

Prácticas religiosas en la irrupción del diagnóstico de VIH-SIDA en varones de la Ciudad de México. Los discursos de la experiencia

Bernardo Adrián Robles Aguirre^a • José Arturo Granados Cosme^b •
Alberto Zúñiga Valadés^c

RESUMEN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) siguen representando uno de los principales problemas de salud que enfrenta la sociedad actual. Su estrecha vinculación con procesos de estigmatización y exclusión social lo ubican como un fenómeno a partir del cual se puede comprender la generación de prácticas culturales con cierta influencia en el manejo y control de la pandemia. El presente estudio analiza las prácticas religiosas que un grupo de varones seropositivos desarrolló a partir de su diagnóstico. Para lo anterior, se realizaron entrevistas semiestructuradas orientadas a recuperar la experiencia del VIH, tomando como núcleo problemático la irrupción del diagnóstico en la vida cotidiana. Los resultados muestran que la religión es un ámbito que reúne importantes contradicciones en la incorporación de la condición de seropositivo, y que éstas marcan las modalidades de afrontamiento de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Religión, sexualidad, VIH, SIDA, religiosidad, catolicismo.

Religious practices in the irruption of the diagnosis of HIV-AIDS in men of Mexico City. The discourse of experience

ABSTRACT

HIV/AIDS continues to represent one of the main health problems facing today's society. Its close connection with processes of stigmatization and social exclusion place it as a phenomenon from which the generation of cultural practices with a certain influence on the management and control of the pandemic can be understood. The present study analyzes the religious practices that a group of seropositive males

^a Titular de la Estancia Posdoctoral en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Jefe del Posgrado en Ciencias Antropológicas de la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH).

^b Profesor Investigador de la Licenciatura en Medicina, de la Maestría en

Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM.

^c Asistente de Investigación de la Licenciatura en Medicina de la UAM.

Fecha de recepción: 7 de marzo de 2018.

Fecha de aprobación: 17 de abril de 2018.

developed from their diagnosis. For this, semi-structured interviews aimed at recovering the experience of HIV were carried out, taking as a problematic core the irruption of diagnosis in everyday life. The results show that religion is an area that contains important contradictions in the incorporation of the condition of seropositive and that they mark the modalities of coping with this disease.

KEYWORDS: Religion, sexuality, HIV, AIDS, religiosity, catholicism.

Introducción

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) siguen representando una problemática relevante para la Salud Colectiva. Aunque su presencia trasciende a todos los grupos etarios, sexo y otras condiciones sociales, sigue teniendo una presencia más sobresaliente entre las principales causas de morbimortalidad en varones en edad productiva. Se considera que mujeres y niños muestran una vulnerabilidad específica y una tendencia al incremento que resulta especialmente preocupante en el caso de las mujeres, situaciones a las que se agrega la pobreza multidimensional como un factor que permite el incremento en la incidencia anual de nuevos casos.

Actualmente se considera al VIH una infección crónica y controlable, pero sigue representando una presión importante al sistema de salud, especialmente por los costos de los medicamentos antiretrovirales y las complicaciones que se les asocian. Por lo anterior, sigue siendo de fundamental importancia la prevención de nuevos casos y mejorar la calidad de vida de quienes ya han sido afectados. El Informe Anual de ONUSIDA (2016), reporta que cada año, cerca de dos millones de personas contraen el VIH. Dado que las muertes relacionadas con el SIDA también han logrado disminuir, las proyecciones internacionales consideran que aún falta tiempo para que

pueda ponerse fin a la epidemia, situación que se prevé para el 2030 (ONUSIDA, 2016).

Los sectores de la población que viven con bajos recursos económicos y con una deficiente atención en materia de salud pública, se han convertido en los grupos más vulnerables para contraer el VIH. Más del 90% de las personas que viven con este virus se encuentran en países en vías de desarrollo, en los que la pobreza exagera la vulnerabilidad ya dada por la discriminación y el retraso histórico y de la baja cobertura de servicios médicos. Esto ha propiciado pensar al VIH también, como una “enfermedad de la pobreza” (Herrera y Campero, 2002).

La vulnerabilidad frente al VIH se expresa también en los significados que se han construido alrededor de las vías de transmisión, particularmente la sexual. Al día de hoy, el VIH continúa siendo una enfermedad estigmatizada que obliga a muchos de sus portadores a vivirla bajo el anonimato, provocando con ello un bajo índice de prevención y promoviendo la cadena de transmisión. El temor fundado a ser rechazado conduce a los portadores a experimentar la enfermedad en silencio, debilitando las redes sociales que pueden constituir el soporte social necesario para enfrentarla, es común el desarrollo de estrategias de aislamiento social afectando la esfera familiar, escolar y laboral. El de los portadores del VIH, se ha convertido en un colectivo marginado, que

puede retrasar su ingreso al tratamiento antirretroviral, es frecuente que sean diagnosticados ya en un proceso de desgaste avanzado o por alguna enfermedad oportunista que disminuye las posibilidades de sobrevivencia.

El VIH infecta a la persona que lo padece, pero se inserta en la sociedad en su conjunto. En este contexto, modifica y reconstruye la vida cotidiana, así como los espacios de convivencia, de tal forma que se adhiere en el día a día de cada sujeto, reinterpretándose a partir de la forma en cómo se identifica, tanto en lo interno como en lo externo. El VIH, redefine las relaciones sociales y la trayectoria individual del portador con un permanente cuestionamiento sobre el devenir, la incertidumbre puede convertirse en una constante sensación con que se experimenta la vida.

En este sentido, el virus se construye encima de percepciones inconclusas y regularmente desconocidas sobre la forma en cómo se estructura, cuál es su función o cómo se desarrolla en la vida cotidiana, por lo que los temores comunes al SIDA, generan que se identifique como algo capaz de diezmar a cualquier sociedad, un virus “infeccioso” y “pandémico” que puede invadirlo todo, incluso a los que no portan el estigma de las conductas asociadas a los contagiados. En dicha perspectiva, para el imaginario colectivo, es urgente aislarlo y erradicarlo, haciendo eco las prácticas descritas por Foucault (2000), que incluyeron la reclusión moral y física de sus afectados o la extraterritorialidad, condensándose en ellos, el miedo a revelar el VIH desde dentro y ocultarlo en el silencio. Resulta pertinente conocer entonces, qué papel juega la religión, a través de la descripción de las prácticas religiosas, en la asimilación del diagnóstico positivo de VIH.

En este planteamiento resulta relevante conocer los cambios que en las prácticas religiosas se observan en el enfrentamiento del diagnóstico de VIH, qué importancia le atribuyen los portadores a su fe religiosa, y conocer si esto facilita u obstaculiza el proceso de aceptación e incorporación del VIH a la vida cotidiana.

Para lo anterior, se recuperaron y analizaron las experiencias en torno al diagnóstico de VIH y los cambios generados en las prácticas religiosas. Se realizó un estudio cualitativo en el que se aplicaron entrevistas semiestructuradas a portadores de VIH. Se hizo una definición de informantes clave, considerando como tales a varones residentes de la Ciudad de México o su zona conurbada del Estado de México, que mantuvieran prácticas sexuales de alto riesgo antes del diagnóstico positivo; diagnosticados en diferentes temporalidades, que al momento de la entrevista estuvieran bajo el esquema de Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) y mostraran un seguimiento médico idóneo, es decir, cuando menos en los últimos seis meses hubieran asistido regularmente a las citas médicas, que mantuvieran su monitoreo de carga viral y otros datos de laboratorio, así como manejo de complicaciones que son comunes en este tipo de pacientes. Estas condiciones permitieron encontrar sujetos en una situación de relativa tranquilidad, de mayor adaptación al diagnóstico y al tratamiento, de forma tal que se favoreciera una recuperación reflexiva de su experiencia frente al diagnóstico y su relación con su religión.

Las entrevistas se realizaron después de uno a dos encuentros con los informantes claves para establecer un mejor contexto para reproducir la experiencia. Éstas se efectuaron en espacios ce-

rrados en donde el entrevistado definió sentirse más cómodo. Se le informó a cada entrevistado el propósito del estudio, así como el papel de su participación, se le garantizó mediante consentimiento informado, el resguardo confidencial de sus datos y el uso de su testimonio exclusivamente con fines científicos, se les pidió explícitamente su autorización para que las entrevistas fueran audiograbadas, éstas tuvieron una duración de entre 40 y 120 minutos por sesión. Todos los informantes fueron reclutados en la unidad de atención médica en que llevaban el seguimiento de su diagnóstico.

Posteriormente, las grabaciones fueron transcritas en su totalidad y analizadas desde una perspectiva interpretativa del discurso. Tras la lectura repetida de las transcripciones se identificaron categorías discursivas significativas, según el énfasis observado en los informantes, éstas fueron interpretadas a la luz de un marco teórico mínimo que se constituyó en “la mirada” con que fueron leídas. Posteriormente, se identificaron regularidades discursivas y se corroboró su solidez testimonial al referirla a la particularidad de cada caso. Se seleccionaron los fragmentos más contundentes que expresaran la regularidad discursiva y que dieran cuenta de una reconstrucción de la experiencia del diagnóstico de VIH al momento actual, esto con la finalidad de distinguir posibles fases constitutivas de un proceso adaptativo, las frases que nos interesa destacar fueron marcadas en negritas.

La mirada

La experiencia de vivir con VIH es una construcción social que depende de los saberes y las prácticas que socialmente se le han atribuido a este padecimiento, así como de las formas particulares en que cada sujeto asimila su diagnóstico. Esto se articula por medio de los múltiples escenarios por

los que tiene que transitar el sujeto en su vida cotidiana, en la sexualidad, en las relaciones familiares, laborales y en su espiritualidad; de forma tal que la modalidad en que enfrentan la enfermedad, determina la búsqueda de atención médica y la eficacia de ésta. En este sentido, las prácticas religiosas tienen una importancia fundamental en los sujetos que se adscriben a un credo y cómo enfrentan la enfermedad y la muerte; como objeto de estudio la religión es un fenómeno social que, aunque es “un sistema de acciones e interacciones basadas en creencias compartidas culturalmente, en poderes sobrenaturales y sagrados” (De Waal, 1975:24), se trata de un acto inducido primeramente de forma individual, pues como especifica Augé (2004:15) respecto a los países occidentales “Las religiones tienen todavía mucho peso, pero hasta quienes recurren a ellas tienden a interpretarlas personalmente. Les dan sentido (su propio sentido) para concederse libertad; es decir, las privatizan. Así pues, las religiones son cada vez menos cosmologías abarcadoras y compartidas”.

Como sistema y acto, la religión es también algo que se vive ya que “a partir de la experiencia, se presenta a Dios como la totalidad de la realidad” (Levinas, 2005:185), de modo que el ser religioso “interpreta lo vivido como experiencia y, por consiguiente, interpreta a Dios, cuya experiencia pretende llevar a cabo, como un ser” (Levinas, 2005:253) De esta manera, la religión puede estar identificada a partir de “sentimiento de dependencia, otros lo convierten en un derivado del miedo, otros lo enlazan con la vida sexual, otros aún, lo identifican con el sentimiento de infinitud, y así sucesivamente” (James, 1994:16).

“La religión (...) describe y modela el orden social” (Geertz, 1992:113), la experiencia de la religión está determinada por un interés de sos-

tener un orden social específico, se concreta en las prácticas religiosas que se reproducen históricamente mediante la difusión de dogmas y tradiciones emitidas por sus representantes institucionales, en este proceso “se impide el curso natural de la transmisión del saber, evitando que la idea, contaminándose con experiencias locales y cogniciones particulares, se aleje lentamente del dogma originario” (Heller, 1998: 321).

Así, la religión como instrumento de poder del orden social vigente, define las formas de experimentar la enfermedad, especialmente por parte de sujetos que por su identidad o conducta contradicen la hegemonía del orden, el sufrimiento que causa el VIH se representa de múltiples formas y es ahí donde las creencias religiosas se fortalecen independientemente de la doctrina que se profese (Barragán, 2005). Pero por otra parte, “la religión asegura el poder de nuestros recursos simbólicos para formular ideas analíticas en una concepción con autoridad sobre la realidad y asegura el poder de nuestros recursos también simbólicos para expresar emociones (estados anímicos, sentimientos, pasiones, afectos) en una similar concepción de su penetrante tenor, de su inherente tono y temperamento” (Geertz, 1992:100).

Los sujetos y el discurso

Se entrevistó a nueve informantes clave a quienes se les asignó un nombre ficticio, algunas de sus características se muestran en el Cuadro 1. Los nueve se definieron a sí mismos como “creyentes”, la mayoría dijeron que profesaban el catolicismo, sólo uno dijo ser cristiano. En general, no se observó ningún cambio de creencia a partir del diagnóstico positivo al VIH, Adolfo e Iván narraron que actualmente creen en Dios, pero que ya no ejercen algún tipo de religión. Sobre la ad-

scripción a un credo, se indagó sobre la asistencia regular a los actos tradicionales que obligaría su religión, en ese aspecto, aunque la mayoría dijo creer en Dios y profesar su religión, solamente tres (Benjamín, Felipe y Vicente) acudían con cierta regularidad a sus respectivos templos, dos (Diego y Caín) sólo asistían a algunas fiestas litúrgicas y tres (Adolfo, Iván y Fernando) no participaban en ninguna actividad religiosa, en un caso (Milton), la información sobre religiosidad fue escasa. A continuación, se presenta un análisis de los testimonios. Su presentación se ha organizado a partir de la distinción de tres etapas en que transcurre la relación entre la religiosidad de los entrevistados y la adaptación a la nueva condición que implica ser portadores del VIH. Éstas etapas no se plantean como una serie secuencial con límites claramente definidos entre ellas, ni tampoco como iguales en los informantes, pero recupera las principales semejanzas en las trayectorias individuales.

Identidad, religiosidad y conflicto

Los informantes se identificaron como “creyentes”, no necesariamente católicos, dijeron serlo fundamentalmente porque sus padres así “los educaron” o porque “nacieron” en una familia católica. La adscripción a un credo religioso no es, al menos en primera instancia, una elección, ya que la tradición de inculcar a la descendencia la religión de los padres, limita la disposición de opciones sobre las cuales el sujeto “elige” depositar su fe. La religión y la reproducción de su cultura, ejemplifican muy bien la noción de *habitus* (Bourdieu, 1984), en tanto que de forma transgeneracional la religión estructura en su dimensión espiritual a los individuos, la incorporación de la normatividad que implican los preceptos religiosos, delimita los referentes sobre los cuales se construye la identidad de los individuos y los có-

Cuadro 1. Informantes clave.

Nombre	Nivel de Escolaridad	Año de diagnóstico	Institución donde se valoró su DX.	Institución donde actualmente son atendidos
Benjamín	Secundaria	1996	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI	
Caín		2012		
Adolfo	Carrera trunca de Ingeniería Civil	1985	Hospital General de Zona Parque Venados, IMSS	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI
Iván	Ingeniero Civil, con especialidad en finanzas y estadística	1995	CONASIDA	
Fernando	Contador	2009	Hospital General de Zona Parque Venados IMSS	
Milton	Preparatoria	2010	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI	
Diego	Cirujano dentista	1988	Hospital General de Zona Parque Venados IMSS	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI
Felipe	Derecho	2000	Clínica particular en Oaxaca	
Vicente	Preparatoria	2006	Departamento de Oncología Hospital General Siglo XXI	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI

Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas, 2012 - 2014.

digos morales con que se experimenta y evalúa la conducta, incluyendo la referente a la sexualidad.

*“...mira, lo único que te puedo decir es que **nací católico** y así me voy a morir... pues no tengo mucho que decir, creo en Dios... es todo... no, hace tiempo que no voy, ¿Para qué?...” [Milton]*

*“...sí, **gracias a Dios, también ella es católica**... sí, toda mi familia es católica y tengo mi bautizo, la confirmación, la primera comunión*

*y cuando le pedí a mi esposa que nos casáramos, fue por la iglesia, así **como debe de ser**... y pues gracias a Dios aquí estoy todavía...” [Benjamín]*

*“...Cuando me preguntaste si soy creyente, pues sí soy creyente... **me educaron bajo el cristianismo**...” [Iván]*

*“...en Dios, claro que creo y es por Él que estoy aquí, además así **me educaron de pequeño**...” [Diego]*

Las religiones institucionalizan códigos morales, como agentes institucionalizados, supervisan la observación de sus normas y difunden, mediante discursos, la reglamentación con que se pretende preservar su visión del mundo. En relación a la sexualidad, la religión católica plantea una disciplina basada en la heteronorma cuyos rasgos fundamentales son su esencia *hetero*, su pretendida función exclusivamente reproductiva, su composición monogámica y su tradición de descendencia, elementos todos que entran en total contradicción con la homosexualidad y las relaciones sexuales fuera del matrimonio. Estos componentes son el centro de la valoración negativa de las enfermedades adquiridas por la vía sexual, especialmente el VIH-SIDA. Todos los entrevistados manifestaron desacuerdos con determinados preceptos de su religión, en el caso de los homosexuales, éstas se debieron fundamentalmente a la penalización de su orientación sexual, estableciéndose así una contradicción entre su deseo y su fe, que aunque los ha acompañado toda su vida, muestra dos momentos problemáticos, uno al asumir su homosexualidad como parte de la identidad y otro, al asumir el diagnóstico positivo de VIH-SIDA.

*“...en Dios, claro que creo... cuando supe del VIH y pues **Dios no tuvo nada que ver, fue mi jotería...**” [Diego]*

En diversas etapas de la vida, el desencuentro con la religión se experimenta con culpa, pero en otras hay una clara confrontación. Quienes asumen un enfoque crítico de su propia religión, reconocen en ese sistema de creencias la fuente de algunos prejuicios que estigmatizan su sexualidad lo cual crea un conflicto entre su identidad y se adscripción religiosa. En algunos casos, a pesar de las contradicciones, la creencia dogmática se sostiene.

*“...pero **no puedo creer en Cristo** porque no entiendo todo el fundamento...” [Iván]*

*“...tuve un tío sacerdote, y **llegué a ver cada cosa con los seminaristas** y los sacerdotes que **les perdí el respeto...** Mi tío mucho tiempo fue el padre provincial... yo tenía un amigo, era guapito... hubo dos padres ahí que no le quitaban los ojos de encima... ¡pero se lo querían comer!... **Entonces a mí lo de la religión católica no, digo, creo en Dios; hubo un tiempo que dejé de creer, en la rebeldía de la adolescencia y sobre todo cuando me sentía tan culpable por mi homosexualidad, pero fue poco tiempo... Pero ahorita ya volví a creer...** [Adolfo]*

*“...es por él que estoy aquí, además así me educaron de pequeño, **pero he sido crítico respecto a la iglesia...**” [Diego]*

Miedo, culpa y ruptura

La culpa por el ejercicio de la sexualidad es un sentimiento común entre los homosexuales, pero también en el heterosexual cuando no se ajusta a la normatividad sexual conservadora al transgredir la norma de la monogamia o de la sexualidad intramatrimonial, conductas que calificarían como pecaminosas y por tanto, punibles. En diversos grados, estas conductas se experimentan con cierto miedo a la sanción social. Cuando se conoce que se ha adquirido el VIH, el miedo y la incertidumbre que le sigue, pueden verse incrementados, dificultar el proceso de aceptación e incluso, deteriorar aún más la salud, esta situación constituye un punto de quiebre, una ruptura, una realidad angustiante, ante la cual, se genera una evocación de respuestas que se solicitan a una entidad supraterrrenal. En virtud de la complejidad caótica que representa el diagnóstico positivo

al VIH, se apela a Dios como posibilidad de respuesta.

“...me dije: ... ‘Dios mío, ¿qué me pasará ahora?’ ...le pedí ayuda, así como de que me cuidara, ...blasfemar como quien dice, pues eso no, eso sí no lo haría, pues esto me lo busqué yo al final, ¿no?, pues ni modo...” [Cain]

El sistema religioso, como conjunto de representaciones que dictan modos de vida, está constituido por una normatividad en la que se incluyen las indicaciones del “no deber ser” y el “deber ser”, una serie de prescripciones y proscripciones sobre las cuales los individuos son socializados y a partir de las cuales se generan procesos de inclusión y exclusión social. La religión sigue siendo un eje fundamental en la identidad del sujeto, a su alrededor se reproducen dogmas y principios valorativos que tienen un impacto en la conducta de las personas y en las actitudes hacia ellas. Así, se producen prejuicios sobre la conducta sexual que generan procesos de estigmatización, especialmente sobre las personas homosexuales, pero incluso sobre las heterosexuales cuando transgreden la normatividad sexual considerándolas promiscuas o de conducta sexual disipada, llevando a los afectados por el VIH-SIDA, a experimentar el diagnóstico con culpa y vergüenza. Por otro lado, invocar a Dios, significa que se recurre a un espacio en el que se “confirma” el “mal” actuar con la conducta “insana” o “pecaminosa” y aceptar sus consecuencias como castigo con la aspiración del perdón, de modo que les permita reafirmarse como sujetos valiosos, paradójicamente en una fe que los excluye.

“...el trauma de mi homosexualidad y que sabía que me podía ir al infierno... me acuerdo que nos ponían a leer la Biblia y ‘ay Dios, me voy a ir al infierno’, ¡imagínate! para un niño

de siete u ocho años, te impacta mucho...” [Fernando]

“...hay que aprender a vivir con la vida que Dios nos pone, porque todos quisiéramos escoger lo mejor que se pueda, pero desgraciadamente, Dios nos pone pruebas y tenemos que superarlas... pero gracias a Dios pues con los cuidados y con la forma de pensar hacia la vida, echarle ganas...” [Benjamín]

Como producto cultural, el sistema religioso expresa la distancia, frecuentemente contradictoria, que hay entre su dimensión de significados y representaciones con su dimensión concreta de prácticas y actos que se supone se le deben derivar, esta brecha revela una autonomía relativa entre estos dos niveles de la cultura (Bourdieu, 1984). Los entrevistados se sostuvieron en un credo religioso que penaliza las prácticas sexuales que varios de ellos realizaban, esto derivó en una dualidad afectiva con sentimientos de desacreditación y una necesidad por reivindicarse. Aún en la confrontación con la religión, ésta siguió operando en la guía moral de los entrevistados, al menos en su dimensión de significados bajo la noción de refugio, consuelo, pero ya también, de reafirmación personal.

Ante lo inevitable que significa la confirmación del diagnóstico de una enfermedad estigmatizante, la entidad religiosa es representada como fuente de respuestas y de auxilio. El carácter incurable de la enfermedad, es percibido como la penalización a una conducta sexual que contradice las normas y preceptos en los que se fundamenta la religión de los entrevistados. La nueva realidad “golpea” con su irreversibilidad, el VIH-SIDA, antes solo parte del imaginario social, adquiere concreción y se hace cuerpo (Robles y Granados, 2018), ya no se puede expulsar el virus y entonces, se recurre

al pensamiento religioso que resguarda otras posibilidades, al menos la del “perdón”.

Reconciliación, religiosidad y recurso

La enfermedad y su vivencia a través del diagnóstico positivo, son resignificadas. Tras la ruptura de la trayectoria de vida que impone, el VIH-SIDA es incorporado como una “prueba” a la que somete Dios con la finalidad de fortalecerse, a partir de su superación, se concebirá entonces a la enfermedad ya no como el fin de la vida o como un castigo, sino como un “reto” a enfrentar de manera permanente. En ese sentido, la religiosidad es puesta en práctica para enfrentar la nueva condición y superar los obstáculos que impone, esto abre la posibilidad de “recobrar” en lo posible, la salud perdida, pero sobre todo, de recobrar la tranquilidad y la “paz” consigo mismo. Para los informantes, afrontar de forma “positiva” el diagnóstico, representa una “oportunidad” para ser “mejores”, y en ello ocurre una reconfiguración de la enfermedad. La creencia en una entidad supraterrrenal con omnipresencia sobre la realidad y poder sobre el destino de las personas, es ahora fuente de optimismo frente a lo incierto.

En el proceso de aceptación de una nueva condición que adicionalmente será permanente, tras un periodo de angustia e incertidumbre, se desarrolla una conciliación que favorece el estado de ánimo con que se enfrentará el diagnóstico. En otro ámbito, la religiosidad favoreció que los entrevistados adoptaran conductas de cuidado a la salud que valoraron positivamente, resaltan un mayor cuidado de la alimentación y la actividad física (en algunos casos), mejores hábitos de sueño y evitar consumo de alcohol y tabaco, pero en términos de la espiritualidad, favoreció la tranquilidad, la reivindicación personal y la autovaloración positiva.

*“...cuando me enteré de esto (del diagnóstico)... ahí sí me dijo ‘ni creas que vas a perder ante la enfermedad eh’ y pues, ahí sí **le bajé (al consumo de alcohol), completamente, pero radical, de muchísimo a nada de nada, me decían, no pues bájale poco a poco y dije ‘si lo voy a dejar, es todo o nada’... y así lo hice...**” [Adolfo]*

*“...cuando me diagnosticaron hepatitis me prohibieron el alcohol. Mmmm puedo tomar una copita o dos pero **ya no como antes...**” [Fernando]*

*“...desde que me dijeron que no hacía igual el medicamento, en ese momento mejor dije: ‘pues para qué le hago’... **llevo como cinco años de que no tomo, pero así, ni una cerveza, me dicen que no hace mal una de vez en cuando, pero... mejor no tomo nada y mejor así, ¿No crees?...**” [Milton]*

*“...a partir de haber tomado tratamiento he tomado muy pero muy contadas ocasiones y eso ha sido a lo mucho dos cervezas, pero muy contadas ocasiones... después de eso (del diagnóstico) dije: **‘tengo que cuidarme de esto y ser más responsable’**” [Vicente]*

*“...sí, ya creo que le bajé al entrenamiento... pero por ejemplo, ahora con las perritas, pues las tienes que sacar todos los días, ellas sí no te perdonan, así que es una motivación más para hacer un poco de ejercicio y estar activo, así que pues **ahora es en las mañanas y en las tardes, camino y trote...**” [Adolfo]*

*“...en las pláticas que teníamos él siempre **hacía referencia al Yoga** y quedé como intrigado... fui con él y **la verdad es que me encantó, no sé, como que tiene su magia y su misticismo**”*

y es relajante y te mueve todo, tanto por dentro como por fuera...” [Iván]

En la asimilación de la condición de portador del VIH, los entrevistados retomaron algunas prácticas religiosas que les proveyeron de espacios de reflexión y bienestar emocional, con esta finalidad algunos encontraron en otras prácticas el mismo resultado.

“...algo que tal vez los otros encuentran en la religión, yo lo encuentro en la meditación... en el momento de meditar estás bien contigo y con todos los seres vivos que te rodean...” [Iván]

*“...una de mis hermanas me comentó que el pastor quería verme... no me niego y no digo que de esta agua no he de beber, pero por **ahora, que estoy tranquilo, no veo el caso de ir...**” [Fernando]*

Los cambios en la epidemia del VIH-SIDA y los mayores alcances en el tratamiento antiretroviral para mantener bajo control la replicación del virus, son hechos que han tenido un impacto importante en la percepción de la enfermedad que ya no es vista como un paso previo a la muerte. Pero en términos religiosos, los entrevistados plantean que es Dios quien “realmente” abre la posibilidad de “continuar con vida”.

A pesar de la tranquilidad que provee la religiosidad, ésta coexiste con cierta permanencia de la culpa, por la conducta sexual que abrió camino al virus pero también por haber “abandonado” la fe.

*“...te mentiría si te digo que no voy (a la iglesia)... por la boda o los quince años... cuando voy, trato de llegar lo más tarde que pueda... porque todo lo que dicen los padrecitos, ya chole, la verdad es que **cada vez tengo menos tole-***

*rancia... por Él (Dios) que estoy aquí... cuando supe del VIH... pues Dios no tuvo nada que ver; fue mi jotería (risa)... Entonces veo que está amaneciendo y esa es la sensación tan bonita que me da y **doy gracias a Dios de que me permite un día más de vida...**” [Diego]*

*“...hasta me sentía mal por orar, pues **yo decía, ‘hace mucho que no estás ahí, ¿qué le haces?’**, por eso también dejé de hacerlo, estoy bien y me siento bien...” [Fernando]*

*“...pues la verdad es que en momentos así, **te acuerdas de Dios y comencé a rezar y fijate que eso me tranquilizaba** mucho, en las noches, casi todas las noches, **pero también me sentía culpable**, por acercarme ahora él...” [Felipe]*

El proceso en el que el VIH se incorpora a la cotidianidad del sujeto es complejo, inicialmente genera una ruptura con su entorno más cercano, con un fuerte impacto en las relaciones familiares y laborales, pero sobre todo consigo mismo. El sujeto seropositivo vuelve a cuestionarse su sexualidad y en ello, su religión tiene una influencia definitiva ya que retrae la culpa que lo confrontó con su creencia de Dios y los preceptos de su iglesia. Pero una vez superada la angustia que genera la inseguridad sobre el futuro inmediato, el sujeto recurre a su religiosidad para restablecerse y generar nuevas condiciones para el equilibrio. En algunos casos, se inicia con ello, una especie de reconciliación con su Dios que le permite al sujeto recuperarse. En dicho proceso, la tranquilidad y la esperanza se convierten en un resultado que abre las posibilidades de una nueva salud.

*“...llevo ahora como unos cuatro o cinco años que **he estado rezando** antes de dormir; pues estaba como intranquilo, así antes de dormir y como para estar sereno, rezo y pues **le pido a***

Dios por todos nosotros...” [Caín]

*“...el otro día te dije que para qué ir a la iglesia... y pues me siento mejor; sobre todo ahora que ya me siento más estable, puedo darle las gracias a Dios por todo lo que ha hecho por mí... al principio piensas que te vas a morir al día siguiente y pues **le pides a Dios que no te pase a ti y te lo cumple**, porque no sabes todos los que he visto que se mueren y luego, ¡hasta más sanos que tú!... entonces la verdad es que Dios sí está ahí...” [Vicente]*

Algunas conclusiones

El presente trabajo permitió caracterizar el papel que juega la religión en el proceso de incorporación del VIH a la vida cotidiana de un grupo de varones seropositivos. Las prácticas religiosas que se observaron fueron la reanudación de rezar y acudir a ceremonias, éstas se recuperan como una posibilidad de reafirmarse y recuperar el bienestar emocional, recuérdese que en algunos casos existió un desencuentro previo que marcó una relación tensa entre la orientación sexual (en el caso de los homosexuales) y los preceptos religiosos por lo que las prácticas observadas pueden caracterizarse como un reencuentro. La influencia de la religión en el proceso de adaptación al VIH-SIDA es un fenómeno complejo y contradictorio. A primera vista, al revelar contradicciones básicas entre la fe de los sujetos y su realidad cotidiana por un lado, la normatividad sexual que implican los preceptos religiosos produce estigmatización de la conducta sexual y del mismo VIH-SIDA; por otro, permite a los afectados restablecerse. El análisis crítico de esta dualidad permite comprender que esa paradójica influencia también se expresa en las prácticas religiosas, que también resultan aparentemente contradictorias. En esta perspectiva la religiosidad y la recuperación de

ciertas prácticas permitieron a los sujetos de este estudio, superar la angustia y restablecerse en el día a día.

Los entrevistados actuaron conforme a la determinación cultural de su conducta, sus acciones estuvieron determinadas por la construcción social del SIDA como un fenómeno que impacta y se introduce en el ser humano y en la sociedad en la que vive, pero que adquiere un rasgo que la resignifica en los bordes del estigma, ya que “hablamos de una enfermedad que tiene abundantes franjas morales y tabúes construidos desde la sociedad, por ser de transmisión sexual y porque en sus inicios fue categorizada como una enfermedad exclusiva de hombres que se relacionan sexualmente con otros hombres. Esta categorización de la enfermedad es causa de discriminación por parte de aquellos que no comprenden la dinámica del VIH social” (Arévalo y Ávila, 2012:59).

Es en este terreno en que, de forma compleja, los sujetos afectados por esta enfermedad, asumen su nueva condición y la enfrentan. El papel que juega su religión en este proceso no está exenta de contradicciones, debido a que, como sistema religioso que penaliza la conducta sexual “desviada”, es fuente de sentimientos de confrontación con las normas que emite y de culpa por no observarlas.

Al mismo tiempo, la religión opera como sistema explicativo de la nueva condición que genera angustia e incertidumbre y en esa dirección, provee de elementos para la reivindicación del sujeto frente a sí mismo y frente a los demás, encuentra en ella disculpa, consuelo, sensación de amparo y optimismo frente al futuro, sentimientos que posibilitan la configuración de una actitud más proactiva para el manejo y control del padecimiento; así como una oportunidad para “cuidarse

más”. En ese sentido, podemos considerar que la religión les resultó a los sujetos de este estudio, un recurso potencial de prevención de las complicaciones y de promoción de la salud, en semejanza al planteamiento de Maton y Pargament (1991, en: Torres y Serrano-García, 2007:168):

Los sistemas de pensamiento y las acciones de la religión pueden convergir con los valores y las prácticas de la prevención, ofrecen lugares para celebrar actividades preventivas (...) las perspectivas y prácticas religiosas pueden contribuir a los acercamientos seculares de prevención y promoción, tales como: visiones y modelos de vida comunitaria, enfoques hacia los problemas de mortalidad y recursos limitados y nociones sobre el servicio.

A lo largo de esta investigación encontramos que las creencias religiosas fueron centrales en el proceso de asimilación del VIH-SIDA dentro del grupo de estudio, todos reconocieron creer en Dios, sin embargo, se corroboró un distanciamiento entre este principio y la práctica de tradiciones que le son consecuentes, ya que sólo una tercera parte realiza rituales oficiales como la asistencia a misa o el cumplimiento de sacramentos (Benjamín, Felipe y Vicente); no obstante esta inconsistencia, la religión se observó en prácticas de resignificación que resultaron provechosas para restablecer la vida cotidiana enfrentar el estigma.

Algunos autores (Barragán et al., 2009:141) plantean que “las creencias religiosas funcionan como estrategias para afrontar y sobrellevar el dolor, a la vez que fortalecen la esperanza”. También se

encontró que el sufrimiento, la culpa y el desasosiego están presentes cuando solicitan el apoyo de Dios, los entrevistados reconocieron que los rezos y plegarias les han ayudado a aminorar las sensaciones de angustia y temor. La enfermedad metabolizada como castigo por la conducta sexual encuentra en la religión la posibilidad de cambio y oportunidad para reafirmar la normatividad con más certeza pues ya se conocen las “consecuencias” de lo contrario, en dicha reafirmación puede potencializarse la culpa, pero al mismo tiempo, en quienes logran superar esta asociación, la vinculan con la tranquilidad.

La religión ofrece un ámbito en el que los creyentes buscan explicaciones, sin encontrarlas del todo, las reconstruyen a manera de una sensación de consuelo, escucha y comprensión que les devuelve tranquilidad, en un proceso descrito por Le Breton (1995:99), quien considera que “los sistemas religiosos integraron el sufrimiento humano en sus explicaciones del universo. Buscaron justificarlo en relación con Dios, los dioses o el cosmos; e indicar las maneras mediante las cuales los hombres debían asumirlo o combatirlo”. Todos los informantes se identificaron con una determinada creencia religiosa en la que se sintieron “apoyados” frente a sentimientos de tristeza, confusión, preocupación y desesperanza, de tal manera que las creencias religiosas se fortalecen en el individuo mismo y de algún modo generan la posibilidad de adaptarse al diagnóstico en una suerte de reconciliación que permite entonces, la capacidad de buscar estrategias para reforzar y mejorar la calidad vida.

Referencias bibliográficas

- Arévalo, L. y Ávila, S. P. (2012). Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/SIDA: revisión literaria. *Revista Med*; 20(1):52-61.
- Augé, M. (2004). *¿Por qué vivimos?: Por una antropología de los fines*. España: Gedisa.
- Barragán, A. (2005). *La Experiencia del Dolor Crónico*, Tesis de Doctorado en Antropología. México: INAH-SEP.
- Barragán, S. A., Bautista, S. S., Gutiérrez, G. J. L., Jiménez, O. M., Ramírez, B. A., Godínez, C. N. C y Artiachi, L. G. (2009). La experiencia del dolor crónico y el imaginario religioso desde la perspectiva del paciente y su familia. *Archivos en Medicina Familiar*; 11(3)136-144.
- Bourdieu, P. (1984). *Sociología y cultura*. México: Grijalbo/CONACULTA.
- De Waal, M. A. (1975). *Introducción a la antropología religiosa*. España: Verbo divino.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. España: Gedisa.
- Heller, A. (1998). *Sociología de la vida cotidiana*, península. España: Península.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*; 44(6):554-564.
- James, W. (1994). *Las variedades de la experiencia religiosa: estudio de la naturaleza humana*. España: Península.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Argentina: Nueva Visión.
- Levinas, E. (2005). *Dios, la muerte y el tiempo, colección teoremas*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDS-changedeverything/factsheet> Consultado el 3 de junio 2017.
- Robles, B. A. y Granados, J. A. (2018). *In-corporación del VIH: siete cartografías*. México: Universidad Autónoma Metropolitana,.
- Torres, L. y Serrano, I. (2007). Las Iglesias Protestantes en Puerto Rico ante el VIH/ SIDA: Opiniones de Líderes de Dos Denominaciones. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*; 41(2):167-176.