencia de que se trata de un padecimiento circunscrito a un reducido número de individuos; pero que, al mismo tiempo, existe la posibilidad de que se desborde y el peligro (y sus consecuencias) se cierna sobre todos. Ello implica que se

¹⁶ Para el hombre de la calle, como para las instituciones del Estado, la lesbianidad no puede existir (y es transparente) en tanto que supone una sexualidad que no se realiza en función del pene. Al igual que la reina Victoria, cuando le propusieron que la ley castigara las conductas lésbicas, parecen sorprenderse: *¿Pero qué pueden hacer dos mujeres solas?*

trata de algo que atañe a los responsables y que puede evitarse erradicando a los culpables... ¿cómo? quizás cuadriculando la vida social en cuatro posibles (insostenibles) sectores, distribuibles diferencial y separadamente en el espacio público:

1) **Individuos sanos e inocentes**,¹⁷ con derecho de paso (acceso) por todo el espacio público y con derecho a demarcar y defender sus espacios privados.

2) **Individuos aparentemente sanos, pero peligrosos – tal vez trasmisores–**,¹⁸ sin derecho al tránsito; limitados a espacios aislados: *ghettos*, hospitales y/o cárceles o similares, con la posibilidad (no deseable) de acceder a espacios privados.

3) **Individuos enfermos e inocentes**,¹⁹ sin derecho al tránsito, limitados a espacios aislados: hospitales, asilos y sidarios, sin derecho a más espacio privado que sus camas, pero merecedores de la confianza, del cariño y de las ayudas que la sociedad pueda ofrecerles.

4) **Individuos enfermos y culpables**,²⁰ sin derecho al tránsito; limitados a espacios aislados: hospitales, asilos, sidarios y/o cárceles o similares; sin derecho a ningún tipo de espacio privado ni al apoyo social.

No obstante, los organismos oficiales y las políticas de salud pública no pueden dejar de reconocer que las realidades patológicas (y más aún, las epidémicas) nunca son periféricas, siempre e inevitablemente son sociales; de ahí que se hable orgullosa y descaradamente de vigilancia epidemiológica. Y que en México se promoviera la constitución de un organismo oficial encargado de ella: el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE). Al hacerlo, se desenmascara a la medicina (oficial) como un instrumento de dominio social (un dispositivo), más que de asistencia (como eufemísticamente se presenta).

La vigilancia nunca es una acción que se da en el vacío; toda vigilancia lleva implícita una desconfianza y una intencionalidad punitiva. Si algo se vigila es porque ese algo

es señalado como amenaza o indeseable e incluso, se le ha calificado de indebido, ilícito o, cuando menos, atentatorio. Si se busca vigilar es porque se tiene la intención de controlar y, posteriormente, poder castigar a los responsables del desorden (o portadores del agente desordenador). La secuencia o itinerario estratégico es: concebir, identificar, describir, calificar, desacreditar, clasificar, detectar, ubicar, vigilar, aislar, reprimir y/o castigar a los presuntos responsables.

La redacción y aprobación del artículo 199 bis del Código Penal para el Distrito Federal, en materia de fuero común, y para toda la República, en materia de fuero federal, es la más directa y clara prueba de lo anterior:

“El que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio infectante, será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa”.

“Si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión”.

“Cuando se trate de cónyuges, concubenarios o concubinas, sólo podrá procederse por querrela del ofendido” (Diario Oficial de la Federación, 21 de enero de 1991).

Texto tendencioso que no sólo manifiesta una evidente intencionalidad persecutoria, sino que incluso va más allá: condena *a priori*, al tiempo que condiciona y limita la existencia social de los individuos. Tipifica como delito el riesgo, es decir, algo que no ha sucedido (“...ponga en peligro de contagio...”). No pretende perseguir al autor de un hecho consumado, sino a todo aquél que pueda significarse como posible trasmisor de un padecimiento infecto-contagioso. Ahora bien, tras haber convertido a homosexuales, prostitutas, drogadictos y hemofílicos en grupos de riesgo, todos los que pertenezcan a tales grupos se convierten automáticamente en delincuentes o cuando menos, en sospechosos. Más aún, si tenemos en cuenta de que previamente—vía los *mass media* y las filípicas de las morales fundamentalistas— el SIDA se ha convertido en sinónimo de homosexualidad masculina, prostitución, hemofilia y drogadicción.

El mencionado artículo se nos presenta, por tanto, como arma (de doble filo) encargada de mantener el orden establecido—desde la heterosexualidad— facilitando los medios para el ocultamiento (aislamiento y silenciamiento). Por medio del artículo 199 *bis*, se persigue la simple (y quizás

¹⁷ Individuos heterosexuales, no drogadictos, no dedicados a la prostitución, no diagnosticados y se supone que seronegativos para VIH, aunque no se hayan hecho ninguna prueba de laboratorio.

¹⁸ Individuos homosexuales y/o drogadictos y/o dedicados a la prostitución, que no han sido diagnosticados, pero que *encarnan al SIDA*, aunque sólo sea en imagen.

¹⁹ Individuos heterosexuales hemofílicos, no drogadictos, no dedicados a la prostitución o bien, niños, recién nacidos, VIH+ o ya diagnosticados con SIDA.

²⁰ Individuos homosexuales y/o drogadictos y/o dedicados a la prostitución, con resultados VIH+ o ya diagnosticados con SIDA.

hasta improbable) puesta en riesgo de una infección;²¹ sin embargo, para no inmovilizar al conjunto social (que mayoritariamente incluye a inocentes y decentes ciudadanos *-sic-*), el instrumento legal especifica que el individuo sólo puede ser considerado culpable si es conocedor de su estado de salud y de su calidad de infectante. Con ello, todo individuo tiene la coartada legal para oponerse a los intentos epidemiológicos por conocer los alcances reales de la infección por VIH.

El orden y el control se muerden la cola, en un círculo vicioso de obstaculización mutua. Ante aquél que opte por desconocer su estado serológico, oponiéndose a que se le practiquen las pruebas de laboratorio correspondientes (a lo que tiene derecho, según la OMS y la ONU, en general), no puede esgrimirse el delito... queda desactivado el recurso legal. Ninguna posible transmisión de un agente patógeno puede ser considerada delictiva y, por tanto, penada, en tanto que el individuo trasmisor de dicho agente no se sepa enfermo o en periodo infectante; es decir, mientras desconozca (en el caso VIH) su condición de seropositividad. Si bien no podemos argumentar desconocimiento de la ley para librarnos del peso de sus sanciones, sí podemos argumentar desconocimiento médico —qué es contagioso y qué no— y de nuestro estado de salud —condición serológica, en el caso VIH—.

No debe extrañarnos (aunque sí indignarnos) que, en consecuencia, innumerables empresas e instituciones, tanto públicas como privadas (v.g. Pemex, Televisa, la banca y la Secretaría de Gobernación, entre otras) hayan obligado a sus empleados a someterse a pruebas de laboratorio y, posteriormente, se les negara (o niegue), sin ningún fundamento médico válido, el derecho al trabajo a todos aquéllos que arrojaban resultados *VIH+*.

La redacción (saturada de errores) y la aprobación del artículo 199 *bis* son, a todas luces arbitrarias y ridículas (amén de violatorias de los derechos humanos), pues a todos nos convierte en responsables de la salud de los demás, por el simple hecho de vivir en sociedad y vernos constantemente afectados por padecimientos infecto-contagiosos. La pretendida aclaración que hace referencia a enfermedades graves, evidencia un mal manejo de la terminología, así como un total desconocimiento por parte de las autoridades legislativas, de la realidad biológica y de la medicina (y más concretamente, del SIDA).

²¹ De ser correctos los conocimientos que se tienen en torno al VIH y a la historia natural de la enfermedad (v.g. los largos periodos de ventana), no es posible saber a ciencia cierta cuándo, cómo y de quién se infectó un individuo, si éste lleva una vida sexual activa y/o ha tenido transfusiones y/o ha podido entrar en contacto con líquidos corporales de otros -a través de cortadas, por ejemplo-; en consecuencia, el artículo en cuestión permite una política de persecución y sanción a ciegas, azarosa.

Partamos de una premisa; la gravedad de las enfermedades es siempre virtual. De hecho, las enfermedades *per se*, no son graves; es el estado de salud del individuo, por el padecimiento que fuere el que puede llegar a manifestar gravedad (calificarse de grave). Lo que para un individuo puede significarse como un estado patológico leve (v.g. la gripe, a la que no le solemos prestar demasiada atención ni darle importancia social), en otro individuo puede manifestarse con gran virulencia y determinar estados patológicos severos, incluso, significar la muerte.

El mismo fenómeno SIDA pone en evidencia tal realidad; casi cualquier individuo puede verse infectado por *Pneumocystis carini* o padecer *toxoplasmosis*, sin que se vea mayormente alterado su estado general de salud; mientras que para un individuo en particular, cuya respuesta inmunitaria sea deficiente, esos mismos agentes patógenos o cuadros clínicos se significan como serias amenazas... comprometen gravemente la vida del individuo. Es por eso que, en repetidos foros se ha denunciado el craso error (sí así se le puede llamar) que supone el querer explicar y tratar las enfermedades sin particularizar los casos. Los seres humanos no somos ni fotocopias ni clones y, por lo mismo, cada individuo responde de manera diferente, tanto a un agente patógeno como a un tratamiento médico.

¿Son aceptables las generalizaciones, en materia de salud, que se pretenden desde los cuerpos legislativos?

¿Cómo legislar y castigar en función de enfermedades, sin contemplar variabilidad, susceptibilidad y circunstancialidad?

Podríamos decir que el tan mencionado artículo obedece a una política de tutelar y proteger la salud de los mexicanos y la de todos aquéllos que residen en el país. Sin embargo, tales tutelajes y protecciones son virtuales, en tanto que son a costa de restringir e incluso deteriorar aún más la salud de aquéllos que son convertidos en delincuentes potenciales: los seropositivos asintomáticos y los ya enfermos.

La tipificación de un delito, en los términos en que señala el artículo 199 *bis*, no es más que un desafortunado intento por disciplinar a los individuos por medio de la amenaza de inmovilizarlo; y ello, ante la imposibilidad real de tratar, terapéutica y socialmente, epidemias como el SIDA. No se requiere de un análisis muy profundo para descubrir que los planteamientos del susodicho artículo y su misma redacción, violan garantías individuales y contienen no pocos errores médicos y jurídicos (amén de sintácticos). De aplicarse la ley, con rigor y al pie de la letra, los portadores del VIH (y de otros muchos agentes patógenos) no sólo tendrían vetada

su vida sexual,²² sino incluso el derecho al trabajo, al deporte y al libre tránsito; un accidente cualquiera (y como tal, azaroso) convierte la propia existencia social del sujeto en un riesgo de transmisión del VIH a otros.²³

Dado que no se cuenta con los medios para desaparecer al presunto agente viral, se promueve la amputación social de todos aquéllos que, directa o indirectamente, están señalados por su existencia: **los que encarnan al SIDA.**

Con relativa facilidad se adoptan medidas punitivas para mantener el orden social, pero difícilmente se ofrecen leyes que garanticen que a un seropositivo para VIH o a un enfermo se le brinden los apoyos sociales que requiere para proteger su calidad de vida. En México, concretamente, ninguna ley establece y obliga a que sólo se realicen las pruebas de ELISA para VIH a solicitud del individuo (tales preceptos se expresan a modo de sugerencia); muchos menos se tipifica como delito la discriminación de los individuos en función de su seropositividad para VIH o por su preferencia sexo-erótica (después de que la homosexualidad y la bisexualidad han sido sidaizadas por la opinión pública). Por el contrario, las mismas leyes si no establecen, cuando menos avalan discriminaciones.²⁴

¿Por qué? Porque las leyes, más que proteger a los individuos, protegen –vía instituciones altamente discriminatorias– al orden establecido (el discurso hegemónico) que garantiza el ejercicio del poder. Consecuentemente, los representantes de la ley y del sector salud, como se puede ver diariamente (tanto a nivel privado como a nivel público), son los primeros en agravar el estado de salud de los individuos, promoviendo o tolerando la estigmatización, la discriminación, la extorsión y la persecución.

A lo largo de la historia social de occidente, para la implantación y conservación de un orden que aspira a ser hegemónico, se ha propuesto clasificar (para distinguir) a los individuos, y una vez clasificados, asociarlos a algo para su identificación... sea un apellido –que habla de linaje–, un nombramiento –que hace referencia a privilegios y

obligaciones– o la imposición de una marca o estigma –que permite señalar al individuo que lo soporta–. Un estigma vuelve identificable (diferenciable) al individuo y puede ser fácilmente evitado y/o reprimido.²⁵ Desde el principio, la misma noción de seropositividad para VIH se significó, anímica y socialmente, como un estigma.

Ahora bien, como todos somos producto de una socialización que introyecta valores de obediencia, los individuos marcados por el VIH son orillados a verse a sí mismos desde la perspectiva social y a tratarse (consciente o inconscientemente) con el rigor que impone tal perspectiva. El estigma no sólo mueve a respuestas sociales; el mismo individuo estigmatizado tiende a modificar su autopercepción y a responder contra sí mismo, a la manera del resto de la sociedad, devaluando su autoimagen y su autoestima. Quien encarna al SIDA, aunque sólo sea por su preferencia sexo-erótica, del ejercicio de la prostitución o de la seropositividad para VIH, es socialmente presionado a reconocerse expulsable del conjunto social. No sólo son excluidos por los otros, sino que ellos mismos se excluyen: se aíslan y se ocultan y/o se obligan a guardar silencio (ocultar sus emociones y necesidades) y a fingir (mimetizarse) para intentar acceder a la vida pública y conservar el trabajo, los afectos y las posibilidades de una vida ¿digna?

Inmersos y absorbidos por la lógica social que obliga al mimetismo o al aislamiento, el individuo marcado por el estigma se impone las disciplinas que el orden hegemónico establece: se avergüenza, se culpa, se devalúa y se rechaza a sí mismo (y a los que son o están como él). A la par que la sociedad civil impone la consigna afectiva, moral y legal de apartar al individuo, éste se vive en la consigna de invisibilizarse (o a ocultar –invisibilizar– aquello que lo señala o marca). En consecuencia, no es infrecuente que el individuo pretenda eludir el estigma mediante un mecanismo psicológico de defensa dirigido a su realidad: la negación.

Por medio de nociones y normatizaciones que inciden en el ánimo, tanto individual como colectivo, es posible orillar al ocultamiento, generando un submundo de sentimientos y resentimientos que, por reinar en la clandestinidad, imposibilitan finalmente el buen desempeño del orden social. De ahí, que el recurso que se adopte sea la tipificación de delitos, la persecución, el enjuiciamiento y la respuesta punitiva (amplificando cada vez más el panorama de los

²² El tal artículo no contempla la posibilidad de las medidas preventivas: *sexo seguro* y *sexo protegido*. Una vez más, la ley se desentiende de lo que diga la ciencia y aporte la tecnología, en un afán por mantener el orden (controlar) mediante amenazas.

²³ No pocos directivos de asociaciones deportivas ya han considerado que la seropositividad para VIH sea determinante de expulsión o cese; así como también han manejado argumentos de salud pública para la expulsión de deportistas que se sepa son homosexuales. Recordemos el escándalo moral, disfrazado de preocupación sanitaria, que se dió en 1995 en torno a Greg Louganis.

²⁴ En México se ha llegado hasta el extremo de que en agencias funerarias se niegue el servicio cuando la causa de la muerte es el VIH, o bien, a los deudos se les confina a la más apartada capilla (v.g. Gayosso).

²⁵ Por ejemplo, la *letra escarlata* (sea bordada o marcada en la piel) impuesta a las mujeres adúlteras por los puritanos y los *sanbenitos*, indumentarias impuestas a aquéllos que el Santo Oficio consideraba culpables de algún tipo de herejía. Menos frecuentes son aquellos estigmas, como los de San Francisco de Asís o de Santa Rita de Casia, que señalaban a los elegidos por Dios.

contextos prohibicionistas en que subyacen las políticas internacionales y las ideologías fundamentalistas)... Respuestas desesperadas e inútiles de un orden social avasallado.

El SIDA se ha concebido con todos los ingredientes que garantizan que incida en el ánimo; no sólo porque se contempla y publicita como una amenaza de muerte, sino porque, identificado como enfermedad sexualmente transmisible, mueve a reconocer un desorden personal: nuestra sexualidad. Las irresponsables voces de ProVida y el Vaticano, por ejemplo, aprovechan precisamente esa noción de desorden, para intentar imponer sus normas, sus premisas morales, sus valores, sus perspectivas, sus mitologías... en pocas palabras, sus prejuicios. Pero nos (les) guste o no, la sexualidad humana desborda las políticas sexuales de los Estados y de cualquier tradición moral (o religiosa); se quiera o no reconocer, nuestra sexualidad no coincide con los estereotipos que se manejan en los códigos del orden social (no cabe en ellos). Las posibilidades de la sexualidad de *Homo sapiens* no es reductible a un orden temporal que se sustenta, la más de las veces, en anacrónicas, parciales y subjetivas visiones (interpretaciones) de la realidad.

Sin embargo, en un ámbito permeado por el fantasma SIDA (quizás vampírico), un objetivo del ejercicio del poder es cercar, marginar, estereotipar, silenciar e invisibilizar las encarnaciones sexuales que amenazan (o parecen amenazar) al orden hegemónico: prostitutas, homosexuales y cualquier tipo de encuentro erótico fuera de la heterosexualizada (genésica) institución matrimonial. Para garantizar su permanencia, el orden social se apoya en la creación de sexualidades ilícitas, con el fin de imponer una disciplina reduccionista que sujete –literalmente– a los individuos a un deber ser sexo-social; un orden previamente estereotipado y estereotipante, dadas las ignorancias y prejuicios que le sirven de premisas.

Ahora bien, contra lo que se presupone a partir de tales expectativas, todo ello no genera más que incomunicación en el interior del grupo social; una incomunicación que, ante un evento como el SIDA, termina por obstaculizar toda posibilidad de acuerdos y el acceso a la toma social de efectivas medidas de prevención.

La absurda *homosexualización del SIDA* y la inmediata (y hasta malintencionada) *sidaización de la homosexualidad*, son claros ejemplos de la producción de una *encerrona*, que terminó por agravar la realidad epidemiológica (en contra del mismo orden heterosexual hegemónico): los hombres heterosexuales, que se ven a sí mismos como el prototipo de lo normal, lo decente y lo

socialmente deseable, han sido los últimos en preocuparse y ocuparse del SIDA; llegando incluso a impedir que las mujeres heterosexuales puedan protegerse de una posible infección por VIH.²⁶ En la medida en que tales hombres – como las lesbianas – no se veían (ni concebían) a sí mismos amenazados, por no pertenecer a los publicitados grupos de riesgo, se consideraron (y muchos siguen considerándose) ajenos al problema. Por lo mismo, cualquier hombre heterosexual que desarrolla SIDA, es visto por los demás como sospechoso: posiblemente es un homosexual encubierto (closet), es bisexual y/o drogadicto; visión que se fortalece cada vez más, a partir de que también oficialmente, la transfusión sanguínea no se contempla como posible responsable de nuevos casos de infección.²⁷

El resultado de todo lo anterior está a la vista: un severo y acelerado incremento en el número de casos de infección por VIH entre hombres heterosexuales, mujeres en general, adolescentes de uno y otro sexo (y de cualquier preferencia sexo-erótica) y recién nacidos, mientras que se registran periodos de alentadores decrementos en las tasas de infección por vía sexual entre hombres homosexuales y prostitutas. Fenómeno que no es exclusivo de México, sino reportado mundialmente en diversos países y por la Organización Mundial de la Salud. Sólo en apariencia es paradójico, dada una dinámica social transheterosexualizadora, que la homofobia haya sido la responsable de la tendencia heterosexualización de la casuística del SIDA.

A través de una larga historia sexo-social heterocentralizada y de tintes erotófobos, las sociedades como la nuestra han pretendido reducir la sexualidad humana a un *folklore* reproductivo o pragmatismo genésico, no sólo genitalizándolo (como hiciera Freud), sino estereotipándolo en un restringido marco de binariedad, más maniquea que complementaria: femenino-masculino, pasivo-activo, enfermo-sano, culpable-inocente... Incluso la heterosexualidad, que es la única sexualidad avalada por el orden social hegemónico y por las morales del sexismo, es estrangulada mediante la imposición de una imagen que hace de ella una caricatura y que también la obliga a no pocos silencios, fingimientos y ocultamientos.

²⁶ No es de extrañar, en consecuencia, que el mayor trabajo voluntario –a nivel mundial–, encaminado a combatir la pandemia del SIDA parta de hombres homosexuales y mujeres heterosexuales; dos grupos subvaluados desde la perspectiva del hegemónico macho heterosexual. El menor compromiso de las lesbianas se explica por la ya mencionada invisibilidad y concomitante desvinculación entre SIDA y lesbianidad.

²⁷ A pesar de que toda prueba de laboratorio que se hace a la sangre que se transfundirá –cuando las pueden realmente hacer–, se limita a detectar si hay o no anticuerpos para VIH, sin considerar que dicha prueba puede realizarse en pleno periodo de ventana.

También la heterosexualidad, en tanto que permite el acceso al placer, ha sido cercada por la vergüenza y las culpas. La institución matrimonial, por ejemplo, persigue aislar a la sexualidad del contexto social, enclaustrándola y cercándola con las premisas de una imprecisa (manipulable y manipuladora) decencia; restringiéndola al espacio apartado y amurallado de un orden que fractura a la sociedad en un ámbito público y otro privado. No obstante, el mismo orden hace que la heterosexualidad invada todos los niveles, institucionales, afectivos y comportamentales del concierto social.

En principio, el orden hegemónico transheterosexualiza la realidad social al pretender invisibilizar (o cuando menos anormalizar y patologizar) la diversidad. Una vez puestos en marcha los mecanismos de transheterosexualización, mediante la noción y la institución matrimonio, se busca encerrar (aislar-silenciar-invisibilizar) el ejercicio de la sexualidad, reduciéndola a la privacidad, con el fin de que sólo algunos de sus efectos (v.g. la reproducción, los vínculos familiares, los linajes y algunas alianzas) retroalimenten al espacio público y garanticen la perpetuación del orden establecido. Por lo mismo, no es raro que muchos individuos (sean heterosexuales, bisexuales u homosexuales) lleguen absurdamente a concebir al matrimonio como un ámbito mágico que garantiza inmunidad, en tanto que persigue ocultar ilicitudes. Ingenuamente se ha llegado a pensar (crear, incluso, como dogma de fe), que el matrimonio es premisa y garantía de un orden heterosexual de fidelidad monogámica; así como que los comportamientos y deseos sexo-sociales de los individuos (los posibles desórdenes), se transforman (corrigen) con la simple firma de un acta... El ritual institucional es tenido por fuerza transformadora.

¿Por qué? Pues porque el matrimonio, como institución, se apuntala a su vez en otras nociones, regulaciones e instituciones de vigilancia, tales como la familia; elaborando e imponiendo un cuadro de afectos que anímicamente obligue a respetar las normas y los valores impuestos. Tales nociones pretenden –sin conseguirlo– garantizar una armonía, que se sustente en el respeto amoroso hacia los miembros biológicos (o cuando menos legales) de la familia. Sin embargo, todo ello, en una dinámica de círculo vicioso, tiende a producir un peligroso juego de retroalimentaciones, donde los afectos y los sentimientos dejan de ser tales y se transforman en presupuestos formales carentes de emoción: *si me amas, me respetas... si me respetas, me obedeces... si me obedeces, te amo*. En consecuencia, los amores y los respetos también resultan ser tristemente virtuales.

En otras palabras, todo aquel que no cumpla con las expectativas que *yo me hago de cómo debe ser él (ella) y su vida*, no me obedece; por lo mismo, llego a considerar que, si

no me obedece, no me respeta, y si no me respeta, no me ama... por lo que yo me siento con el derecho de ejercer sobre él un odio, un rechazo, una sanción. La homofobia es, entre otros muchos, un claro y cotidiano ejemplo de esto, y es un poderoso y peligroso promotor de ocultamientos, silencios y, evidentemente, clandestinaje.

La homofobia, en particular, y la erotofobia, en general, como tantas otras fobias sociales, han sido en gran medida (en el caso SIDA) responsables de la ineficacia de las campañas de prevención y de la expansión de la epidemia.

Las instituciones sociales, tanto políticas como morales, son recursos que no sólo garantizan el secuestro y el silencio del individuo, sino que también hacen de él un mercenario al servicio del orden hegemónico. La concepción de pecado, de trastorno mental o físico y las nociones de inmoralidad, pecado y delito, se significan como herramientas para proceder a las diversas modalidades del secuestro (siempre argumentado como acto bondadoso).

La familia, la Ley, la medicina y la Iglesia, se levantan como instituciones vigilantes que secuestran, aíslan y castigan (disfrazadas de protección). Como los hospitales y las cárceles, las iglesias y las familias trabajan para el exterior social, incidiendo en el interior, en el ánimo; reducen al individuo a la categorías de siervo. El individuo es visto, considerado y tratado como sujeto al servicio del orden requerido por el sistema para su perpetuación.

Tanto el que ha sido diagnosticado con SIDA como el seropositivo asintomático, tiende a despersonalizarse para convertirse en el producto de una infección viral y en el objeto de una serie de vigilancias, nociones, exámenes, notaciones, registros y clasificaciones. La presión para conseguir el aislamiento, el ocultamiento y el silencio, se ejerce tanto desde el exterior social, mediante las políticas médicas, la tipificación de delitos y la referencia a los pecados, como desde el interior, mediante la necesidad (intercambio) de los afectos. La manipulación de los afectos introyectados durante el proceso de socialización es la fuerza motora del servilismo: obediencia a la patria, a los padres, a las instituciones, a los intereses de la organización social (léase: Estado, partido político, religión, profesión, etcétera).

Como ya se ha señalado, el individuo marcado por el VIH, y particularmente el que ya ha desarrollado cuadros patológicos asociados, tiende a responder como agente social sobre sí mismo, convirtiéndose en vigilante al servicio del orden hegemónico; por lo que se impone acciones que lo aparten de quienes no lo aceptan y que no contradigan las expectativas sociales. Se vuelve, así, su propio victimador.

Pero ¿por qué actúa así?

Porque responde, mediante condicionamientos, como siervo de los demás. Habiéndose devaluado, adopta comportamientos de sumisión.

Sin embargo, se debate en un mar de contradicciones: busca la permanencia, no sólo vital sino también social, al tiempo que su ánimo responde a la obligación de obedecer y no ser visto. El evento patológico fractura la vivencia del individuo, arrastrándola a un universo de metáforas (Sontag: 1989), por lo que se resemantiza a sí mismo.

Una metáfora implica ver y concebir la realidad, a partir de un nuevo referente; y en el caso del SIDA, se trata de los referentes hegemónicos de los otros (ideologías, fanatismos y fobias), referentes construidos por y para el concierto social. Referentes que convierten al enfermo en contaminado:

“CONTAMINAR... penetrar la inmundicia en un cuerpo, causando en él manchas y mal olor... pervertir, corromper, mancillar la pureza de la fe o de las costumbres...” (Alonso, 1991, t. A-CH: 1 193).

No es casual, que el enfermo sea socialmente transformado en paciente:

“PACIENTE... que sufre y tolera los trabajos y adversidades sin perturbación del ánimo... persona que padece física y corporalmente, el doliente, el enfermo... sujeto que recibe o padece la acción del agente... persona gramatical que recibe la acción del verbo...” (Alonso, 1991, t. N-Z: 3 089).

Ser paciente no es fácil, dado que exige entregarnos a la voluntad, al capricho y al manejo de otros; por lo mismo, cuando es convertido en paciente, y en un intento desesperado por no diluirse, por no desaparecer, el individuo se debate entre la obediencia y la desobediencia. En nuestro contexto, el enfermo con SIDA es sentenciado no sólo al aislamiento sino al ocultamiento, tanto por razones médicas como por los dogmas de una Iglesia y de un núcleo familiar que recomiendan y exigen resignación, discreción, arrepentimiento y fe. El enfermo es conminado y sentenciado a vivir dentro de sí y en ascesis: la obediencias, la oración, la penitencia, la terapia y el sacrificio son sus opciones de vida; al tiempo que el sacerdote, los médicos, las enfermeras y los miembros oficiales de su familia (con vínculo civil o vínculo genético) se significan como los únicos nexos (articulación-lazo) con los que dispone, tanto para relacionarse con Dios como con el mundo público del que es expulsado y del que él mismo, por no sentir que corresponde ni armoniza con él, siente la necesidad de alejarse. La metáfora, en este caso, recurre al auto de fe.

El individuo que encarna al SIDA (seropositivo asintomático o enfermo), tras reestructurar consciente y emocionalmente su realidad, y después de un virtual (pero siempre concreto) periodo de negación del evento, tiende a reconocerse no sólo como culpable, sino también como *mácula*:

“MÁCULA... señal que una cosa hace en un cuerpo ensuciándolo... cosa que destierra y desdora...” (Alonso, 1991, t. D-M: 2 638).

Ello incide cada vez más en un serio deterioro de su autoestima y de su autoimagen (agravado, también, en virtud del tipo y la magnitud de los signos y síntomas que vayan apareciendo), por lo que necesariamente, intentará reterritorializar los espacios, so amenaza de vivirse desterrado. No es de extrañar que, con frecuencia o durante algunos periodos críticos, se violente y él mismo busque aislarse, convirtiendo el espacio que ocupa –en el hospital, en la casa, en la cama– en un feudo al que nadie debe osar entrar sin su venia... un feudo, no obstante, sitiado: el mal humor, el silencio, la mirada sesgada y la indiferencia son frecuentes respuestas de demarcación y defensa territorial. El enfermo también concibe formas de desterrar –aislar– a los demás.

El aislamiento a que se somete es una manifestación más de un amplio cúmulo de respuestas, tanto autodestructivas como de vengatividad, características del proceso psicoafectivo resultante, en gran medida de la metaforización del padecimiento; respuestas a todas luces adaptativas. Al vivirse como encarnación de un mal no sólo estigmatizado sino que lo confronta con la propia finitud, el individuo tratará, en repetidas ocasiones, de evadirse de la realidad que lo rodea e impregna; responderá, para ello, con una diversidad de manifestaciones agresivas ante la violencia social que lo envuelve o que percibe: el seropositivo para VIH y el enfermo ya diagnosticado, una vez superada –aunque sea temporalmente– la fase de negación, lucha de muy diversas maneras contra lo que le ocurre y contra sí mismo, antes de encontrar respuestas conciliatorias. Si consigue superar los bloqueos a los que es orillado y cuenta con referentes, orientación y la fuerza suficiente, el individuo puede descubrir la posibilidad de hacer de sí mismo un recurso contra el SIDA, y más que resignarse, negocia; en vez de intentar discreción, busca pactar, ya no mediante el arrepentimiento, sino de la aceptación y la fe, no sólo en Dios o en los médicos, sino en sí mismo, en su propia capacidad de lucha.²⁸ Reconciliarse con un orden social

²⁸ Lucha agotadora que lo levanta y lo hunde, lo que quizás explique tanto los éxitos como los fracasos de numerosas ONG's, ya que las actividades dependen del estado de ánimo de los voluntarios.

cuando éste, sin excepción, nos excluye, requiere de gran fortaleza (y lo que está en juego es la resistencia) e implica una reconciliación con nosotros mismos (a pesar de la actitud del discurso hegemónico); consecuentemente, en la mayoría de los casos, el enfermo acumula resentimientos y, casi siempre por fatiga, más que reconciliarse, se resigna... se rinde. Es vencido.

Toda resistencia terminará por debilitarse; las múltiples vertientes de aislamiento, generadas por el manejo que se hace del fenómeno social del SIDA en general, y del padecimiento en particular, condenan al ostracismo social al individuo que lo encarna. Es sentenciado no sólo a una devaluación, sino a una muerte civil. Las posibilidades de comunicación y de casi cualquier tipo de retroalimentación socioafectiva entre él y los otros,²⁹ se reducen considerablemente, si no se anulan por completo. El aislamiento implica, muchas veces, un doble rechazo; al tiempo que el grupo social rechaza al individuo, éste no sólo se niega al diálogo, sino que puede llegar a rechazar o condicionar aquellas ayudas afectivas o clínicas que pudieran llegar a ofrecerse. Lo anterior no sólo inmoviliza al sujeto y a quienes lo rodean o asumen la ¿responsabilidad? de hacerse cargo de él, también agrava considerablemente el estado biosicosocial del mismo individuo, incrementando el deterioro del aparato inmunitario.

Las nociones médicas que reducen al individuo a la calidad de receptor pasivo, producen nuevas fracturas; el trato, tanto de los trabajadores de la salud como de los miembros de los núcleos socioafectivos, tienden a desatender y desacreditar su voz.³⁰ La obediencia ciega de quien es convertido en paciente se significa (médica, religiosa y socialmente) como una virtud, dado que mantiene el orden establecido; mientras que cualquier rasgo de rebeldía o incluso el cuestionamiento a las decisiones que se toman en su nombre, se califica de ingratitud e insolencia, en tanto que implica una desobediencia, un desacato.

Con irritante frecuencia, los que vivimos cerca de un VIH+ o un enfermo, tendemos a la desesperación; nos molesta que el individuo no obedezca, que se resista a seguir las indicaciones que se le dan. Toda resistencia – cuestionamiento u oposición– al orden hegemónico [y el discurso de la salud lo es!], implica subversión, desorden, desmesura. Los que estamos del otro lado de las definiciones, en la línea del discurso en funciones (sanos, decentes,

normales y/o somos sabios oficiales), no queremos reconocer que la vivencia que encarna al SIDA mueve a una lógica y a una dinámica responsiva, de carácter socioafectivo, que no responde (y no tiene por qué responder) a la dinámica y a la lógica del orden hegemónico. Somos agentes estimuladores de sus respuestas, no el fin de las mismas. El individuo afectado por el VIH responde en términos de su vivencia, y nosotros no podemos comprender plenamente sus razones e intencionalidades... La inquisitividad de unos y otros transcurre por planos diferentes; nosotros –los pretendidamente sanos– no concebimos los contornos ni las magnitudes de los desgarros, no comprendemos las rabias, las culpas, las desesperaciones, las angustias y los dolores. Por lo mismo, imponemos silencios y rutinas. Para nosotros –el monstruo de mil cabezas del que hablaba Giordano Bruno–, el SIDA es poco más que una definición operativa y un problema administrativo; tal vez hasta un miedo abstracto. Quien no encarna al SIDA es quien ofrece e impone la definición del mismo... Y las definiciones son materia (susceptible) de discusión, pero no de conversación, por lo que se imponen los aislamientos y silencios en virtud de lo que el SIDA significa para nosotros, que lo definimos, y no para ellos, los que no sólo lo padecen, sino que lo viven y lo encarnan.

Es frecuente que los integrantes más directos del grupo socioafectivo del enfermo eviten hablar de SIDA, de las enfermedades oportunistas que le afectan y de las necesidades nutricionales y terapéuticas, que requiere el individuo. Actuamos así, no pocas veces de buena fe, bienintencionados, intentando ahorrarle al enfermo la confrontación con su realidad; pero esa resistencia a afrontar la realidad es, la más de las veces, una respuesta a nuestros propios deseos (a nuestra necesidad de negación, de ignorar); deseos que no corresponden con los del afectado directamente. Un ser que encarna al padecimiento, cuando es obligado a no hablar de SIDA, también es obligado a no hablar de aquello que domina su existencia; es obligado a no hablar de sí mismo. Y todo ello se agrava más, amenazando con derrumbar todo lo que apuntala el ánimo, cuando los médicos, las enfermeras, los ministros religiosos, los parientes, los amantes y los amigos, silencian las necesidades eróticas y de esparcimiento requeridas por el enfermo. En la medida en que hemos expulsado al individuo de la sociedad, no aceptamos que es un ser necesitado de todo aquello que para nosotros mismos, hace disfrutable (vivable) la vida.

Nuestra capacidad de secuestrar a los individuos llega hasta el extremo de negar afectiva, moral, religiosa, médica y legalmente *el derecho a la muerte*. Secuestramos a la persona –cualquiera que ésta sea– cuando excluimos de su horizonte de acción su propia muerte y socialmente obligamos a prolongar lo más posible el proceso de morir. No nos

²⁹ Léase: *médicos, familiares, amantes, amigos* y, en general, cualquier miembro de su grupo social.

³⁰ No considerando necesario pedirle su opinión ni mantenerlo al tanto de las decisiones que otros toman –así como de las acciones que emprenden– respecto a su persona.

conformamos con controlar y administrar la vida de los demás, sino que imponemos un orden que termina por arrebatarlos a todos nuestra propia muerte. La vida, la salud, la enfermedad y la muerte (incluyendo las pasiones que de ello se derivan) no le pertenecen a la persona, son convertidas en propiedad de los otros. Por todos los medios se le coarta al individuo el derecho a decidir sobre el momento y la forma de su muerte.

En un contexto social en que nos educamos para planificar nuestra existencia—incluso en función de un final apocalíptico— al enfermo terminal le arrebatamos toda ingerencia en la organización de su muerte, nos oponemos— como sistema y por sistema— a la muerte digna. Reconocemos que para numerosos enfermos cada minuto de vida es un tormento, un cúmulo de dolores, incomodidades, asfixias, angustias, depresiones y frustraciones, pero no podemos permitir que acceda a controlar su cuerpo y su tiempo, en tanto que con ello desbordaría los marcos del deber ser social—marcos morales, no éticos—.

En consecuencia, el ejercicio de la medicina se convierte en nombre de las buenas conciencias, en una utilización del individuo como sujeto de experimentación, a costa de un ensañamiento terapéutico. El orden social pareciera querer imponer, así, su postrer castigo a quien encarna el desorden patológico, como si se tratara de una venganza por haber osado alterar el orden familiar y/o social.

Sin duda son muchas las objeciones válidas que se pueden argumentar en contra de la despenalización de la eutanasia voluntaria, pero igualmente válidas y numerosas son las que defienden el derecho a que nuestra propia vida sea asunto nuestro y no de los parientes, de las instituciones o del Estado.

Cabe apuntar, además, que el funcionamiento del aparato inmunitario depende, en gran medida, del equilibrio interno y externo de la persona, más que del equilibrio de los grupos sociales en que ésta se ve inmersa. En consecuencia, el recurso del aislamiento puede y debe ser considerado, reconocido como un importante cofactor del fenómeno SIDA, en tanto que violenta las relaciones entre el individuo y su contexto y, por ende, desequilibra al sujeto. El enfermo que se ve secuestrado de sus propias decisiones, de los afectos conquistados en el espacio público, del humor, de los encuentros amorosos, de las dinámicas (y estilos) de relación con el exterior y, en general, secuestrado de sus derechos, ve y vive más afectada—inmunodeprimida— su realidad. El aislamiento, el ocultamientos y el silencio necesariamente se significan como fracturas, rompimientos entre la persona y todo aquello que le permite ser ella misma. El aislamiento traumatiza al obligar a una clandestinidad culpígena, siempre dolorosa.

Con frecuencia (y ahí está el fantasma engañoso que permite la manipulación anímica), ese imponer el aislamiento, permite ejercer algunas acciones que pueden llegar a prolongar cronológicamente la sobrevivencia biológica del individuo; pero, al mismo tiempo, tal recurso mueve (empuja) al enfermo a imponerse un aislamiento rechazante, mismo que llega a imposibilitar (o cuando menos, dificultar) su acceso a algunos tratamientos, sean físicos o psicológicos. Finalmente, su estado es el vehículo con el que cuenta para acceder a su propia muerte, para arrebatársela a los demás, obligándolos a seguirla en el dolor e incluso en la culpa. No pocas veces el seropositivo asintomático o el enfermo, una vez que se asumió como culpable, como mácula y/o como sentenciado a muerte, llega a protestar levantando un mudo grito de ¿protesta? ¿inconformidad? ¿revancha?—muchas veces, consigo mismo— negándose a recibir ayuda de los demás; consigue incluso manejar su estado como elemento de chantaje.

El padecimiento, en tanto que violenta la dinámica social que rodea al enfermo, le permite a éste recuperarse como agente social y reinar en un territorio, la enfermedad, que nadie codicia—aunque todos atraviesan y pretenden administrar—. Toda enfermedad metaforizada con signo social negativo, se vuelve un espacio al que no se desea acceder—ni ser asociado con él—, por lo mismo, desde él se pueden controlar no pocos movimientos de aquéllos que lo rondan e incluso lo circunscriben (v.g. amantes, amigos, familiares, médicos, enfermeras y ministros religiosos, incluso funcionarios públicos vinculados con las políticas de salud pública). Sin embargo, el SIDA—ya convertido en territorio— se significa como un territorio maldito y carcelario: también la celda termina por impregnarse al reo como el territorio en el que él es—directa o indirectamente— el epicentro de todo movimiento. El estado de salud, resemantizado como territorio del enfermo, transforma necesariamente todo su comportamiento; es un territorio sin espacios métricos—sin suelo, sin cielo y, sobre todo, sin horizonte— en el que el resto de los imperativos, tanto comportamentales (agresividad, sexualidad e inquisitividad) como fisiológicos (hambre, sed, defecación, etc.) son vigilados y torturados por el orden hegemónico, que impone horarios, ritmos, cantidades, coreografías y matices. Pero esa nueva expresión dolorosa y asfixiante de territorialidad, no es más que un nuevo elemento del complejo cuadro sintomático del SIDA; un signo-síntoma generado por la acción del grupo social y no por el devenir del proceso patológico.

El aislamiento producido mediante ocultamientos, silencios y privación de movimientos, es un síntoma generado, promovido y avalado por diversas instituciones, como son la familia, la Iglesia, la medicina y la Ley. Un síntoma que las mismas instituciones se encargan de introyectar en

el individuo, obligándolo a aceptarlo como necesario para sí mismo. El SIDA, como otras realidades que el orden –y sistema– hegemónico identifica como amenazantes (v.g. la drogadicción, la poligamia no controlada por el Estado, el aborto, la prostitución, la homosexualidad y el placer en general) es aprendido a vivirse con culpas y vergüenzas... dos experiencias anímicas que deterioran la capacidad responsiva del aparato inmunitario de cualquier persona (portador o no del VIH). Por lo mismo, cabe afirmar que las instituciones que dan un contorno moral, decente y ordenado al contexto social, si bien no pueden ser contempladas como agentes infecciosos, no cabe más que identificarlas como potenciales cofactores del agravamiento del SIDA. El aislamiento, el ocultamiento, los silencios y la encarnación del SIDA llegan a ejercer una presión tal, que son capaces de activar y acrecentar la vivencia patológica y la dispersión geográfica de la epidemia.

Hoy por hoy (1996), en México, con frecuencia se sigue hablando del SIDA a partir de una profunda ignorancia. Se presupuestan y programan campañas para su prevención, mismas que son inadecuadas –ineficientes– e intermitentes; se proyectan protocolos de investigación, partiendo de premisas erradas o perspectivas reduccionistas y prejuiciadas; se invita a diálogos y debates que tienden a convertirse en monólogos oficiales o en encarnizadas guerras de sordos; y se ventilan opiniones que suelen ser

justificaciones de un hacer, de un puesto, de un registro o de un presupuesto. Mientras tanto, la epidemia se expande y los más directamente afectados se ven obligados a vivir sin derechos, sin afectos y sin recursos.

Sin embargo, el SIDA, con sus infinitas y polimorfas repercusiones, no ha venido a generar nada nuevo... pero ha sido un detonador. El SIDA –aunque parezca paradójico por su asociación con los silencios– nos ha obligado a hablar, nos ha hecho ventilar en foros públicos los matices de las sexualidades, de las injusticias, de las mitologías hegemónicas, de las políticas inadecuadas, de las economías del despilfarro, de los sentimientos ocultos y de la manipulación y condicionamiento de nuestros afectos. El SIDA nos ha sacudido, obligándonos a reconocer muchas de nuestras limitaciones y a desenmascarar prepotencias e intolerancias; nos ha confrontado con el morir y con la vecindad de la muerte. Nos ha puesto ante un espejo para que veamos que la muerte anida en nosotros y, por tanto, el morir y la muerte se entrelazan y producen diversas reacciones, tanto personales como grupales, tanto políticas como económicas y afectivas.

En una época dominada por los mass media, al ser metaforizado y encarnado, el SIDA ha destapado la histórica cloaca de ignorancias, prejuicios, injusticias, miserias y miedos en que vivimos y en que nos manifestamos como entes sociales. □

Bibliografía

- Código Penal*, México, Themis, 1990.
- Constitución Política*, México, Themis, 1990.
- Manual de vigilancia epidemiológica, VIH/SIDA INDRE*, México, Dirección General de Epidemiología, SSA, IMSS, ISSSTE, 1990.
- Ley General de Salud*, México, Porrúa, 1991.
- Catecismo de la Iglesia Católica*, Librería Juan Pablo II, Santo Domingo, 1991.
- Diario Oficial de la Federación*, México, 1991, 21 de enero.
- Alonso, Martín, *Enciclopedia del Idioma*, (t. A-CH, D-M y N-Z) México, Aguilar, 1991.
- Baudrillard, Jean, *La transparencia del mal* Barcelona, Anagrama, 1995.
- Bruckner, P. y A. Finkielkraut, *El nuevo desorden amoroso*, Barcelona, Anagrama, 1988.
- Fitzpatrick, R. et al., *La enfermedad como experiencia*, México, FCE, 1990.
- Foucault, Michel, *El discurso del poder*, México, Folios Ediciones, 1983.
- *Saber y verdad*, Madrid, Ediciones La Piqueta, 1985.
- *Vigilar y castigar*, Madrid, Siglo XXI Editores, 1986.
- Guerra de Macedo, F. et al., *SIDA, perfil de una epidemia*, OPS-OMS, Publicación Científica 514, 1989.
- Gillon, C. y Y. Le Bonniec, *Suicidio, manual de uso – historia, técnica, actualidad–* Barcelona, Ediciones de la Tempestad, 1991.
- Hacking, I., *La domesticación del azar*, Barcelona, Gedisa, 1991.
- Kübler-Ross, E., *Questions and answers on death and dying*, Nueva York, Mc.Millan, 1971.
- Lapierre, Dominique, *Más grandes que el amor*, México, Planeta/Seix Barral, 1990.
- Lizarraga, X. y L.G. Juárez, “Continuo psico-afectivo en torno al SIDA: un modelo” en *Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA*, México, ENAH-INAH, Colección Cuicuilco, 1990.
- Lizarraga, X., “El SIDA: enfermedad de culpables”, en *Los Universitarios*, México, UNAM, 1990, núm.15, 3a. época, septiembre.
- “Comportamiento humano: interacción de complejidades evolutivas” en *Ludus vitalis. Revista de filosofía de las ciencias de la vida*, México, 1993, vol. 1, núm. 1.
- “El placer hizo al hombre y el displacer a la humanidad” en *Ludus vitalis. Revista de filosofía de las ciencias de la vida*, México, 1995, vol III, núm. 4. Louganis, G. E. Marcus, *Breaking the surface*, Nueva York, Random House, 1995.
- Lumsden, I., *Homosexualidad, sociedad y Estado en México*, México, Sol ediciones/Canadian Gay Archives, 1991.
- Ruffié, J., *El sexo y la muerte*, Madrid, Espasa Calpe, 1988.
- Schilts, R., *En el filo de la duda*, Barcelona, Ediciones B, 1994.
- Sepúlveda J. et al., *El SIDA en México, ciencia y sociedad*, México, FCE, 1989.
- Sontag, S., *AIDS and its metaphores*, Nueva York, Farrar-Straus & Giroux, 1989.
- Thomas, L.V., *La muerte*, Barcelona, Paidós, 1991.
- Veyne, P. et al., *Amor, familia, sexualidad*, Barcelona, Argot, 1984.