

SALUD, SUBJETIVIDAD Y ESTUDIOS CUALITATIVOS

APROXIMACIONES A LA SALUD SEXUAL,
FÍSICA Y MENTAL

*Health, subjectivity and qualitative studies
Approaches to sexual, physical and mental health*



Cita este libro / Cite this book:

Moncayo, J. E.; Orejuela, J.; Reyes, W. & Pérez-Arizabaleta, M. (2022). *Salud, subjetividad y estudios cualitativos. Aproximaciones a la salud sexual, física y mental*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Universidad EAFIT; Universidad Antonio Nariño.

Palabras Clave / Keywords:

Salud, estudios cualitativos, subjetividad, sexualidad, diversidad.

Health, qualitative studies, subjectivity, sexuality, diversity.

Contenido relacionado:

<https://investigaciones.usc.edu.co/>

SALUD, SUBJETIVIDAD Y ESTUDIOS CUALITATIVOS

APROXIMACIONES A LA SALUD SEXUAL,
FÍSICA Y MENTAL

*Health, subjectivity and qualitative studies
Approaches to sexual, physical and mental health*

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Johnny Orejuela

Wilmar Reyes Sevillano

María Del Mar Pérez Arizabaleta

Autores



El conocimiento
es de todos

Minciencias

UNIVERSIDAD
EAFIT[®]

USC
UNIVERSIDAD
SANTIAGO
DE
CHILE
EDITORIAL

UAN
UNIVERSIDAD
ANTONIO NARIÑO

Salud, subjetividad y estudios cualitativos. Aproximaciones a la salud sexual, física y mental. / Jorge Eduardo Moncayo, María Del Mar Pérez Arizabaleta [y otros]. -- Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali, Sello Editorial, Universidad EAFIT y Universidad Antonio Nariño, 2022.

368 páginas: ilustraciones; 24 cm.
Incluye referencias bibliográficas.

ISBN IMPRESO 978-628-7501-50-8 ISBN DIGITAL 978-628-7501-51-5

1. Salud 2. Estudios cualitativos 3. Subjetividad 4. Sexualidad.
I. Jorge Eduardo Moncayo. II. María Del Mar Pérez Arizabaleta. Universidad Santiago de Cali.

LC WA900

CO-CaUSC
jrgh/2022



El conocimiento
es de todos

Minciencias



Salud, subjetividad y estudios cualitativos. Aproximaciones a la salud sexual, física y mental.

© Universidad Santiago de Cali, Universidad Antonio Nariño y Universidad EAFIT.

© Autores: Jorge Eduardo Moncayo Quevedo, Johnny Orejuela, Wilmar Reyes Sevillano
y María Del Mar Pérez Arizabaleta.

1a. Edición 100 ejemplares.

Cali, Colombia - 2022.

Fondo Editorial Universidad Santiago de Cali

Santiago de Cali University Publishing Fund

Carlos Andrés Pérez Galindo

Rector

Claudia Liliana Zúñiga Cañón

Directora General de Investigaciones

Edward Javier Ordóñez

Editor en jefe

Comité Editorial / Editorial Board

Claudia Liliana Zúñiga Cañón

Edward Javier Ordóñez

José Fabián Ríos

Herman Alberto Revelo

Mónica Carrillo Salazar

Santiago Vega Guerrero

Milton Orlando Sarria Paja

Sandro Javier Buitrago Parias

Mónica Alexandra Monsalve Álvarez

Fondo Editorial Universidad Antonio Nariño

Antonio Nariño University Publishing Fund

Héctor Bonilla Estévez

Rector

Guillermo Alfonso Parra

Vicerrector de Ciencia, Tecnología e Innovación

Lorena Ruiz Serna

Directora Fondo Editorial

Proceso de arbitraje doble ciego:

“Double blind” peer-review.

Recepción / Submission:

Agosto (August) de 2021.

Evaluación de contenidos / Peer-review outcome:

Septiembre (September) de 2021.

Correcciones de autor / Improved version submission:

Octubre (October) de 2021.

Aprobación / Acceptance:

Noviembre (November) de 2021.



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Este libro es resultado de investigación del proyecto titulado Sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en relación con el VIH en población clave, mujeres Transgénero y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en la ciudad de Cali y Medellín, financiado por Minciencias, con el código 123380763100. 2019-2021.

Agradecimientos

Acknowledgments

A Minciencias por la financiación de estudios cualitativos que abre la puerta a la producción de otras formas de construir conocimientos y de hacer lectura de problemáticas sociales que demandan soluciones desde la apropiación social del conocimiento. Por más investigaciones cualitativas y contextualizadas con la población. Igualmente, por su apoyo a la formación de recurso humano, Doctorado y Magister, celebramos que esta política se mantenga en función de aquellos que tienen el mismo anhelo de acceder al más alto nivel académico en nuestro país.

A las personas con experiencia de vida *trans* y *hombres* que tienen *sexo con hombres* de Cali y Medellín que participaron activamente en este proceso investigativo. Gracias por sus voces, saberes y experiencias que aportaron en la construcción de conocimiento.

A Santamaría Fundación por la disposición al trabajo colectivo, por el apoyo en el trabajo de campo y por la apertura a la construcción de saberes. Gracias también por TRANSformarnos en este proceso investigativo.

A la Universidad Antonio Nariño y EAFIT por su constante apoyo y por la confianza brindada a sus investigadores. Además, agradecer a quienes están a cargo de los procesos administrativos, porque su gestión permite que esta investigación llegue a un buen puerto.

Contenido

Resumen	15
Prólogo	19
Introducción	27

I Parte

Preámbulo de un camino recorrido e (in)acabado	31
---	----

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo, Johnny Orejuela, Wilmar Reyes Sevillano
y María Del Mar Pérez Arizabaleta

Fase inicial del proyecto	31
Fase final del proyecto: transformaciones y nuevas miradas	34
La subjetividad: un desencuentro para los estudios cuantitativos	35
Ciencias sociales una mirada desde perspectivas cualitativas para pensar la salud sexual, mental y física	47
Métodos cualitativos: otros caminos para dar inteligibilidad a la salud.....	55
La construcción del escenario social de la investigación	58

II Parte

Salud sexual y subjetividad: sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón	67
--	----

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo, María Del Mar Pérez Arizabaleta, Wilmar Reyes Sevillano
y Johnny Orejuela

Introducción	70
Revisión de la literatura	73
El papel de las características sociodemográficas.....	77
El lugar de las instituciones y los grupos sociales en la aparición o reducción de prácticas de riesgo	83
El problema del estigma	89
Estudios a nivel nacional	90

Las producciones subjetivas en el centro del debate.....	91
Algunas consideraciones metodológicas	93
Limitaciones del estudio	102
Construcción del escenario social de la investigación	104
Acercamiento a la población trans	104
El ingreso al campo. Infidencias de la experiencia investigativa con población de MT	106
El ingreso al campo. Infidencias de una experiencia investigativa con población HSH	109
Resultados	112
Producciones subjetivas respecto al no uso del condón:	
El caso de mujeres trans de Cali y Medellín	112
Sobre la “educación” sexual	114
Educando la sexualidad: la institución educativa y la familiar	114
El posicionamiento familiar respecto a la sexualidad	123
Flexibilización del uso del condón	125
Sexo desenfrenado: descubriendo (se en) la sexualidad.....	125
Las culturas del no uso del condón: el porno y la religión	127
La atracción, la excitación, el consumo de alcohol y drogas	129
El sexo oral	135
La práctica sexual “socialmente exonerada” del uso del condón.....	135
La coerción social.....	137
La imposición de la pareja sexual (el cliente, novio/esposo/amigo “con derechos”) y del mercado que promueve el no uso del condón	137
Estrategias de afrontamiento frente al no uso del condón	144
Producciones subjetivas respecto al uso del condón:	
el caso de mujeres trans de Cali y Medellín.....	148
El autocuidado	148
La familia consanguínea y social en el autocuidado	148
La experiencia ajena de una ITS	155
Producciones subjetivas respecto al uso y no uso del condón.	
El caso de los HSH	157
Cazando el bicho, ¿una forma de resistencia?	172
Después de las conductas de riesgo; entre la angustia, la espera y la culpa....	191
Consideraciones finales	193

III Parte

Subjetividad y salud mental: el caso de un hospital público..... 217

María Del Mar Pérez Arizabaleta y Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Introducción	219
Perspectiva teórica	225
Sobre el servicio de hospitalización en una Unidad de Salud Mental	227
Método	229
Construcción del escenario social de la investigación	232
Resultados	239
Producciones subjetivas emergentes alrededor del servicio de hospitalización en una Unidad de Salud Mental	240
La USM como un espacio micro social de la crisis de la salud colombiana	240
“La enfermedad mental ya no es algo ajeno a uno”: Nuevos sentidos sobre la salud y la enfermedad mental.	249
¿Por qué estoy aquí si yo no estoy loco? Producciones subjetivas de pacientes asociadas al servicio de hospitalización	259
Discusión	269
Conclusiones	273

IV Parte

Entre médicos y pacientes. Una entrada etnográfica en la atención en salud a sujetos diabéticos 289

Wilmar Reyes Sevillano, Jorge Eduardo Moncayo Quevedo y Johnny Orejuela

Introducción	292
El comienzo: Interés en la experiencia de enfermar de diabetes	300
El ingreso al campo	303
La experiencia de la enfermedad y la relación con el sistema de salud: seis proposiciones	307
Los médicos hablan del cuerpo enfermo del paciente, pero niegan a este su presencia y la posibilidad de la palabra. Se refieren al enfermo, ignorando al sujeto	307

Los criterios para describir la calidad del servicio responden a valores morales.....	311
La experiencia subjetiva del padecimiento, y los discursos y saberes que produce, no tienen lugar en el espacio de la consulta.....	316
Las metáforas constituyen una herramienta comunicativa cuyo papel en la consulta es paradójico, pues acercan y a la vez distancian a los implicados	318
Entre los enfermos y sus cuidadores se establece una relación jerárquica no pocas veces atravesada por la agresividad y el escenario de la consulta favorece tal revelación.....	322
De la división subjetiva y la ruptura biográfica en la experiencia del padecimiento.....	330
Género, sexualidad y diabetes	333
Consideraciones finales	343

Epílogo

Voces y saberes de las mujeres trans: de la experiencia vivida y el saber popular para la academia	349
<i>María Del Mar Pérez Arizabaleta y Jorge Eduardo Moncayo Quevedo</i>	
Acerca de los autores.....	373
Pares Evaluadores.....	375

Table of contents

Abstract	17
Foreword	19
Introduction	27

Part I

Preamble of a road traveled and (un)finished	31
---	----

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo, Johnny Orejuela, Wilmar Reyes Sevillano
and María Del Mar Pérez Arizabaleta

Initial phase of the project	31
Final phase of the project: transformations and new approaches	34
Subjectivity: a misunderstanding for quantitative studies	35
Social sciences a look from qualitative perspectives to think about sexual, mental and physical health.....	47
Qualitative methods: other ways to give intelligibility to health	55
The construction of the social scenario of research	58

Part II

Sexual health and subjectivity: constructed meanings around condom use and non-use	67
---	----

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo, María Del Mar Pérez Arizabaleta, Wilmar Reyes Sevillano
and Johnny Orejuela

Introduction	70
Review of the literature	73
The role of sociodemographic characteristics	77
The place of institutions and social groups in the emergence or reduction of risky practices	83
The problem of stigma	89
Studies at the national level.....	90

Subjective productions at the center of the debate	91
Some methodological considerations	93
Limitations of the study	102
Construction of the social setting of the research	104
Approach to the Trans population	104
Entering the field. Inferences from the research experience with the TM population	106
Entering the field. Inferences from a research experience with MSM population	109
Results.....	112
Subjective productions regarding the non-use of condoms:	
The case of Trans Women from Cali and Medellin	112
On sexual “education”	114
Educating sexuality: the educational institution and the family institution.....	114
The family’s position on sexuality.....	123
Making condom use more flexible	125
Unrestrained sex: discovering sexuality (se en)	125
Cultures of non-use of condoms: porn and religion.....	127
Attraction, arousal, alcohol and drugs use	129
Oral sex.....	135
Sexual practice “socially exempted” from condom use	135
Social coercion	137
The imposition of the sexual partner (client, boyfriend/husband/”entitled” friend) and the market that promotes the non-use of condoms.....	137
Coping strategies in the face of non-use of condoms	144
Subjective productions regarding condom use:	
the case of trans women in Cali and Medellin.....	148
Self-care.....	148
The consanguineous and social family in self-care	148
The experience of an STI by others	155
Subjective productions regarding condom use and non-use.	
The case of MSM	157
Hunting the bug, a form of resistance?.....	172
After risk behaviors; between anguish, waiting and guilt	191
Final considerations.....	193

Part III

Subjectivity and mental health: the case of a public hospital..... 217

María Del Mar Pérez Arizabaleta y Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Introduction	219
Theoretical perspective.....	225
About the inpatient service in a Mental Health Unit	227
Method.....	229
Construction of the social setting of the research	232
Results.....	239
Emerging subjective productions around the hospitalization service in a Mental Health Unit	240
The USM as a micro social space of the Colombian health crisis.....	240
“Mental illness is no longer something alien to one”: new meanings about mental health and illness	249
Why am I here if I am not crazy: Subjective productions of patients associated with the inpatient service	259
Discussion	269
Conclusions	273

Part IV

Between physicians and patients. An ethnographic entry into the health care of diabetic subjects 289

Wilmar Reyes Sevillano, Jorge Eduardo Moncayo Quevedo y Johnny Orejuela

Introduction	292
Beginning: Interest in the experience of becoming ill with diabetes.....	300
Entering the field	303
The experience of illness and the relationship with the health care system: six propositions	307
Physicians speak of the patient’s sick body, but deny the patient’s presence and the possibility of speech. They refer to the patient, ignoring the subject	307
Criteria for describing the quality of service respond to moral values....	311

he subjective experience of suffering, and the discourses and knowledge it produces, have no place in the consultation space	316
Metaphors constitute a communicative tool whose role in the consultation is paradoxical, since they bring closer and at the same time distance those involved.....	318
A hierarchical relationship is established between patients and their caregivers that is often marked by aggressiveness, and the consultation setting favors such a revelation	322
Of subjective division and biographical rupture in the experience of suffering.....	330
Gender, sexuality and diabetes.....	333
Final considerations	343

Epilogue

Trans women’s voices and knowledge: from lived experience and popular knowledge to academia	349
--	------------

María Del Mar Pérez Arizabaleta y Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

About the authors	373
Peer Evaluators.....	375

Resumen

El objetivo de este libro es presentar los resultados de la investigación *Sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres (HSH)* en las ciudades de Cali y Medellín. Se presentan también resúmenes extendidos de los resultados de los trabajos de posgrado que se apoyaron en la investigación desde diferentes disciplinas (psicología y sociología). Las investigaciones son de corte cualitativo y se ocupan de la subjetividad y la salud desde diferentes perspectivas teóricas y metodológicas. Estos se ocupan de la salud sexual y reproductiva, la salud mental y la salud física.

La investigación central da cuenta las experiencias alrededor del uso y no uso del condón en mujeres transgénero y HSH; tuvo como objetivo describir y analizar las producciones subjetivas y los sentidos construidos alrededor de la salud sexual, las prácticas de riesgo y el autocuidado. Así, pues, se resaltan aspectos que en los estudios de corte cuantitativo suelen ser ignorados o abordados de manera tenue. Discutimos la relación estructura-agencia, evitando caer en reduccionismos frente a una cuestión por demás compleja como la sexualidad y sus diversas formas de ser vivida.

La investigación producto del trabajo de grado de maestría (en psicología) describe las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el servicio de hospitalización en una unidad de salud mental de la ciudad de Cali, donde se identificó que la sala de hospitalización psiquiátrica, lugar en el que se realizó la investigación, actúa como un espacio donde convergen producciones subjetivas alrededor del miedo, el estigma de la salud mental y también de la vocación y cuidado hacia la misma. De igual manera se

analiza que las dinámicas de interacción social del espacio, permiten desdoblamientos de producciones subjetivas en donde se transforma como interpretar, comprender y vivir la salud y enfermedad mental más allá del temor y el estigma social. En articulación con el proyecto de investigación que reúne todos los apartados de este libro, en este capítulo, la salud mental, también se plantea la discusión respecto al estigma y su impacto en la salud.

La investigación doctoral (en sociología) presenta un resumen extendido titulado *Sufrir del azúcar: diabetes, atención en salud y vida cotidiana*. El apartado se centra en la relación de paciente con el sistema de salud, lo que incluye, por supuesto, a los médicos y su discurso fundado en la biomedicina; el apartado también se ocupa de mostrar cómo se dio el ingreso del investigador al campo, para finalmente ilustrar similitudes y diferencias asociadas a la vivencia de la enfermedad desde la perspectiva de hombres y mujeres. Todo esto con el objetivo de analizar y describir la experiencia subjetiva del padecimiento de la enfermedad crónica, particularmente de la diabetes.

Abstract

The objective of this book is to present the results of the research project on the research on the senses built around the use and non-use of condoms in transgender women and men who have sex with men (MSM) in the cities of Cali and Medellín, as well as the articulation of the postgraduate works that supported this study from different disciplines. The three studies are articulated in the study of health from qualitative methods and the concept of subjectivity from different theoretical perspectives and different empirical verification fields, namely; sexual health, mental health and physical health. The central research focuses on giving an account of the experiences and experiences around the use of condoms in the last two populations mentioned, its objective is to describe subjective productions, specifically the senses built on the use or non-use of condoms. The study gives intelligibility to subjective productions that many times are relegated from quantitative studies, likewise, it discusses the role played by the structure and the agent in these sexual practices without falling into reductionism. The interpretations and conjectures that the research presents are supported not only in the empirical, the researcher's interpretation, but also in different studies that have developed the subject from different methods and different countries.

The research product of the master's degree work describes the emerging subjective productions of health personnel and patients about the hospitalization service in a mental health unit in the city of Cali, where it was identified that the psychiatric hospitalization room -place in the that the research was carried out-, acts as a space where subjective productions converge around fear, the stigma of mental health and also the vocation and care towards it. In the same way, it

is analyzed that the dynamics of social interaction of the space, allow unfolding of subjective productions where the way of interpreting, understanding and living mental health and illness is transformed beyond fear and social stigma. In conjunction with the research project that brings together all the sections of this book, in this chapter, mental health, the discussion of stigmatization on the repercussions of stigmatization on health is also raised.

The doctoral research presents an extended summary entitled *Suffering from sugar: diabetes, health care and everyday life*. The section focuses on the patient's relationship with the health system, which includes, of course, doctors and their discourse based on biomedicine; The section also deals with showing how the researcher entered the field, to finally illustrate similarities and differences associated with the experience of the disease from the perspective of men and women. All this with the aim of analyzing and describing the subjective experience of suffering from chronic disease, particularly diabetes.

Prólogo

Foreword

Este es un libro que entreteje, a través de tres estudios cualitativos, las historias de salud física, mental y sexual de grupos de personas tal como las perciben desde su subjetividad y en el contexto del sistema de salud en Colombia.

La primera parte corresponde a un elaborado marco teórico que no deja lugar a engaños sobre el concepto de subjetividad que va a constituirse tanto en fundamento como en objeto de las investigaciones que dan vida a las temáticas presentadas en el libro. Aunque se describen aportes de pensadores europeos contemporáneos de la dimensión intelectual de Foucault y Bourdieu y se reclama la pertinencia de la perspectiva constructivista, esto lo hacen los autores para sustentar por qué adoptan el pensamiento del latinoamericano Fernando González Rey como herramienta de análisis. Es su teoría sobre la subjetividad la que va a nutrir de sentidos y significados las historias reportadas por los participantes en las entrevistas y grupos focales realizadas.

El problema de la relación entre el sujeto y el objeto de conocimiento hace parte de la esencia de los debates filosóficos y epistemológicos a través de la historia. Este problema es mucho más complejo cuando el objeto de estudio es otro “sujeto” que percibe, se emociona y conoce al interactuar personal y socialmente con la realidad como sucede con el objeto de estudio en las ciencias humanas o sociales¹. En líneas generales, el empirismo positivista propone como criterio de conocimiento científico, la correspondencia mecanicista entre

¹ No se debe pasar por alto la existencia de un debate inconcluso en torno a si las denominadas ciencias sociales ostentan un estatus similar al de las ciencias naturales, tienen su propia validez epistemológica o son simple ideología.

la realidad observable y la subjetividad. En su versión más radical, representada en psicología por el conductismo de Watson y Skinner, niega abiertamente lo subjetivo o lo relega al cuarto de San Alejo por la dificultad intrínseca para cuantificarlo².

En contraste, el constructivismo radical anclado en el idealismo kantiano niega el conocimiento ontológico y absolutiza lo subjetivo y el relativismo hasta llegar a plantear que es imposible conocer la verdad objetiva. A estas posiciones, Hegel, Marx y Engels respondieron reconociendo la subjetividad y el relativismo en el conocimiento, a la vez que alertaron sobre lo absurdo de reducir el conocimiento a lo relativo o a lo subjetivo. Dentro de esta concepción dialéctica, la ciencia es producto del conocimiento objetivo, el cual no solo permite interpretar subjetivamente la realidad, sino transformarla. El asunto de la consciencia, del lenguaje, de la subjetividad y su relación con la objetividad planteado por los pensadores marxistas clásicos fue objeto de intenso debate en la psicología soviética durante la mayor parte del siglo XX. Los herederos de la obra Pavloviana, Rubinstein, Luria, Vygotsky, entre otros, trabajaron en procura de construir los cimientos de una psicología marxista, trabajo que González Rey debió retomar críticamente y que influenció el desarrollo de su teoría de la subjetividad³.

Usualmente, los estudios cualitativos se inscriben en el campo de la fenomenología por investigarse la forma en que las personas participantes viven la experiencia del fenómeno estudiado, o en el campo de la hermenéutica, por el énfasis en la interpretación de esas experiencias. Las investigaciones cualitativas que integran este libro se orien-

² Con el propósito de reducir el objeto de estudio de la psicología a la conducta observable, Skinner postuló la existencia de una “caja negra” en la que neurofisiología y subjetividad debían permanecer encerradas y excluidas.

³ Al respecto es ilustrativo una de sus últimas publicaciones: González Rey (2016). *Marxismo, subjetividad y psicología cultural histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. Teoría y Crítica de la Psicología* 7, pp. 40-55. <http://www.teocripsi.com/ojs/> (ISSN: 2116-3480).

tan por un nuevo paradigma de la subjetividad, el de González Rey, surgido de un enfoque cultural e histórico y del avance en la comprensión dialéctica de la relación entre sujeto y objeto de estudio.

Actualmente, numerosos investigadores cuantitativos reconocen las limitaciones de los resultados obtenidos con su metodología y dan importancia a lo cualitativo como necesario complemento de su búsqueda de verdad objetiva. Por ejemplo, en la vigilancia de comportamientos de riesgo para VIH, previamente a la elaboración de los cuestionarios y de la administración de pruebas de VIH, se exploran con métodos etnográficos, en lo que se llama en Estados Unidos *formative research*, las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos poblacionales de interés y se estudian las percepciones de personas representantes de las comunidades a estudiar. Solo cuando se descubren en Houston cambuches en los que personas se inyectan drogas mientras miran hacia el skyline de los rascacielos de la ciudad, se puede entender la alta prevalencia de VIH en la población que vive por debajo de la línea de pobreza, prevalencias que son similares a las de Haití o los países africanos situados al sur del Sahara. De igual manera, cada vez son más los investigadores cualitativos que colectan y analizan información sociodemográfica y otros datos cuantitativos para complementar la información y el análisis de sus “bases de datos cualitativos”.

La segunda parte del libro se inicia con el estudio sobre el uso del condón en hombres que practican actividades homoeróticas. Su lectura evoca, de manera inmediata diversas reflexiones: por ejemplo, la pandemia de VIH/SIDA trajo a la superficie el hecho simple del predominio del placer sobre la reproducción en el ejercicio de la función sexual humana. Como se lee en el texto, el uso del condón entre hombres no tiene la finalidad de prevenir un embarazo sino el prevenir una infección sexualmente transmisible. Antes del VIH era impensable la generalización del uso del condón en las relaciones homosexuales pues se consideraba casi que exclusivamente un método anticonceptivo. En las entrevistas, algunos participantes asociaron el uso de condón con

la disminución de sensaciones placenteras durante el acto sexual. En consecuencia, prefieren entonces asumir el riesgo de infección: “Por un momento de placer, uno deja todo”, afirmó uno de ellos. Sea una percepción objetiva o una creencia, este sentido del condón como barrera para el placer es común a hombres heterosexuales u homosexuales. De hecho, durante los picos de la pandemia de VIH en los 1980s y 1990s, miembros de la comunidad gay en San Francisco y otras ciudades desarrollaron procedimientos y técnicas para erotizar el uso del condón. Promover la educación o la salud sexual sin darle el puesto que le corresponde al erotismo es un contrasentido.

Relacionado con la prevención de la infección por VIH es importante observar que, durante los primeros años de la pandemia, las estrategias preventivas fueron exclusivamente de naturaleza no farmacológica y tenían como eje la evitación o modificación de las conductas sexuales de riesgo y la adquisición de conductas de protección tales como el uso del condón. Fue un período que concluyó cuando la gran industria farmacéutica logró producir los primeros “cocteles” anti-retrovirales, inicialmente como tratamiento, que no cura, y posteriormente también como prevención en personas negativas en las pruebas de VIH. Este modelo biomédico y comercial se impuso y con él se amplió el mercado de los antirretrovirales. Ciertamente la terapia farmacológica disminuyó las tasas de mortalidad, dando paso al imaginario sobre el SIDA como enfermedad crónica, pero al mismo tiempo se profundizaron las inequidades entre países ricos y países pobres en el acceso a estos fármacos⁴.

La investigación con participación de mujeres trans de Cali y Medellín requirió de un proceso de generación de confianza que se inició con la asistencia de los investigadores a eventos de la comunidad LGTBIQ+. Ese enfoque participativo, comunitario y dialógico adoptado para el

⁴ Ver: Arrivillaga, M., Useche, B. Directores académicos. (2011). *Sida y Sociedad. Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia*. Bogotá, Colombia: Ediciones Aurora.

trabajo con las mujeres trans para el estudio confirmó que las personas trans hacen parte de una población “escondida o difícil de acceder”⁵.

La experiencia de vida trans no ha dejado de ser subversiva pues atenta contra el statu quo de la familia nuclear de padre, madre e hijos y porque amenaza los dogmatismos dicotómicos hombre – mujer; masculino – femenino; heterosexual – homosexual, basados en el absolutismo de la función reproductora de la sexualidad⁶. En Latinoamérica, la transfobia llegó con los conquistadores españoles y desde entonces ha sido fuente del estigma que recae sobre las personas trans.

A su vez, la estigmatización se constituye en determinante social y cultural del aislamiento de las comunidades de mujeres trans, que empobrecidas y desahuciadas se refugian en la prostitución, el alcohol, las drogas y las conductas sexuales de mayor riesgo para su salud⁷, evidencia de todo lo cual fue hallada en este estudio. Al igual que en ciudades de otros países con altos índices de desigualdad económica y social, la prevalencia de VIH en las mujeres trans de Cali y Medellín, las dos ciudades donde tuvo lugar la investigación incluida en este libro es desproporcionadamente mayor al resto de la población. La prevalencia de VIH en 2016 para las mujeres trans de Cali fue del 25.1% y para las mujeres trans de Medellín, del 20 %⁸.

⁵ Ver: Useche, B. & Arrivillaga, M. (2008). A comparison of three methods for sampling hard-to-reach or hidden populations. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10), 167-176.

⁶ Ver: Useche, B. 2005. “Medicalización, erotismo y diversidad sexual: una crítica sexológica al DSM-IV-TR”. *Sexología Integral*, 2: 87-95.

⁷ Ver: Risser, J. M. H., Shelton, A., McCurdy, S., Atkinson, J., Padgett, P., Useche, B., Thomas, B., & Williams, M. (2005). Sex, drugs, violence, and HIV status among male-to-female transgender persons in Houston, Texas. *International Journal of Transgenderism*, 8(2-3), 67-74.

⁸ Sierra, C., Useche, B., Botero, S. (2016) Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia -2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/libro-vulnerabilidad-mujeres-trasns.pdf>

Tercera Parte del Libro. Una dimensión destacada del análisis en la investigación que se desarrolló en la Unidad de Salud Mental de uno de los hospitales públicos más importantes del país es la forma como el sistema de salud es internalizado en la subjetividad individual de pacientes y personal de salud y se “atraviesa” con la subjetividad social que emana de las interacciones solidarias en el espacio del servicio hospitalario. Difícilmente se encuentra una mejor comprensión de la realidad del sistema de salud en Colombia, establecido a imagen y semejanza de las compañías aseguradoras o EPS, que la contenida en la expresión de la médica de la Unidad de Salud Mental: “Estoy cansada de una EPS que no autoriza nada. Hay una paciente que lleva en el Hospital 45 días y esta EPS no autoriza nada”. Este es el mismo sistema de salud que como alternativa financiera implementa reestructuraciones de los hospitales con la consecuente “reducción de personal”, el mismo sistema de salud que abandona, que está ausente de las vivencias del paciente y de su familia, que frustra a los profesionales de la medicina.

Una segunda dimensión es la de las subjetividades construidas acerca de la enfermedad mental misma. Podría decirse que incluso los pacientes más comprometidos se hacen los locos con su problema para que no los rotulen de locos y evitar el estigma y la discriminación. De ahí su insistencia en que no tienen, o no conocen su diagnóstico; o el interés que expresan en diferenciarse. Aunque el tratamiento gira en torno al psicofármaco, el diálogo entre pacientes y personal de salud conduce a una reconceptualización del espacio psiquiátrico en términos de un lugar de “reflexión y de reposo”.

Finalmente, en la cuarta parte del libro se encuentra la investigación con los pacientes diabéticos, la cual conduce a dos miradas que hoy están presentes en la salud pública: los determinantes sociales y el concepto de “sindemia”. El primero se refiere a los gradientes que se encuentran en la prevalencia de morbilidad y mortalidad asociadas a las condiciones de vida y especialmente al estrato socioeconómico, de tal manera que se enferman más y mueren más, los más pobres y

quienes sufren la peor parte de las inequidades sociales y de acceso a servicios de salud. Una sindemia, término acuñado inicialmente en antropología médica, es la sinergia entre pandemias de enfermedades transmisibles y no transmisibles bajo el impacto de los determinantes sociales. Determinantes y sindemia son el contexto apropiado para entender la epidemiología social⁹ de la diabetes.

Impactan en el análisis dos realidades que son conocidas, pero de las que poco se sabe sobre las formas que adquieren sus subjetividades: la relación médico-paciente y las diferencias de género en el impacto que tiene la enfermedad sobre la sexualidad. “Los médicos hablan del cuerpo enfermo del paciente, pero niegan a este su presencia y la posibilidad de la palabra”. La forzosa brevedad de la consulta, el imperativo administrativo para asegurar la facturación, entre otros condicionamientos impuestos por el sistema de salud, amordazan a la persona que consulta. El desequilibrio entre quien posee el saber farmacológico y quien es aquejado por el sufrimiento se ha normalizado y el diálogo permanece ausente. Pocas angustias se viven tan intensamente como el no poder integrar el deseo con el desempeño sexual. Poco sirve al paciente saber que “ya empecé neuropatía” si la “impotencia” lo apabulla y lo deprime.

Estos comentarios no agotan el análisis sobre el texto que han escrito mis colegas, simplemente reflejan el interés que en cualquier lector puede suscitar esta obra. Los autores han logrado en este libro de investigación articular bajo el hilo conductor de la subjetividad individual y social, y mediante la metodología de los estudios cualitativos, algunas áreas de la salud física, mental y sexual. Con su trabajo invitan al lector a romper con el tan arraigado dualismo cartesiano cuerpo - mente y a analizar lo subjetivo desde un enfoque histórico y cultural compatible con el conocimiento de la realidad objetiva.

⁹ Es importante anotar que hoy se diferencia entre epidemiología, epidemiología clínica y epidemiología social.

Los estudios cualitativos recogen historias personales que se deconstruyen para luego armar una nueva historia, esta vez, una historia explicativa de alcance colectivo. Las historias en este libro narran y explican las experiencias vividas por hombres que disfrutaban de su sexualidad con otros hombres mientras el riesgo de infección está presente; de mujeres trans que pagan un alto precio por ello; de personas que terminaron hospitalizadas o trabajando en un servicio hospitalario en donde se trata la locura con moléculas químicas en frascos o inyecciones pero se cura con el placebo de los vínculos emocionales, y de pacientes de ambos sexos cuyos altos niveles de azúcar no solo minan su cuerpo sino que desdoblan su personalidad.

Bernardo Useche, PhD

Bucaramanga, febrero 2022.

Psicólogo Universidad Nacional de Colombia
PhD en Sexualidad Humana, IASHS San Francisco, California
PhD en Salud Pública, Universidad de Texas Houston
Premio Nacional de Investigación Científica en Psicología
Presidente del Colegio Colombiano de Psicólogos 2017 - 2020

Introducción

Introduction

Este libro es financiado por la Convocatoria 807 - 2018, convocatoria para proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud 2018, la cual tuvo como objetivo: “Contribuir a la solución de los retos en salud del país mediante la financiación de proyectos de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación de alto impacto, así como del fortalecimiento de la capacidades nacionales y regionales de CTeI en Salud a través del apoyo a la formación de doctores”.

La convocatoria tenía como área central el sector **salud** y una serie de temáticas asociadas a ella, entre ellas las *enfermedades transmisibles e infecciosas*, y como subtemática *infecciones por VIH/SIDA*. Esto llamó la atención del equipo de investigación en la medida que la solicitud se basaba en realizar análisis cualitativos sobre el uso del condón en población clave, pues es bien conocido que en las áreas de la salud, especialmente en nuestro país, son predominantes los estudios con métodos cuantitativos. En razón a lo anterior, para abordar el tema de la salud y la temática en mención, se decidió consolidar el equipo de investigación que fuera afín al área de la salud en sus diferentes temáticas incluyendo un estudiante de doctorado de segundo año, el cual tenía para el momento su proyecto de tesis doctoral planteado bajo la temática salud y subjetividad que entraba en la temática *enfermedades crónicas no transmisibles*, y la estudiante de maestría en psicología con experiencia en investigación sobre la salud mental. Los dos temas están muy en línea con la convocatoria, además, se consideraba que enriquecían las reflexiones para el proyecto, al tiempo que se ampliaban los campos de verificación empírica desde métodos cualitativos en campo de la salud. Por lo tanto, el proyecto de tesis

doctoral y el trabajo de maestría se anudaban desde el área de la salud, el análisis cualitativo y el concepto de subjetividad.

La participación de estos dos estudiantes, permitió que el proyecto se fortaleciera en la generación de productos de generación de nuevo conocimiento y en la apropiación social del conocimiento. Ambos aspectos son de vital importancia para las nuevas políticas de ciencias, tecnología e innovación de nuestro país. Lo anterior, ayudó en doble vía; por una parte, enriqueció el trabajo realizado por los estudiantes, al tiempo que los estudiantes aportaron al proyecto de investigación.

En coherencia con lo anterior, en este libro presentamos el resultado del proyecto de investigación, así como parte de los trabajos de posgrado. Este libro recoge el resultado de las experiencias de investigación alrededor del proyecto financiado por Minciencias, el cual tuvo por título *Sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en “relación con el VIH” en “población clave”, mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en las ciudades de Cali y Medellín*. El lector podrá encontrar en la primera parte, una presentación de la investigación, desde su inicio y los cambios a lo largo de estos dos años y medio cuando se aborda y trabaja con la población, posteriormente, una reflexión sobre el concepto subjetividad desde diferentes perspectivas teóricas, un debate sobre el método cualitativo en la producción de conocimiento en las ciencias sociales y de la salud, y por último, una aproximación a los métodos que articularon los tres estudios presentados en el libro.

En la segunda parte del libro se presenta la investigación sobre los sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las cuales eran poblaciones priorizadas por ONUSIDA, bajo la estrategia 90-90-90 de 2016-2021, en el que se concentraban acciones para la llamada población vulnerable al VIH, tal como eran en su momento las trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas, mujeres

transgénero y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Este capítulo se concentra en dar cuenta sobre las vivencias y experiencias alrededor del uso del condón en las dos últimas poblaciones mencionadas y tiene como objetivo describir las producciones subjetivas, específicamente a los sentidos construidos sobre el uso o no uso del condón en las ciudades de Cali y Medellín. El anterior objeto de estudio se trabajó desde métodos cualitativos, en especial, se siguieron algunos de los principios del método constructivo interpretativo de González Rey y otras estrategias cualitativas y perspectivas críticas en las cuales la población tuviera voz y no fuera simplemente un objeto pasivo de estudio. En este capítulo se da inteligibilidad a producciones subjetivas que muchas de las veces quedan relegadas de los estudios cuantitativos, asimismo, discute el papel que juega la estructura y el agente en estas prácticas sexuales sin caer en reduccionismos. Las interpretaciones y conjeturas que la investigación presenta se soportan no solo en lo empírico, la interpretación del investigador sino también en diferentes estudios que han desarrollado el tema desde diferentes métodos y diferentes países.

En la tercera parte del libro, se presenta la investigación producto del trabajo de grado de maestría. Bajo el interés de describir las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el servicio de hospitalización en una unidad de salud mental de la ciudad de Cali, se llevó a cabo esta investigación cualitativa desde la perspectiva de la subjetividad de Fernando González Rey, en donde se identificó que la sala de hospitalización psiquiátrica lugar en el que se realizó la investigación, actúa como un espacio donde convergen producciones subjetivas alrededor del miedo, el estigma de la salud mental y también de la vocación y cuidado hacia la salud mental. De igual manera se analiza que las dinámicas de interacción social del espacio, permiten desdoblamiento de producciones subjetivas en donde se transforma como interpretar, comprender y vivir la salud y la enfermedad mental más allá del temor y el estigma social. Este trabajo también permite la discusión sobre las repercusiones de las dinámicas liberales del siste-

ma de salud colombiana en el marco del contexto del cuidado de la salud mental. En articulación con el proyecto de investigación que reúne todos los apartados de este libro, en este capítulo, la salud (mental), también se plantea la discusión de la estigmatización sobre las repercusiones de la estigmatización sobre la salud.

En la cuarta parte de esta obra se encuentra un resumen extendido de la tesis doctoral titulada “Sufrir del azúcar: diabetes, atención en salud y vida cotidiana”. Lo que se presenta se desprende de la etnografía multisituada y las entrevistas en profundidad que dieron origen a los datos empíricos del mentado trabajo. El apartado se centra en la relación del paciente con el Sistema de Salud, lo que incluye, por supuesto, a los médicos y su discurso fundado en la biomedicina; el apartado también se ocupa de mostrar cómo se dio el ingreso del investigador al campo, para finalmente ilustrar similitudes y diferencias asociadas a la vivencia de la enfermedad desde la perspectiva de hombres y mujeres. Todo esto con el objetivo de analizar y describir la experiencia subjetiva del padecimiento de la enfermedad crónica, particularmente de la diabetes.

Por último, en un quinto apartado, y en concordancia con el ejercicio de reconocer las voces y saberes de las mujeres trans, se presenta la transcripción de lo recabado mediante la aplicación de un grupo focal al equipo de Santamaría Fundación, en donde se discutió sobre aspectos metodológicos a tener en cuenta sobre lo que recomienda esta organización de base comunitaria al momento de llevar a cabo acercamientos investigativos desde la academia y los centros de investigación. En este apartado se colocan de manifiesto aspectos que dieron solidez a la confianza del equipo investigativo con la población de mujeres trans, a saber, la importancia del diálogo horizontal (reconocimiento al saber popular como una fuente de saber legítimo), la co-construcción de saberes, entre otros. Esto con el fin de aportar y abrir camino a futuras investigaciones en el campo de la salud.

I PARTE

Preámbulo de un camino recorrido e (in)acabado¹⁰

Preamble of a road traveled and (un)finished

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Universidad Antonio Nariño
Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>

✉ jomoncayo@uan.edu.co

Wilmar Reyes Sevillano

Universidad Cooperativa de Colombia
Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0002-7255-696X>

✉ wilmarh.reyes@campusucc.edu.co

Johnny Orejuela

Universidad EAFIT
Medellín, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-9181-463X>

✉ jorejue2@eafit.edu.co

María Del Mar Pérez Arizabaleta

Universidad Antonio Nariño
Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-8537-6696>

✉ mariadelmarperezari@outlook.com

Fase inicial del proyecto

El proyecto de investigación denominado *Sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en “relación con el VIH” en “población clave”, mujeres Transgénero y hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*

¹⁰ Este juego de palabras es una reflexión e invitación sobre la finalidad de los proyectos, ya que estos en lugar de quedar cerrados completamente, se inscriben dentro de límites que impulsan nuevas preguntas y trazan caminos que deben ser continuados.

Cita este capítulo / Cite this chapter

Moncayo, J. E.; Orejuela, J.; Reyes, W. & Pérez-Arizabaleta, M. (2022). Preámbulo de un camino recorrido e (in)acabado. En: Moncayo, J. E.; Orejuela, J.; Reyes, W. & Pérez-Arizabaleta, M. Salud, subjetividad y estudios cualitativos. Aproximaciones a la salud sexual, física y mental. (pp. 31-65). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Universidad EAFIT; Universidad Antonio Nariño.

en las ciudades de Cali y Medellín, contó con la financiación de Colciencias hoy Minciencias, en el marco de la Convocatoria *para proyectos de ciencia, tecnología e innovación en salud 2018* y fue llevado a cabo durante los años 2019-2021.

El título del proyecto fue redactado en correspondencia con la necesidad planteada por Minciencias, en ese momento, a saber, abordar estudios desde análisis cualitativos sobre el uso del condón en poblaciones clave: mujeres tránsgender, hombres que tienen sexo con hombres, habitantes de calle, personas que se inyectan con drogas, mujeres trabajadoras sexuales; lo anterior, enmarcado en el subtema *Infección por VIH/SIDA* de la temática *Enfermedades transmisibles e infecciosas*.

En el año de la postulación del proyecto a la convocatoria, 2018, se pudo constatar en la literatura científica revisada en ese momento que, pese a los adelantos científico-médicos respecto a estrategias de prevención y tratamientos para el VIH, la transmisión del virus seguía con cifras altas. Por otro lado, la literatura académica también se concentraba en estudiar las prácticas sexuales de riesgo, dando especial énfasis al uso del condón, no obstante, tenía en primer lugar un interés sobre la prevención de embarazos en adolescentes y, en un segundo lugar, la protección frente a ITS (González, Molina, Montero, Martínez & Leyton, 2007; Rengifo, Córdoba & Serrano, 2012; Hernández, Velásquez & Pinzón, 2017). Una cuestión que llamó la atención de estos estudios revisados sobre el uso del condón en diferentes tipos de población, es la poca correlación entre conocimiento y uso, dicho de otro modo, el conocimiento sobre la existencia de los preservativos, los procesos educativos sobre la forma en que deben ser usados, su acceso gratuito, no garantiza que la población haga un uso adecuado de los condones y tengan prácticas sexuales responsables (Mendoza, et al, 2012); sumado a lo anterior, pese a la cantidad de estudios cuantitativos que dan cuenta de los factores o que realizan correlaciones entre conocimiento del uso del condón, de las ITS y prácticas preventivas (entre esas el uso del condón) este tipo de estudios no exponen aquello

que ocurre subjetivamente cuando el sujeto “decide” el camino de las prácticas de riesgo, pese a tener la información preventiva suficiente.

Lo anterior se consideró una razón por la cual los estudios cualitativos son importantes, siguiendo el lineamiento propuesto por Minciencias, en tanto que estos permiten profundizar en las experiencias y vivencias de la población, ayudan a dar inteligibilidad ahí donde los estudios cuantitativos presentan límites, además donde el conocimiento puede ser construido conjuntamente en el contacto con los y las participantes, y con ello producir un saber más contextualizado para el desarrollo de estrategias que incrementen el uso del condón.

Igualmente, dentro del proyecto se contó con la participación de una estudiante de maestría y un estudiante de doctorado, los cuales se inscribieron dentro del marco del proyecto, a saber, los estudios cualitativos y la subjetividad desde campos de verificación empíricos diferenciados relacionados con la salud, salud física (enfermedades crónicas no transmisibles) y salud mental las cuales también hacían parte de la Convocatoria 807 del 2018.

Para el caso de la maestría, el trabajo desde la teoría de subjetividad y el método constructivo interpretativo, abordó la salud mental y abrió un campo de sentido diferente para comprender el tratamiento médico con pacientes de una unidad mental. Por el lado del trabajo doctoral, la tesis aporta a dar inteligibilidad a las experiencias subjetivas del padecimiento de la enfermedad crónica (diabetes mellitus). Lo anterior, implicó considerar la dimensión singular de la enfermedad hasta las condiciones de la estructura y los discursos que se producen en ese encuentro, a propósito de la relación de los sujetos con el cuerpo, la salud y el sistema de salud.

Fase final del proyecto: transformaciones y nuevas miradas

En contraste con lo anterior, dos años después del inicio del proyecto y a portas de terminar el camino transitado, una revisión más profunda de la literatura, así como el trabajo de campo y con la población nos permitió conocer, comprender y analizar las realidades y experiencias de vida de nuestros y nuestras participantes para con ello acercarnos a personas a quienes la salud pública denomina bajo la categoría de “población clave”. La escucha de historias, la observación de realidades y la participación en espacios de conversación crítica sobre las experiencias de vida de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, se revela en este estudio mediante datos que resultan ser suficientes para tensionar las categorías en mención, a saber “población clave” y la relación directa del condón con el VIH.

Reconociendo el contexto mencionado líneas atrás, como también los discursos de los y las participantes, en el análisis de los datos presentados en este libro, pretendemos expandir la lectura de estos temas, trascendiendo el análisis estrictamente categórico, pues pueden llevar a análisis restringidos, como bien lo plantea Ramírez (2015), dentro de los mecanismos saber-poder desde el cual se ubica la ciencia como productora de conocimiento y, con esto se “privilegia la visibilidad de unos discursos sobre otros” (p. 108). Con esto anticipamos que el trabajo de campo y el análisis de los hallazgos estuvieron guiados desde un método constructivo interpretativo (González Rey, 1997, 2005a) el cual dialoga con la producción del conocimiento situado (Haraway, 1991).

Lo anterior se expone con el fin de anticipar al lector respecto el posicionamiento ontológico y epistemológico que tenemos, como equipo de investigación, respecto a las clasificaciones desde las cuales se realizan lecturas sociales, académicas y médicas sobre las personas

que trasgreden el binarismo de género y heterosexual. Entendiendo el primero en mención como la comprensión del sexo y el género desde el marco femenino y masculino, y el segundo como la atracción y comportamiento sexual a personas exclusivamente del sexo opuesto.

Partiendo de lo anterior, como equipo de investigación de lo cualitativo y teniendo como referencia la subjetividad en especial los sentidos subjetivos planteamos esto como objeto de estudio para indagar la pregunta sobre el uso y no uso del condón. Por medio de ello tuvimos la posibilidad de realizar espacios de encuentros conversacionales, entrevistas, grupos focales y observaciones participantes. En cada uno de estos se indagaron experiencias de vida de mujeres trans (MT) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que permiten un análisis diferencial por cada tipo de población, pues las experiencias de vida se presentan de forma diferenciada para HSH y MT; a su vez, estas experiencias tienen un impacto en las formas diferenciales en que se asumen las experiencias sexuales en cada una de las poblaciones. De igual manera, por medio de los resultados de esta investigación se resalta la pluralidad de voces existentes dentro de la propia población (de HSH y de MT), por lo tanto, nos alejamos del hecho de concebir una sola manera de concebir la sexualidad en sus prácticas, identidades y orientaciones.

La subjetividad: un desencuentro para los estudios cuantitativos

En ciencias sociales la pregunta por la otredad, los marcos de sentido, las experiencias y las distintas formas de apropiación del mundo por parte de los individuos conducen a la cuestión de la subjetividad y los sujetos. Estudiar la salud física, mental y sexual supone la problematización dialéctica entre dos cuestiones relevantes, a saber: el sujeto y la sociedad.

Ahora bien, cualquier estudio que se ocupe de las formas en que los sujetos experimentan y se apropian de las distintas realidades que les atañen, remite indefectiblemente a la subjetividad, incluso cuando esta no se erija como una categoría de análisis determinante o resulte ignorada en el análisis de los datos empíricos¹¹.

La subjetividad es una noción densa, no pocas veces mal utilizada, descuidada e incomprendida, pero sin duda, esencial para las ciencias sociales, por ello a continuación haremos un breve repaso por las que a nuestro entender son definiciones y teorizaciones fundamentales en tanto articulan distintas formas de atender la subjetividad.

Foucault se erige como un referente para la comprensión y el análisis de la subjetividad, pues, como bien lo refiere Savater (2016) gran parte de la obra *foucaultiana* tiene por objetivo “estudiar los modos históricos de configuración de determinadas espesuras discursivas, de diferentes objetos de análisis” (p. 294). Estos son *campos de estudio*, según Savater; resalta tres: “sujetos de conocimiento, o sea, sujetos epistemológicos, sujetos de acción, o sea de poder y sujetos morales, o sea, sujetos de voluntad de cuidado de sí” (p. 296). Así, la propuesta de Foucault (de acuerdo a Savater, 2016) se inscribe en el análisis ontológico y gnoseológico de la experiencia humana, poniendo el foco en los alienados, los diferentes, representantes de alteridades menospreciadas en tanto disruptivas.

¿Cómo se llega a ser lo que se es? Es una pregunta que puede rastrearse en la obra de Foucault. Esta alude al *sujeto moral*, pero atiende también al *sujeto del conocimiento* es decir, el sujeto del *saber* y al sujeto de la ac-

¹¹ No estamos afirmando con esto que toda investigación en ciencias sociales deba tener como objeto la subjetividad, a lo que nos referimos es a que siempre que se indaga respecto a la relación sujeto-estructura, ya sea mediante métodos cuantitativos, cualitativos o mixtos, surgirá un remanente de subjetividad(des) susceptible de estudio, bien porque se presente en forma interrogantes, bien porque de cuenta singularidades que explican los cómo y/o los porqués.

ción o del *poder*. La preocupación es por conocer, ¿cómo debo transformar mi yo para encontrar un acceso a la verdad? (Foucault, 1994, p. 69) y la respuesta se halla en la relación entre el sujeto y la experiencia, lo que redundará a su vez en “un verdadero desarrollo de la cultura del uno mismo” (p. 69). Desarrollo resultante de la relación que se establece entre el individuo y los valores que, aun siendo universales, no le son necesariamente accesibles, por lo que este encuentro es productor de displacer gracias a las renunciaciones que se le demandan al sujeto y a la imposición de normas a las que debe acogerse. Lo que hay pues es una preocupación por el sí mismo, cuestión que Foucault (1994) denominó *auto-finalidad* y que alude al camino de acceso a la verdad como paso primero a la transformación del yo. “Es en esta cultura del yo en la que hay que inscribir la historia de la subjetividad, la historia de la relación entre sujeto y verdad” (p. 69). La verdad es subjetivante porque viene de discursos jurídicos y científicos que legitiman el saber, se presentan como incuestionables y definen marcos de *normalidad* y, en consecuencia, de *anormalidad*. Ahora bien, la propuesta *foucaultiana* da cuenta de que los alienados son detentores de un saber que cuestiona el *statu quo* desde adentro en tanto es resultante de los mismos procesos históricos y socioculturales que dan origen a los *sujetos normales*. A esto se refiere Silva (2017) cuando sostiene que Foucault se ocupó de “la búsqueda de lo ignorado, de lo no visto, de esas existencias despreciadas que son parte constitutiva de la sociedad, por más que esa sociedad solo quiera reflejarse en su catálogo de ‘vidas ejemplares’ (p. 125). Entre las existencias despreciadas y las vidas ejemplares la diferencia radica en la *organización de los seres*, a partir de taxonomías que “tienen siempre como fin determinar el ‘carácter’ que agrupa los individuos y las especies en unidades más generales” (Foucault, 1966, p. 240). Proceso que se naturaliza gracias al peso simbólico de sus productores y detentores; termina por establecer el orden social y produce subjetividades.

Hablamos pues de un sujeto de la historia, uno cuya emergencia obedece, entre otros, a discursos configurados en el pasado, pero con efectos en el presente y el futuro, en tanto responden a una relación

dialéctica entre *individuo* y *sociedad*. Es decir, a un encuentro complementario más que a una dicotomía antagónica.

Bourdieu dedica gran parte de su obra a la mentada relación dialéctica e intenta resolver el dilema a partir, entre otros, de dos conceptos fundamentales en su teoría: campo y *habitus*. Ambos dan cuenta tanto de su postura epistemológica, como de su propuesta metodológica. Los campos son principalmente escenarios de lucha entre los agentes nuevos y los “establecidos”. Bourdieu (2000) sostiene que en cada campo hay un juego (algo en juego), y personas dispuestas a jugar, por lo que se precisa del “reconocimiento de las leyes inmanentes del juego, de los objetos en juego [*enjeux*], etc” (p. 113). Así los campos funcionan a partir de parámetros que devienen en normas y propiedades que obedecen a la historia del campo mismo y que son representadas tanto por instituciones como por agentes. Las instituciones y sus discursos legitiman a algunos agentes y excluyen a otros. Esto da lugar a las disputas, pues mientras unos defienden la exclusividad y el privilegio, otros reclaman su ingreso al campo o un mejor posicionamiento dentro de él, bien por asumirlo como un derecho, bien por considerar que lo necesitan. Ortodoxos y herejes se enfrentan por el capital específico que ofrece el campo, inclinándose los primeros hacia estrategias de conservación y los segundos por estrategias de subversión. Este choque de antagonismos y subjetividades “saca a los dominantes de su silencio y les impone producir el discurso defensivo de la ortodoxia, pensamiento de derecho y de derechas cuyo objetivo es restaurar el equivalente a la adherencia silenciosa de la *doxa*” (p. 114). Ahora bien, para funcionar, y que cuya existencia tenga razón de ser, el campo precisa de agentes dotados de “un sistema de *disposiciones* duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones” (Bourdieu, 1980, p. 86). El campo precisa del *habitus*, que es a su vez resultado características y condicionantes particulares de la experiencia, de lo impuesto por y desde el campo que

termina encarnado y naturalizado. *Habitus* y campo operan en concomitancia, en una relación dotada de encuentro y tensión que da lugar a la subjetividad.

En síntesis, sostenemos con Bourdieu, que las condiciones de existencia (lo dado) producen disposiciones *duraderas*, en tanto, obedecen a procesos históricos de los que el agente no es necesariamente consciente y, en consecuencia, no puede transformar a voluntad, por lo que *perduran* en el tiempo y en la experiencia respecto al cuerpo. Estas disposiciones, además, son *transferibles*, puesto que pasan de generación en generación a partir de los procesos de “socialización primaria” en la etapa infantil, donde son *inculcados* a los participantes del espacio social. Son *estructuradas*, ya que se viven a través del cuerpo y reflejan el origen social y, *estructurantes*, dado que “al ser producto de la historia, el *habitus* origina prácticas, individuales y colectivas, y por ende historia” (Bourdieu, 1980, p. 88). Es decir, es *generador* de nuevas prácticas que, por supuesto, obedecen a las condiciones de posibilidad ya *organizadas* (en y por el campo).

Así, los marcos de la producción de *habitus* se establecen con base en condiciones sociales e históricas. Es de este modo como la estructura gobierna la práctica de los agentes que en su seno produce. Lo que no quiere decir que exista un determinismo exterior y mecánico, sino una “libertad condicionada y condicional (...) tan alejada de una creación de novedad imprevisible como de una simple reproducción mecánica de los condicionamientos iniciales” (Bourdieu, 1980, p. 90). Esto se debe a que el *habitus* se reinventa y origina prácticas individuales y colectivas según las necesidades, pero siempre dentro de las condiciones objetivas que configuran el campo, lo que favorece la libertad. Esto implica que los agentes son estructurados por la estructura, pero no determinados por ella.

Como es posible notar, la subjetividad constituye una noción de difícil aprehensión. Así lo muestra Martuccelli (2007a), cuando plantea que

existen en los discursos de las ciencias sociales tres reducciones alrededor del concepto de subjetividad, reducciones que deben rechazarse en pro de la inteligibilidad del concepto: en primer lugar, objeta la idea de *la subjetividad como resultado exclusivo de un trabajo de introspección*. Si bien reconoce la importancia de que el actor sea capaz de volver sobre sí, a través del lenguaje y de las relaciones intersubjetivas que tienen lugar gracias a su mediación, redundando ello en un encuentro más eficaz con el mundo por vía de los significados que este ofrece, no considera que esto sea suficiente para definir la subjetividad.

En segundo lugar, Martuccelli rebate la idea de que *la subjetividad sea reducida al dominio íntimo*, pues entiende que esta tiene su génesis justo en el cruce entre la esfera pública y la privada. Afirma: “Uno se descubre a sí mismo a medida que se descubre frente a otro” (Martuccelli, 2007a, p. 374). Descubrirse frente a otro supone en primera instancia el reconocimiento de la otredad, es decir, de un marco de sentido ajeno que se nutre de lo social, lo cultural, lo económico, lo político; un marco que representa lo público en general. Exponerse frente al otro implica la atribución a éste de unas características históricas, afinadas en los discursos de lo social y personificadas por ambos. Incluso aquello no dicho es reflejo del mundo habitante y habitado por el sujeto. Así pues, lo íntimo es reflejo de la alteridad, alteridad que sólo es posible en virtud de la dimensión social de la experiencia. “Sin embargo, la subjetividad no se deja dominar verdaderamente ni por el terreno privado ni por el compartir la intimidad” (p. 378).

Finalmente, Martuccelli (2007a) alerta sobre la sospecha que produce la subjetividad en el pensamiento social, dirá que es “considerada como una mistificación, un enigma puesto para resolver otros enigmas” (p. 378). Es decir, *la subjetividad se presenta como una ilusión*, algo que no dice mucho y es usado para explicar lo que aún no puede explicarse. Una suerte de velo que encubre lo ininteligible, aquello que hay detrás del rol del actor, el individuo tras la máscara. Sí, tras el personaje hay un sujeto y eso es lo que refrenda la existencia de la subjeti-

vidad, el hecho de que ese algo sea en muchos sentidos inaprensible no es suficiente para decir que la subjetividad es un espejismo, pues, “la primacía absoluta otorgada a las situaciones o a los marcos de interacción, prohíbe el estudio de algunas dimensiones individuales” (p. 380). Caer en un determinismo radical conduce al error de considerar la subjetividad como tejido de pronombres (o significantes) de poco sentido y/o peso en el entramado sociocultural y en la experiencia individual. Señala, entonces, Martuccelli, que pensar la subjetividad implica reconocer que hay parte de la experiencia de los sujetos que escapa a lo social, empero que ello no significa que lo social no sea performativo del sujeto, sino que eso inaprensible también dice algo sobre el sujeto y lo une y al mismo tiempo lo desliga de lo social.

Articulando, desde la negación, estos tres reduccionismos, el autor dirá que la subjetividad es

La vivencia o la voluntad de poseer un dominio personal sustraído de lo social. Es una experiencia particular de sí mismo; la sensación validada social y culturalmente de que tenemos ‘algo’ en nosotros mismos que se escapa a lo social. La paradoja fundadora de la subjetividad es pues circunscribir un dominio personal que se concibe como sustraído a lo social, y al mismo tiempo, y por supuesto, esta caracterización de un dominio interno fuera de lo social es una definición profundamente social e histórica (Martuccelli, 2007b, p. 61).

El sujeto es, pues, resultado y contenedor de un proceso multiforme. Esta heterogeneidad hace el lazo social, un lazo maleable pero no endeble, fuente de sufrimiento debido a “la insuficiencia de nuestros métodos para regular las relaciones humanas en la familia, el Estado y la sociedad” (Freud, 1930, p. 29). En la sociedad moderna lo que otra fuera fuente de bienestar y/o certidumbre, empieza a ser puesto en tela de juicio por parte de los individuos que de ella participan, entre otras porque cada *momento cultural* produce diferentes marcos de sentido y, en consecuencia, diferentes formas de subjetividad. Como

vemos, Freud también avizoró la paradoja que atraviesa la relación individuo-cultura (y sociedad), pues, encuentra en la misma fuente de malestar, las defensas contra este, dirá: “cualquiera sea el sentido que se dé al concepto de cultura, es innegable que todos los recursos con los cuales intentamos defendernos de los sufrimientos amenazantes proceden precisamente de esa cultura” (p. 30). La propuesta freudiana nos remite de nuevo a considerar el lugar de la otredad más allá de no ser esta una noción característica de su obra, pues, el otro, como hemos mencionado, encarna, y en ese sentido, representa lo social, lo cultural. Al respecto, Hornstein (2013) señala: “[...] el sufrimiento suele ser la experiencia de un sujeto que está enfrentado a la pérdida, al rechazo, a la decepción que le impone otro investido” (p. 41). El otro representa la fractura y la sutura que animan la experiencia de la relación entre el sujeto y el mundo. Así, bajo este panorama, al sujeto se le presentan al menos dos opciones; soportar el sufrimiento, según el mismo Hornstein, paso necesario para diferenciar la realidad de la fantasía, o intentar “desinvertir” al otro en pro de la búsqueda de nuevos soportes. En todo caso, ambas posibilidades suponen la puesta en juego de esa dimensión que como referimos con Martuccelli, escapa a lo social. Ahí emerge la alteridad, el sinsentido para el otro y el sentido, más o menos endeble, para el sujeto mismo.

Ante esta complejidad, Hornstein (2013) propone considerar tres perspectivas en pro de la comprensión de la subjetividad:

La primera se refiere a un nivel singular, enfocado en la trayectoria de cada individuo. En el extremo opuesto, está la perspectiva universal que engloba las características comunes al género humano. Hay un nivel intermedio (el particular) en el cual intervienen vectores políticos, económicos y sociales (p. 61).

Claramente esta propuesta no resuelve el problema de inteligibilidad y aprehensión que en derredor de la subjetividad venimos describiendo, empero supone un paso más en la articulación que los otros

autores mencionados también reconocen como necesaria. Para Hor-nstein, entonces, “[...] la subjetividad está encarnada y socializada, es biológica y simbólica” (p. 38). El sujeto no solo es resultado de la historia, es, además, productor de la suya propia y de la de los otros.

Desde una perspectiva histórico-cultural, González Rey se opone a la dicotomía entre individuo y sociedad a través de lo que define como *procesualidad*, pues, dado que considera la existencia de procesos en el seno de las sociedades, se distancia del determinismo en el que prima lo social sobre el individuo y, al mismo tiempo, da lugar a la conceptualización de la subjetividad como sistema y proceso (2002, 2013). Recordemos que González Rey diferencia entre subjetividad social, la cual entiende como un espacio de subjetivación compartido en y por los escenarios sociales de los que el sujeto participa, y subjetividad individual, en la que tiene lugar la agencia, la capacidad de los individuos de hacer frente al mundo y las experiencias que ofrece (2002, 2008, 2013).

Desde esta perspectiva se compele a retomar el análisis de la singularidad en su dimensión ontológica. La procesualidad se funda en el reconocimiento y análisis de los distintos elementos y experiencias productores de sentido que dan lugar a la configuración subjetiva. En este marco, los individuos son productores de subjetividades a partir del cruce entre los procesos simbólicos (lugar del encuentro con los otros) y las emociones (lugar íntimo de significación de la experiencia). Ahí es donde el individuo deviene sujeto, ahí la singularidad. Cuestión relevante, señala González Rey, porque permite el estudio de lo que se halla implícito en los discursos, siempre influenciados por lo social, sus valores y las representaciones sociales. Una perspectiva de este tálante se distancia de totalitarismos que procuran predecir y controlar individuos y comportamientos. Pues, los *campos de sentido subjetivo* operan sobre la razón y, dada la singularidad performativa de estos, no se podría ubicar desde una idea de racionalidad pura y universal. A partir de estos postulados, González Rey rebate la noción de normatividad, pues entiende que en ella se pierde el individuo y, en conse-

cuencia, las diferentes formas de subjetivación que tienen lugar en un mismo espacio cultural. Al respecto para González Rey (2017) la subjetividad humana es inseparable del mundo simbólico de la cultura dentro de la cual emerge, pero ella no se reduce al lenguaje, ni al texto ni a los discursos, atravesando todas esas esferas en un proceso en que esas producciones simbólicas socialmente generadas se configuran subjetivamente en los actores sociales e individuales de la vida social. Solamente en ese proceso esas producciones sociales se tornan motivos de la acción humana. “Es precisamente esa unidad simbólico-emocional, producida en el curso de la experiencia, la base ontológica de lo que definimos como subjetividad” (González Rey, 2008, p. 228).

Así, pues, es posible entender la subjetividad como el lugar de posicionamiento de los sujetos frente a sí mismos, a los otros y al escenario social que habitan, para a partir de ahí tramitar la experiencia de su relación con el mundo desde sus (im)posibilidades y condiciones.

En síntesis, podemos afirmar, siguiendo a estos autores y diferentes perspectivas que, la subjetividad:

- Permite analizar la singularidad (caso por caso) y la otredad.
- Favorece la comprensión de los diferentes posicionamientos de los sujetos respecto a sus vivencias.
- Da cuenta de cómo los sujetos se anudan y, a la vez, se separan de la estructura social.
- Remite al estudio del cuerpo, la sexualidad y la salud como constructos sociales y producciones subjetivas.
- Permite conocer el peso de lo simbólico en la experiencia cotidiana de los sujetos.
- Muestra cómo los discursos sociales, las instituciones y los otros individuos organizan y configuran la subjetividad.

- Remite al análisis de experiencias y sujetos que salen de lo definido y legitimado como normal, bueno o correcto.
- Permite ilustrar cómo los sujetos son representantes de lo social y lo cultural en tanto son constituidos y constituyentes de la cultura y lo social.

Por otro lado, y para cerrar este apartado, se puede sintetizar que, dar inteligibilidad a la salud sexual y mental como una producción subjetiva implica salir de las propuestas que han dominado las ciencias de la salud históricamente, para dar paso a reflexionar desde otras vertientes alternativas tanto epistemológicas como metodológicas. Para el proyecto de investigación, así como para el estudio de maestría se trabajó siguiendo los postulados de la Teoría de la Subjetividad de Fernando González Rey (1997, 2002, 2013, 2017). Esta propuesta implica diferencias de caminos interpretativos y una comprensión ontológica y epistemológica nueva del objeto de la psicología, en la cual tiene como central el concepto de subjetividad, el cual es conceptualizado a partir de una mirada dialéctica, compleja y procesual, la cual se aparta de las perspectivas que ven en la subjetividad sólo una dimensión intrapsíquica o una interiorización de lo social.

Así, la salud sexual y mental no debe ser buscada meramente como un resultado de lo interno instinto o lo externo cultura/discurso por separado, sino en la síntesis continua entre ambos. Aquí la subjetividad juega un notorio lugar para otorgar inteligibilidad a estos temas de estudios como producciones subjetivas, y se aleja con ello de la mirada contemporánea, presente en las instituciones de salud y las políticas públicas, que propone entenderlas sólo como algo funcional, racional/cognitivo y normativo.

Para pensar la salud sexual y mental como una producción subjetiva es necesario abordarla como subjetivamente configurada para resaltar la multiplicidad y diversidad de caminos posibles que ésta toma

en el desarrollo de cada individuo; que se considere un proceso dinámico y complejo en el que el sujeto desempeña un papel imprescindible en su definición cualitativa y en su constitución singular.

Para finalizar, ¿cuál es el aporte de la teoría de la subjetividad para pensar la salud mental, las prácticas sexuales de riesgo y el uso del condón a diferencia de otras perspectivas teóricas? Las categorías que sustenta la teoría de la subjetividad ayudan a:

- 1) Hacer inteligible el vínculo entre el individuo y las relaciones estructurales de la sociedad de manera dialéctica y dinámica –subjetividad social–, lo que permite superar la falsa oposición individuo/sociedad.
- 2) Rescatar en la producción simbólico-emocional el lugar de la singularidad y el carácter socio históricamente situado y producido en todo individuo –sentido subjetivo– y, de esa manera, comprender el papel del sentido más allá de la influencia de lo social a través de los discursos y cómo esto se articula en las prácticas en la toma de decisiones sobre el uso o no del condón.
- 3) La posibilidad de pensar al sujeto (“paciente”) desde su capacidad de agencia y no, solamente, desde la evaluación del signo o el indicador epidemiológico. En ese sentido, pensar al sujeto por fuera de las cifras significa considerar su capacidad de tomar posición respecto al cuidado (o no) de su salud.
- 4) Por último, constituir un aporte a los estudios cualitativos sobre las temáticas, donde se desarrollen teorías que dan inteligibilidad a estos fenómenos, pues cada vez es más necesario pensar nuevos modelos teóricos que contribuyan a una mejor comprensión, que nos permitan alternativas al discurso biomédico, pero, al mismo tiempo, al discurso sociológico de considerar la salud como reflejo de lo externo. Ninguno de los dos discursos nos permite explicar las variaciones en las experiencias ni la singularidad que subyace en los sujetos.

Ciencias sociales una mirada desde perspectivas cualitativas para pensar la salud sexual, mental y física

Se puede constatar después de los años cincuenta del siglo pasado una mayor apertura de las ciencias antropológicas y la superación, por lo menos, en parte, pues aún allí hay mucha retórica, de la hegemonía del modelo positivista como punto de referencia de lo que debería ser el conocimiento y la práctica científica, de los criterios de validación de los hallazgos investigativos y de las formas de abordaje empírico de los objetos para arribar a un conocimiento susceptible de ser considerado válido y confiable.

Nuevos desarrollos de la ciencias, particularmente en el campo de la física –el paso de la física newtoniana a la física cuántica–, el giro lingüístico, la superación del modelo estructuralista como moda epistemológica, el desarrollo de epistemologías particulares para cada disciplina según su objeto y la apertura de las disciplinas, relativamente más consolidadas en función de objetos también más definidos, a la interdisciplinariedad en función del abordaje más apropiado de objetos reconocidos en su complejidad, que exigían la comparecencia de diferentes campos del saber, etc.; permitió que se accediera a nuevas formas de hacer ciencia, a nuevos marcos de inteligibilidad de la actividad científica y variadas y novedosas formas de convalidación y de abordaje de los objetos de conocimiento.

Poco a poco se ha ido relativizando la hegemonía de los criterios impuestos por la perspectiva tradicional que podríamos calificar como positivista, funcionalista, realista, cuantitativa, hipotético/ deductiva, nomotética y experimentalista para dar paso a nuevas formas y criterios de producción del conocimiento, sobre todo en las ciencias antropológicas entre las que podemos contar la psicología, la sociología, la antropología y las ciencias de la educación; igualmente, hoy en día pueden ser incluidas las ciencias de la salud, pues si bien no son mayoría, ya existen reflexiones sobre nuevas formas de producir

conocimiento, entre ellas los métodos cualitativos, tómesese por caso para la salud sexual y reproductiva (Szasz y Lerner, 1996), la salud y la medicina social (Mercado, 2002) y la salud pública (Calderon, 2009).

El desarrollo de un pensamiento crítico que ha reivindicado la construcción social de la realidad por mediación del lenguaje y la herencia cultural, las aproximaciones idiosincráticas que reconocen que las verdades no son universales sino contextuales, las aproximaciones cualitativas que intentan comprender cómo son experimentadas y organizadas subjetivamente las realidades por los propios protagonistas, los abordajes metodológicos que se aproximan a sus objetos de estudio más al estilo etnográfico y a la manera de estudios de caso en profundidad en sus contexto reales, entre otros, han dado lugar a desarrollos alternativos al paradigma positivista y al método cuantitativo que son muy válidos porque son pertinentes al ser más respetuosos de la naturaleza misma de los objetos de estudio (dimensión ontológica) en las denominadas, no sin un cierto tono peyorativo, “ciencias blandas” (ciencias sociales y humanas). Objetos tales como las relaciones sociales, la cultura, el lenguaje y la subjetividad, entre otros, han podido ser abordados y legítimamente reconocidos sin tener que apelar necesariamente a la cuantificación, la experimentación o la lógica hipotético-deductiva. Lo anterior, ha sido una conquista no sólo epistemológica sino etho-política.

Respetando el principio general que dicta que *el método sigue al objeto*, se tiene la posibilidad de desarrollar programas y proyectos de investigación que sean más consistentes paradigmáticamente con sus elecciones epistemológicas, ontológicas, teóricas, metodológicas e incluso etho-políticas. De hecho, se asume hoy como parte de las presunciones paradigmáticas las presunciones etho-políticas como parte constitutiva del paradigma (Denzin & Lincoln, 2012), pues se ha logrado interrogar el ingenuo presupuesto de la neutralidad científica (Japiassu, 1975). Las ciencias sociales y, en particular, los estudios de la historia y la sociología de la ciencia nos han permitido comprender que no hay

tal neutralidad valorativa, y que se ha negado por mucho tiempo que la ciencia es un campo también político, de lucha diría Bourdieu, Chamboredon y Passeron (1973), en su interior y con repercusiones políticas hacia su exterior. Al mantener una cierta idea falsa, por ingenua, de que la ciencia era una especie de saber superior, de institución y práctica social autónoma aislada de los intereses políticos y los valores sociales, la ciencia excluye el debate de lo político en su acontecer.

De esa manera, hoy comprendemos que los científicos enfrentan conflictos de poder e intereses tanto en el interior de su campo como en relación con otras prácticas sociales. Por esto, actualmente en el campo de la ciencia, en general, y de las ciencias antropológicas, en particular, y gracias también a estas últimas, se comprende que la dimensión etho-política le es co-sustancial. Este hecho hace más realista y autocrítica a la ciencia actual y la obliga también éticamente a reconocer esta verdad y actuar en consideración de ella, pues la ciencia tiene la responsabilidad social, el imperativo moral, de calcular cuales son los efectos potenciales de su *que-hacer*, de su discurso y de lo que se puede hacer con sus hallazgos algo que a las ciencias de la salud se le está exigiendo cada vez más en Latinoamérica (Hoff y Witt, 2000; Shortell, 1999; Bedregal et.al 2017) Temas sensibles como la eutanasia, el aborto, la adopción, la crianza, la diversidad sexual, identidades de género, prácticas sexuales de riesgo, etc. en los que la ciencia es frecuentemente consultada porque se le supone una autoridad para hablar de ello al reconocerle que son objetos de su estudio, no pueden ser abordados sin tener que reconocer que es posible que la neutralidad del científico sea empañada por el campo de sus valores y afectos (conservadores o liberales, de derecha o izquierda) y que esto, si bien no se puede negar ni excluir por lo menos si se debe reconocer de antemano como primer acto ético, pues no se puede ser ingenuo al respecto de su influencia, pero tampoco sobre los efectos del discurso (y por ende de la responsabilidad que le cabe) de la ciencia en la sociedad actual.

Igualmente, se debe reconocer que la dimensión étho-política puede tener efectos epistemológicos y por ello se debe advertir cuando esto está aconteciendo, pues puede el campo de los valores ser el que determine si se considera que una cierta práctica o resultados científicos pueden ser considerados como válidos o no independientemente del rigor del desarrollo científico-técnico de la investigación misma; pensemos, por ejemplo, que un trabajo investigativo no sea considerado científico no porque no cumpla los cánones metodológicos, técnicos o epistemológicos sino porque aborda un objeto polémico, por ejemplo: la diversidad sexual, la identidad de género, los hombres que tienen sexo con hombre, etc. Una investigación sobre prácticas sexuales *queer* (extrañas, no convencionales para la heteronormatividad) puede ser juzgada como no válida por no considerarla apropiada moralmente, no porque sea mal diseñada, no sea rigurosa o sistemática o no se haya basado en los hechos empíricos, etc. Tenemos ahí el caso de confundir la “inmoralidad” del objeto de estudio con la “inmoralidad” del sujeto que lo investiga. He aquí una influencia de lo étho-político y lo axiológico en la práctica científica, por fortuna susceptible de ser hoy reconocido, advertido y superado, por lo menos en parte.

En igual sentido, hoy se ha avanzado hacia el reconocimiento de la condición pluri-paradigmática de la ciencia misma. Es decir, el reconocimiento que no existe un solo paradigma en tanto que “conjunto de presunciones que orientan una particular forma de hacer ciencia” (Kuhn, 1987), sino que por el contrario la unidad de la ciencia es una unidad relativa y artificial, una abstracción, que el edificio de la ciencia está hecho por la coexistencia de un conjunto de disciplinas autónomas que han definido para sí sus objetos y establecido sus límites (D’bruyne, Herman y Shoutheete, 1974), y que más bien estamos es frente a “una pluralidad de métodos y de objetos, asociada a una unidad de una visión común de conocimiento” (Granger, 1993, p. 42).

Aunque no siempre se es suficientemente consciente de cuál es el paradigma al cual nos suscribimos y desde el cual emprendemos las

actividades científicas, por lo menos hoy existe un poco más de conciencia de que co-existen múltiples paradigmas y que el único paradigma que existe y desde el cual se determina que es científico o no, no es el paradigma positivista. Este paradigma hoy es considerado legítimo como uno o entre otros posibles, pero no como el único posible ni jerárquicamente superior para ofrecer criterios de validación y protocolos de teorización o abordaje técnico de los objetos. Aunque se sabe que este paradigma por efectos de la posición hegemónica que históricamente ha ocupado en el campo de las ciencias, procura convencernos de que él representa la verdadera ciencia y procura ejercer todo el poder posible por conseguir que solo sus criterios sean los que permitan reconocer algo como científicamente válido; hoy existe una fuerza contra hegemónica, crítica y alternativa a este paradigma dominante que le hace contraparte y si bien no pretende decir que el positivismo no es un paradigma válido, lo que no acepta es que sean sus criterios paradigmáticos los únicos posibles para el reconocimiento de un conocimiento como válido y confiable.

Ahora bien, el cada vez mayor reconocimiento de la condición pluri-paradigmática de la ciencia no solo tiene el valor de relativizar la hegemonía clásica de las ciencias sociales y de la salud, sino de democratizar más el campo de la ciencia en su interior, pues comienza a aceptarse y convalidarse la existencia y legitimidad de alternativas metodológicas, epistemológicas u ontológicas, en suma paradigmáticas, que permiten más fácilmente no solo la publicación de los hallazgos como lo demuestra el hecho de que algunas revistas, aunque no en todas, acepten publicar investigaciones de orientación cualitativa en salud, porque lo que importa es el criterio, más universal, de que, los hallazgos científicos tengan base empírica a que la base empírica se exclusivamente cuantitativa y de origen experimental; se ha rectificado el rumbo y caminamos en esa nueva dirección.

En igual sentido, algunos objetos antes proscritos comienzan a tener lugar y a reconocerse el valor etho-político de su abordaje como el caso

de los estudios sobre la sexualidad y los estudios LGBTI, que no sean solo de carácter estadístico resultados de la aplicación de encuestas, desde los trabajos de Alfred Kinsey, los informes (Hite, 1976) pasando por el aporte de Sigmund Freud (1981/ 1905) y llegando hasta los actuales estudios de género y *queer*, son muchos los cambios que se han dado. Esto muestra que estamos en el camino de la reorganización en las ciencias sociales y de la salud para superar debates infértiles entre cualitativo y cuantitativo, pasado o presente, universalismo o particularismo, enfoques ideográficos o nomotéticos, tal y como lo ha sugerido Inmanuel Wallerstein (2003), pues mejor que pensar que un método, enfoque o paradigma es mejor que otro, lo importante es saber que no existe ni “un” método ni “un” paradigma único y superior.

Así que, mejor que debatir si la perspectiva cualitativa es mejor que la cuantitativa, o trazar una línea precisa entre lo científico y lo no científico es no dejar de aprovechar, de fomentar y de favorecer cualquier ocasión de desarrollo científico (Kaplan citado por D´bruyne, Herman y Shoutheete, 1974). En igual sentido, en el campo de las ciencias sociales y de la salud, en general, y de la investigación cualitativa, en particular, aparece una tendencia contra hegemónica al positivismo y al paradigma newtoniano-cartesiano que procura hacerle un contrapeso político-epistemológico que apunta a reivindicar posibilidades alternativas de legitimación científica, de manera tan autónoma que ni siquiera tienen porqué considerarse los criterios positivistas de validez o confiabilidad, por ejemplo, como criterios universales a los que tengan que responder apuestas científicas alternativas al paradigma tradicional o positivista. En este sentido, se reconstruye una gramática de validación epistemológica y metodológica alternativa en la que se evidencia: primero, el paso de la forma tradicional a formas alternativas de conocer que incluyen nuevas formas de abordaje y aproximaciones progresivamente más particularizadas y contextualizadas, y que hacen evidente la necesidad de incorporar conceptos tales como “imperio epistemológico” y “violencia epistemológica”, como formas

de denuncia y crítica a la imposición de un cierto régimen de verdad; segundo, el paso de la neutralidad valorativa al compromiso ético y a la necesidad del desarrollo de un pensamiento crítico; tercero, el paso de la validez como régimen de verdad a las distintas formas de validez; cuarto, el cambio de la epistemología dualista a la investigación colaborativa; quinto, cambio del punto de vista universalista al punto de vista situado; sexto, cambio de la aplicación a la creación metodológica, y séptimo, cambio del uso de las categorías habituales a las categorías originales, emergentes (Denzin y Lincoln, 2012).

Tenemos así, epistemológicamente hablando, que en el estado actual de desarrollo de las ciencias, se abre un nuevo horizonte de sentido en las prácticas investigativas y que la apuesta por una aproximación cualitativa es más que un problema de recolección, tratamiento y análisis de datos, pues esta tiene desdoblamientos más que técnicos, epistemológicos, metodológicos, ontológicos y etho-políticos; de ahí que se pueda hablar con Gonzales Rey (1997,2010) de una *epistemología cualitativa*, que incluye varias de las tendencias de cambio atrás señaladas, más allá de una mera cuestión técnica de procesamiento de datos, uso de instrumentos y descripciones.

No obstante, se deberá también advertir que la apuesta cualitativa, y contra-hegemónica al positivismo y métodos cuantitativos como forma tradicional de investigar, abre nuevas zonas de sentido sobre el *que-hacer* científico y no solo permite sino que estimula a: el uso de múltiples metodologías y a la interdisciplinariedad como estrategia de abordaje de los objetos y de la realidad que reconoce como complejos, diversos y siempre contextualizados, la posibilidad de acercarse a objetos poco estudiados por la tradición o abordados de forma que la tradición nunca ha logrado ni siquiera procurado.

Igualmente, esta perspectiva apuesta por incluir antes que por negar: la presencia de la subjetividad en la investigación y la posibilidad de instituir la *subjetividad* como objeto de estudio legítimo, la dimensión

axiológica del investigador, su responsabilidad social, su compromiso etho-político, las implicaciones de su presencia en el análisis de los que estudia (subjetividad), la condición contingencial y contextual (y local) de los hallazgos sin aspirar a grandes abstracciones ni universalismos, su posibilidad de ejercicio intencional de la crítica sin que ello implique una renuncia o debilitamiento de la apuesta científica; la posibilidad de instituir otro régimen de verdad más consistente con los estudios psicosociales, entre otros.

En suma, tenemos pues que “es posible, entonces, inferir que la que se propone y avecina es otra ‘ciencia’, no ajena al requisito de la intersubjetividad, pero con principios, criterios y parámetros amplios, flexibles, sensibles a las particularidades y diferencias individuales y locales, con epistemologías múltiples y metodologías nuevas y renovadas, que rechaza un único régimen de verdad” (Denzin & Lincoln, 2012). Esta alternativa debe apostar y fomentar una crítica, se rehúsa a “epidemiologizar” todo (tendencia a buscar la distribución y los determinantes de los acontecimientos relacionados con la salud, pero dejando por fuera la subjetividad de los sujetos que estudia) y a “patologizarlo” todo (tendencia a ver como enfermo, desviado o anormal todo aquello que un cierto grupo hegemónico califica como extraño a partir de que se distancia de su punto de vista dominante). Esta nueva forma de pensarse y hacerse la ciencia da lugar a que sean investigados los objetos de investigación otrora “clasificados”, proscritos (las prácticas sexuales no convencionales, los homosexuales, la diversidad sexual y todas las sexualidades no normativas, por ejemplo) y pasen a ser no solo objetos legítimos de estudio sino a ser también considerados sujetos, activos, conscientes, con capacidad de agencia y reflexividad. Esto último es lo que en este caso permite aproximarse, desde el punto de vista de la subjetividad, al estudio de la salud sexual, prácticas sexuales (uso del condón), salud mental y salud física, como un objeto no exento de polémica y crítica.

Métodos cualitativos: otros caminos para dar inteligibilidad a la salud

Al proponer el objeto de estudio, la subjetividad, en especial las producciones subjetivas en las prácticas sexuales –el uso y no uso del condón–, así como en la salud mental, se asume, de hecho, su dificultad de aprehensión directa y su carácter complejo. Por ello, para los fines de esta investigación consideramos la propuesta de la epistemología cualitativa (González Rey, 1997, 2005a, 2010) como una forma posible de abordaje. Una razón de peso para optar por este camino es que su aproximación teórica y conceptual sobre la subjetividad –teoría de la subjetividad, desde una perspectiva cultural-histórica– alejada del sesgo metafísico y de propuestas que la conceptualizan como un reflejo de lo social y sus estructuras, instituciones sociales o discursos ayuda en nuestro objetivo de investigación. Lo social en la propuesta cultural-histórica de la subjetividad favorece la posibilidad de explicar y comprender ontológicamente cómo se configura la procesualidad subjetiva en los individuos (González Rey, 2011).

Es la epistemología cualitativa, por tanto, una apuesta epistemológica y de método para aprehender y dar inteligibilidad a las expresiones subjetivas desde la plataforma teórica de la subjetividad. Su autor resalta que lo específico de un fenómeno investigado requiere de una metodología correspondiente, respetuosa del principio general que dicta que el método sigue al objeto. En ese sentido, esta propuesta es una sistematización teórico-metodológica que subyace a la investigación sobre la subjetividad en su carácter ontológico diferenciado. Su autor plantea que la epistemología es “una forma de satisfacer as exigências epistemológicas inerentes ao estudo da subjetividade como parte constitutiva do individuo e das diferentes formas de organização social”. (González Rey, 2005b, p. 28).

El método para esta propuesta no es considerado a la manera tradicional, es decir, como el conjunto de reglas, técnicas y pasos que al ser

seguidos dan la seguridad al investigador y le permiten cumplir con el objetivo trazado, pues pensado de esa manera, no es fácil advertir ni sortear los imprevistos y emergencias propias de la investigación; con ello se quiere rescatar el papel activo que tiene el investigador y su capacidad creativa dentro del proceso de investigación. Igualmente, es necesario pensar al investigador como sujeto de la pesquisa, para pensar la relación dialéctica entre el método y teoría, así como entre momento empírico e investigador, pues es en ese proceso dialéctico que se hace posible lo reflexivo y la crítica que alimente y dinamice la producción de conocimiento. De esa manera la teoría no es concebida como un reflejo de la realidad, sino como una producción teórica que intenta dar inteligibilidad a un problema abordado. Si bien, la epistemología cualitativa no tiene pasos específicos como si fuera una receta a seguir, tiene tres principios que ayudan y orientan el trabajo de campo.

Para la descripción de los aspectos metodológicos nos apoyamos en los planteamientos sobre la epistemología cualitativa de Fernando González Rey (2005; 2007). En el marco de esta construcción teórica, el autor en mención, plantea el trabajo de campo como una construcción no lineal que debe configurarse de manera progresiva en el proceso investigativo; a esta conceptualización sobre el método cualitativo la denomina escenario social de la investigación. Sumado a lo anterior, en el marco de la epistemología cualitativa, los investigadores son protagonistas dentro del ejercicio de producción de conocimiento. Desde esta perspectiva, el trabajo de campo no está determinado por pasos pre-establecidos, sino por principios en donde los investigadores son ubicados como pieza clave en el levantamiento de la información y construcción y análisis del conocimiento. Estos principios han sido ampliamente abordados en investigaciones realizadas bajo el grupo de trabajo y línea teórica de la epistemología cualitativa de Fernando González Rey 1997, a saber en los estudios sobre la sexualidad de González Rey y Moncayo (2019), la salud (González

Rey, 1993; Mori y González Rey, 2012), la formación investigativa de Pérez-Arizabaleta, Castaño y Patiño (2021),

Los principios metodológicos (González Rey, 1997, 2007, 2017) que guiaron el trabajo de campo y análisis de resultados son¹²:

- El carácter constructivo interpretativo de la investigación, el cual se consolidó por medio de cada uno de los espacios de reflexión y disertación que tuvo el equipo de investigación de forma continua durante todo el proyecto de investigación. El proceso de construcción de la información fue un eje transversal de la investigación, el cual se alimentó de forma dialógica y constante con cada encuentro con los y las participantes y en cada reunión del equipo de investigación, es decir que los datos del campo permitieron discusiones dentro del equipo de investigación y esto, a su vez, generaba puntos para abordar en el trabajo de campo.
- La legitimación de la singularidad como eje central en la producción de conocimiento. Se parte del hecho que las producciones subjetivas son una “representación” de la singularidad de los y las participantes y eso es precisamente lo que se busca por medio de este estudio cualitativo. Esta singularidad permite dar valor a la investigación en la medida que son los y las participantes quienes portan informaciones, basadas en sus vivencias y experiencias, de la realidad indagada. En este orden de ideas, cada uno de los espacios en los cuales se tuvo contacto con los y las participantes pretendió ahondar en profundidad el problema de investigación con el objetivo de obtener calidad en las producciones singulares. Lo anterior fue posible en la medida que, por medio de observaciones participantes, grupos focales, dinámicas conversacionales y entrevistas se provocaron espacios para la emergencia de discursos y expresiones que fueron analizados a la luz de sentidos

¹² Las particularidades del trabajo de campo, así como de los instrumentos usados en las investigaciones serán desarrolladas en la parte dos y tres de este libro.

subjetivos. Sumado a lo anterior, legitimar la singularidad como principio metodológico permite la no inscripción y restricción del análisis de las informaciones del campo dentro de marcos teóricos rígidos y preestablecidos. Por el contrario, lo que se expone en los apartados de resultados es un esfuerzo académico por construir conocimiento con base en las informaciones y singularidad de los y las participantes; respetando sus voces y partiendo del hecho de legitimar sus singularidades.

- El carácter dialógico de la investigación, el cual se relaciona con el carácter comunicacional en sus formas de indagar informaciones y de construir conocimientos, es un intento de que sea un espacio en el que múltiples e inesperados procesos de comunicación emerjan de forma espontánea lo que enriquece el proceso. Como se ha venido mencionando, la dialogicidad en las discusiones entre el equipo de investigación y los y las participantes se convirtió en la base para generar espacios de reflexión para el surgimiento de producciones subjetivas. En este punto se destaca la relevancia que tienen los (as) investigadores en la medida que propicia espacios para el diálogo.

La construcción del escenario social de la investigación

Desde el método constructivo interpretativo, el llamado escenario social de la investigación, no es sólo un espacio es un momento de creatividad del investigador que debe contribuir en el buen desarrollo del trabajo de campo, especialmente generando interés en los posibles participantes del estudio, pues será muy importante la voluntad de participación para la construcción de conocimiento (González Rey, 2017). En la construcción del escenario social de la investigación se da importancia a la forma de relación establecida entre el investigador, el contexto y los participantes, es por eso que uno de los momentos importantes en la investigación es producir interés en los participantes, motivarlos para que hagan parte del proceso de investigación. La

forma de conseguirlo dependerá en parte de la creatividad del investigador y su capacidad dialógica con los involucrados en esos espacios sociales, no de técnicas establecidas con anterioridad al encuentro con el espacio social (González Rey, 2005b).

Igualmente, se requiere del trabajo continuo del investigador en el campo, así como de la toma de distancia de las formas tradicionales que han dominado el proceso investigativo en las ciencias sociales, sobre todo de aquellas que se centran en la legitimidad y validez de los instrumentos como forma de producir conocimiento y poco o nada enfatizan en la relación entre el investigador y el participante. Partiendo de los postulados de la epistemología cualitativa de González Rey (1997, 2005b, 2005c, 2010), que considera la investigación como un proceso abierto y continuo, rescata el papel activo y creativo del investigador, el carácter interpretativo-constructivo del conocimiento y el reconocimiento de la singularidad; a continuación se describe el proceso realizado hasta la fecha de la construcción del escenario social de la investigación en una organización que trabaja con mujeres trans.

Para el trabajo doctoral del que nos ocupamos en la parte IV de este libro se inscribe en un método etnográfico puesto que la experiencia subjetiva del padecimiento de la diabetes en particular y la enfermedad crónica en particular es susceptible de ser estudiada y comprendida mediante la **observación participante** dado que ella permite la descripción y el análisis de las relaciones entre los sujetos enfermos, su enfermedad y su tratamiento y, en consecuencia, las relaciones intersubjetivas que gracias a la diada salud-enfermedad tienen lugar (enfermos/pacientes - médicos - personal administrativo - familiares).

La etnografía permite establecer un diálogo (in)directo con los actores sociales implicados en las prácticas y lógicas, que, para la mencionada investigación incluye los procesos atencionales, las dinámicas relacionales y los elementos constituyentes de los mismos. Se erige, entonces, el lenguaje como principal herramienta comunicacional

con los sujetos, contextos e instituciones. Se sigue pues la propuesta de Hammersley y Atkinson (1994) cuando sostienen que

El etnógrafo participa, abiertamente o de manera encubierta, en la vida diaria de las personas durante un período de tiempo, observando qué sucede, escuchando qué se dice, haciendo preguntas; de hecho, haciendo acopio de cualquier dato disponible que sirva para arrojar un poco de luz sobre el tema en que se centra la investigación (p. 3).

Así, pues, en la investigación doctoral cuyo resumen presentamos en este libro, la etnografía y sus componentes, incluyendo la entrevista semiestructurada, las conversaciones informales con los sujetos y el registro riguroso de las prácticas y eventos cotidianos en los diarios de campo, permitió reconocer y analizar las diferentes maneras cómo se experimenta, subjetivamente hablando, la enfermedad crónica; especialmente cuando se vive en condiciones adversas y/o en sectores populares y se asiste a programas de promoción y prevención en salud que instalan a los enfermos en lógicas asistenciales que se rigen por el modelo biomédico y su burocracia.

Referencias bibliográficas

- Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A. & Zubarew, T. (2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Revista médica de Chile*, 145(3), 373-379. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300012>
- Bourdieu, P. (1980). *El sentido práctico*. Madrid: Siglo XXI
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. & Passeron J. (1973). *El Oficio del Sociólogo*. Madrid: Siglo XXI.
- Calderón, C. (2009). Assessing the Quality of qualitative health research: Criteria, process and writing. *Forum Qualitative Sozial-*

forschung / Forum: Qualitative Social Research, 10(2), Art. 17, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902178>.

- Cuenta de Alto Costo (CAC). (2020). VIH Sida en Colombia, retos y apuestas en salud. <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/vih-sida-en-colombia-retos-y-apuestas-en-salud/>
- D`Bruyne, P., Herman, J. & Shoutheete, M. (1974). *Dynámique de la recherche en sciences sociales: les poles de la pratique methodologique*. Francia: Presses Universitaire de France.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2012). *Manual de investigación cualitativa*, Vol. II. Madrid: Gedisa.
- Foucault, M. (1966). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Freud, S. (1981/1905]. *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Madrid: Alianza.
- González Rey, F. (1993): *Personalidad, salud y modo de vida*. México: Editorial UNAM
- González Rey, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. México: Educ.
- González Rey, F. (2002). *Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico-cultural*. México: Thomson.
- González Rey, F. (2005a) *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. Trad. Marcel Aristidis Ferrada Silva. Brasil: Pioneira Thomson Learning.
- González, Rey. F. (2005b). O Valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. Em González Rey, F. *Subjetividade, complexidade e pesquisa e psicología*. Brasil: Thomson.

- González, Rey. F. (2005c). Subjetividad: una perspectiva histórico-cultural. *Conversaciones con el psicólogo cubano Fernando González Rey. Universitas Psychologica*, 4, (3), 373-383.
- González Rey, F. (2007) *Investigación cualitativa y subjetividade. Los procesos de construcción del conocimiento*. México: Mc Graw-Hill.
- González Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas*, 4(2), 225-243. Recuperado em 05 de julho de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982008000200002&lng=pt&tlng=es.
- González Rey, F. (2010). *Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información*. México: Mc Graw Hill.
- González Rey, F. (2011). *Subjetividade e saúde. Superando a clínica da patologia*. Brasil: Cortes Editora.
- González, Rey, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural-histórica avanzando sobre un legado inconcluso. *Revista Cs*, 2, pp. 19-42.
- González Rey, F. & Mitjans Martínez, A. (2017). *Subjetividade: teoria, epistemologia e método*. Brasil: Alínea.
- González Rey, F. & Moncayo, E. (2019). Sexual Diversity, School, and Subjectivity: The Irrationality of the Dominant Rationale. En González Rey, F., Mijtánds, A. & Goulart, D, (Eds). *Subjectivity within cultural-historical approach*. (pp. 133-147). Luxemburgo: Springer.
- González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V. & Leyton, C. (2007) Comportamiento sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Revista Médica de Chile*, 135, 1261-1269.
- Granger, G. (1993). *A ciencia e as ciencias*. Brasil: Editora da Universidade Estadual Paulista.

- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía: métodos de investigación*. Madrid: Paidós.
- Haraway, D. 1991. *Simios, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Hernández, J., Velásquez, R, & Pinzón, C. (2017). Conocimiento, actitud y práctica em anticoncepción en adolescentes escolarizados en la comuna 1 de Villavicencio. *Revista Ciencia y Salud virtual*, 9, (1), 4-12.
- Hite, S. (1976). *El informe hite. Estudio de la sexualidad femenina*. Barcelona: Círculo de Lectores.
- Hoff, T. & Witt, L. (2000). Exploring the use of qualitative methods in published health services and management research. *Med Care Res Rev* 57. 139-60.
- Hornstein, L. (2013). *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis: Subjetividad y vida cotidiana* (1.a ed.). México D.F.:Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Salud. (2019). Boletín Epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 47. Minsalud. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_47.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (2020). Boletín Epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 48. Minsalud. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_48.pdf
- Japiassu, H. (1975). *O mito da neutralidade científica*. Brasil: Imago.
- Kuhn, T. (1987). *¿Qué son las revoluciones científicas? y otros ensayos*. Madrid: Paidós.
- Martuccelli, D. (2007a). *Gramáticas del Individuo*. Buenos Aires: Lozada.

- Martuccelli, D (2007b). *Lecciones de sociología del individuo*. Lima: Universidad Católica del Perú.
- Mendoza, L., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C., López, S., Núñez, A. & Acuña, M. (2012) Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77 (4), 271-279.
- Mercado, F. J. (2002). Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. *International Journal of Qualitative Methods*, 1 (1), 4. <http://www.ualberta.ca/~ijqm/>
- Minsalud y Profamilia (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Colombia: Minsalud.
- Minsalud., & Instituto Nacional de Salud. (2019). *Boletín epidemiológico semanal*, semana 47 del 17 al 23 de noviembre de 2019. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_47.pdf
- Mori, V., & González Rey, F. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(3),140-152. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193824911012>
- Pérez-Arizabaleta, M., Castaño, M. & Patiño, F. (2021). Procesos subjetivos de la formación investigativa y su relación con el desarrollo profesional: el caso de un grupo de psicólogos bonaaventurianos. En Murcia, M., Pérez-Arizabaleta, M & Herrera, A. (Eds). *Formación pregradual y posgradual en psicología*. Cali: Editorial Bonaventuriana.
- Ramírez, A. (2015). Conocer desde el afecto es conocer para transformarse: metodologías feministas y perspectivas transgénero para la co-construcción de conocimientos situados con personas Trans. *Naguaré*, 2, (2), 105-141.

- Rengifo, H., Córdoba, A. & Serrano, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista de Salud Pública*, 26, (3), 175-179.
- Savater, F. (2016). *La aventura de pensar*. España: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Shortell, S. (1999). The emergence of qualitative methods in health services research. *Health Serv Res*, 34, 1083-90.
- Silva, R. (2017). *Cuestiones disputadas Ensayos sobre Marx, Freud, Foucault, Bourdieu y Bloch* (Spanish Edition). Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Szasz, I. & Lerner, S. (1996). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México D.F.:El Colegio de México.
- Wallerstein, I. (2003). *Abrir las ciencias sociales*. México D.F.: Siglo XXI.

II PARTE

Salud sexual y subjetividad: sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón

*Sexual health and subjectivity:
constructed meanings around condom use and non-use*

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Universidad Antonio Nariño
Cali, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>
✉ jomoncayo@uan.edu.co

Wilmar Reyes Sevillano

Universidad Cooperativa de Colombia
Cali, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0002-7255-696X>
✉ wilmarh.reyes@campusucc.edu.co

María Del Mar Pérez Arizabaleta

Universidad Antonio Nariño
Cali, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0001-8537-6696>
✉ mariadelmarperezari@outlook.com

Johnny Orejuela

Universidad EAFIT
Medellín, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0001-9181-463X>
✉ jorejue2@eafit.edu.co

Resumen

El objetivo principal de la investigación desarrollada fue: Analizar los sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en relación con el VIH en población de mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres en las ciudades de Cali y Medellín.

Cita este capítulo / Cite this chapter

Moncayo, J. E.; Pérez-Arizabaleta, M.; Reyes, W. & Orejuela, J. (2022). Salud sexual y subjetividad: sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón. En: Moncayo, J. E.; Orejuela, J.; Reyes, W. & Pérez-Arizabaleta, M. *Salud, subjetividad y estudios cualitativos. Aproximaciones a la salud sexual, física y mental.* (pp. 67-215). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Universidad EAFIT; Universidad Antonio Nariño.

En la primera fase del estudio se llevó a cabo la búsqueda de estrategias para el acercamiento y la construcción de vínculos de confianza con la población. De esta forma, por medio de la participación activa en eventos de la comunidad LGBTI, se inició el proceso de acercamiento para favorecer la confianza; dicho acercamiento permitió, con relación a la población de mujeres trans, el establecimiento de vínculos que a partir de la confianza y el respeto permite la posibilidad de hacer observación participante, lo cual se convirtió en una de las etapas más relevantes del trabajo de campo para el establecimiento del vínculo. Con los HSH, el ejercicio de acercamiento se realizó por medio de conversaciones informales.

El desarrollo del trabajo de campo se vio interrumpido por el aislamiento obligatorio y preventivo decretado por el Covid-19, esto conllevó que el equipo de investigación reorganizará los canales de contacto con la población, los cuales fueron solucionados para llevar a cabo de manera satisfactoria las entrevistas de manera virtual y algunas de manera presencial.

En razón de los resultados analizados, con relación a los hombres que tienen sexo con hombres, es posible afirmar que: 1) “fabulan” subjetivamente que son susceptibles de confianza las parejas sexuales que conocen de tiempo atrás; 2) algunos HSH asumen que la buena comunicación con su pareja es garante de seguridad, por lo que consideran que no hay de qué preocuparse, asocian comunicación con seguridad; 3) igualmente, manifiestan que existe una intensificación del goce y el placer sexual cuando se sabe que se corre el “riesgo” en encuentros casuales. Sobre las mujeres trans: 1) la expulsión del hogar como factor de riesgo que imposibilita, en gran medida, proyectos de vida por fuera del trabajo sexual; 2) el uso del condón y las dinámicas laborales (asociadas en su mayoría al trabajo sexual) donde el cliente (heterosexual-cisgénero) exige el no uso del condón; 3) las organizaciones de base comunitaria como familias sociales que proveen los conocimientos y empoderamiento para el cuidado de la salud sexual;

4) la práctica sexual en la cual utilizan en menor proporción el condón es en el sexo oral; 5) la apariencia física de la pareja sexual y el enamoramiento flexibilizan el uso del condón.

Palabras claves: salud sexual, uso del condón, estudios cualitativos, mujeres trans, HSH.

Abstract

The objective of the research carried out was: To analyze the senses built around the use and non-use of condoms in relation to HIV in the population of transgender women and men who have sex with men in the city of Cali and Medellín.

In the first phase of the study, the search for strategies for rapprochement and the construction of bonds of trust with the population was carried out. In this way, through active participation in events of the LGBTI community, the process of rapprochement to promote trust began, this rapprochement allowed, in relation to the population of Trans women, the establishment of links based on trust and respect allows the possibility of participant observation, which became one of the most relevant stages of fieldwork for establishing the link. With MSM, the outreach exercise was carried out through informal conversations.

The development of field work was interrupted by the mandatory and preventive isolation decreed by Covid-19, this led to the research team reorganizing the channels of contact with the population. Which were solved to successfully carry out the interviews in a virtual way and some in person.

Due to the results analyzed, in relation to men who have sex with men, it is possible to affirm that: 1) they subjectively “fable” that sexual partners they have known for a long time are susceptible to trust; 2)

some MSM assume that good communication with their partner is a guarantor of safety, so they consider that there is nothing to worry about, they associate communication with safety; 3) likewise, they state that there is an intensification of sexual enjoyment and pleasure when it is known that the “risk” is run in casual encounters. Regarding Trans Women: 1) expulsion from the home as a risk factor that largely makes life projects impossible outside of sex work; 2) condom use and work dynamics (mostly associated with sex work) where the client (heterosexual-cisgender) demands not to use a condom; 3) community-based organizations such as social families that provide knowledge and empowerment for sexual health care; 4) the sexual practice in which the condom is used to a lesser extent is oral sex; 5) the physical appearance of the sexual partner and infatuation make condom use more flexible.

Keywords: sexual health, condom use, qualitative studies, trans women, MSM.

Introducción

Las prácticas sexuales, el uso del condón y sus implicaciones representan un fenómeno que se ha estudiado en diferentes contextos y de diferentes maneras debido a sus implicaciones en la salud y en la sociedad en general. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS) y se estima que anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna infección de transmisión sexual (2016). Con relación al comportamiento a nivel nacional, hasta el año 2019, el Instituto Nacional de Salud reportó un incremento en los casos de ITS y VIH al relacionado con años anteriores. Para el caso del 2020, este mismo Instituto plantea la disminución de los casos con relación al año 2019 y relaciona esto con la disminución de las consultas y acceso a pruebas diagnósticas debido a la cuarentena na-

cional obligatoria que se presentó a partir de marzo 25 de 2020 hasta septiembre de este mismo año.

Esta información demuestra, que es necesario generar a nivel mundial por medio del planteamiento de acciones para prevenir y controlar los factores de riesgo que soportan la alta prevalencia y posibilidad de propagación de infecciones de transmisión sexual. A nivel nacional, en Colombia en el año 2007 se emitió la Ley 1122, la cual estipula la salud sexual como uno de los componentes que se debe intervenir en la salud pública con el fin de promover la vida, el bienestar y el desarrollo. Dentro de los componentes de esta Ley se enmarca la toma de acciones sobre la sexualidad y sus derechos, violencia de género, infecciones de transmisión sexual, reproducción, entre otros.

Para contrarrestar los casos de ITS, los preservativos se han convertido en el método de barrera que mejores resultados tienen (Rengifo, Córdoba & Serrano, 2012; Hernández, Velásquez & Pinzón, 2017). Así mismo, los estudios han demostrado que no basta con que la población conozca la existencia de este tipo de preservativos, ni siquiera con que se lleven a cabo procesos de educación sexual y que se acceda gratuitamente a ellos para que la población haga un uso adecuado de los preservativos y de una vida sexual saludable (Mendoza, et al, 2012).

Sobre el uso del condón se encuentran investigaciones que cuestionan la frecuencia y razones de su uso, tanto cuantitativas como cualitativas, predominando las primeras sobre las segundas. Dentro de los estudios cuantitativos, se encuentra una tendencia en la aplicación de instrumentos como encuestas y entrevistas estructuradas, etc., que dan cuenta de correlaciones de variables sociodemográficas y actitudes o percepciones sobre la sexualidad en adolescentes mexicanos (Chávez, Petrzelova & Zapata, 2009), jóvenes masculinos estadounidenses (Finigan, Craddock y Johnson, 2021), hombres y mujeres sudafricanos (Mabaso, et al., 2021), mujeres australianas (Boadle, Gierer y Buzwell, 2021), entre otros. Hay mayor frecuencia de estudios

que cuantifican el uso o no uso del condón en donde se correlaciona esta información con los resultados de pruebas serológicas (Cai, et al., 2016; Nguyen, et al., 2021; Ayer, et al., 2021; entre otros).

El anterior panorama de estudios cuantitativos, da cuenta de correlaciones entre conocimiento y acciones preventivas; sin embargo, estos estudios no exponen aquello que ocurre subjetivamente cuando el sujeto decide emprender una acción sexual riesgosa, pese a tener la información preventiva suficiente. Las investigaciones que indagaran esto son las de tipo cualitativo, pues se interesan en conocer las construcciones sociales y culturales que giran alrededor de tomar la decisión de tener relaciones sexuales de alto riesgo. Sin embargo, también se encuentra que gran número de investigaciones, pese a ser cualitativas, obtienen como resultado la cuantificación y generalización de acciones, cuestión que no logra describir lo que ocurre subjetivamente alrededor de este fenómeno. Vale la pena resaltar que los estudios cuantitativos sobre el uso del condón usan muestras muy amplias para recolectar la información.

Por otro lado, actualmente se podría afirmar que el interés y apoyo político, científico y académico de las últimas décadas sobre el VIH ha servido para crear nuevos fármacos, nuevos tratamientos y con ello reducir la mortalidad; no obstante, como se ha venido mencionando los casos de ITS no reflejan un comportamiento decreciente. Los avances científicos en medicina, sobre todo los retrovirales, ayudaron a reducir la mortalidad del virus y sobrellevar este como si se tratara de una enfermedad crónica de cuidado, lo que al parecer se tradujo en eliminar la asociación VIH con significantes como el de muerte. Si bien esto es un logro importante, al parecer está generando un desdoblamiento no calculado en las prácticas sexuales de las personas, a saber, que este avance en el descenso de la mortalidad trajo consigo una pérdida del miedo sobre los riesgos de contraer el virus y con ello una flexibilización sobre los comportamientos de riesgo que ayudan a evitar nuevos contagios.

Dicho de otro modo, se resume la preocupación actual en salud pública tomando como ejemplo lo planteado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2020) en donde se plantea el aumento de personas reportadas con VIH desde el 2017 al 2019, situación que genera retos y apuestas en salud en lo relacionado con el VIH/Sida en tanto la mortalidad disminuye mientras los casos continúan en aumento. Lo anterior, plantea que el VIH sigue siendo una amenaza para la salud pública la cual requiere incrementar los esfuerzos para prevenir los contagios, pues de acuerdo al Boletín Epidemiológico Semanal número 47 del 2019, al comparar con el 2018, se evidencia un aumento del 16,4 % con una tasa de incidencia de 26,6 casos por 100.000 habitantes.

Dada la breve contextualización de la paradoja entre las cifras sobre la reducción de mortalidad y el incremento en el contagio de ITS y de VIH que se describió en los párrafos anteriores; así como, el reducido número de investigaciones que apuestan desde el método cualitativo por comprender la contradicción entre: tener suficiente información sobre el riesgo al que se incurre por prácticas sexuales sin protección, conocer sobre la importancia del uso del condón, tener acceso a condones gratis y los comportamientos sexuales poco o nada seguros de la población, la presente investigación ubica la pertinencia de su interés principal en: comprender aspectos de la subjetividad social e individual presentes en la acción del uso y no uso del condón en relación con el VIH en un grupo de mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres de las ciudades de Cali y Medellín.

Revisión de la literatura

A continuación, se presentan los estudios que sirvieron como antecedentes para contextualizar y comprender la construcción de la pregunta sobre el uso del condón en HSH y MT. En estos estudios se encontró que predomina una literatura centrada en la discusión de la relación con el VIH, las ITS y las prácticas sexuales de riesgo.

El VIH y las ITS constituyen un problema de salud pública en aumento a nivel mundial. La OMS¹³ reporta que a finales de 2018 había aproximadamente 37,9 millones de personas con VIH. También afirma que el virus ha causado alrededor de 32 millones de muertes a lo largo de la historia. Desde su aparición en los años 80, el VIH se asoció principalmente a los hombres bisexuales y homosexuales, a los consumidores de drogas inyectables y a quienes ejercían la prostitución; de ahí nació la denominación “grupo de riesgo”, con el fin de “englobar los grupos poblacionales más acometidos por la infección” (Da Fonte et al., 2017, p. 52). Esto, por supuesto, ha favorecido la configuración de discursos sociales alrededor del VIH y con ello la producción de estigmas que redundan en discriminación dado que se asocia este grupo a “transgresores de normas social como promiscuos, inmorales y viciosos” (p. 52).

Con el paso del tiempo la epidemia del VIH ha mostrado que todos los grupos sociales son vulnerables al contagio y que ello tiene estrecha relación con conductas sexuales de riesgo asumidas por los sujetos, particularmente con el no uso de condón. Sin embargo, no se debe desconocer que, según los análisis epidemiológicos, la población HSH, sigue presentando un mayor nivel de afectación, pues “la probabilidad de un joven gay de estar infectado es aproximadamente 13 veces mayor” (Da Fonte, et al., 2017, p. 53) en comparación con los jóvenes heterosexuales.

En 2019 el Instituto Nacional de Salud de Colombia reportó que la mayor cantidad de casos de VIH se presenta en la población masculina, aportando el 81% de los casos (10 906). La misma entidad afirma que el mecanismo más probable de transmisión sigue siendo por vía sexual, tanto para encuentros heterosexuales, bisexuales y homosexuales. De igual importancia, es el informe CHIPRE (UNAIDS, 2010), sobre la

¹³ Nota descriptiva VIH/Sida. 15 de noviembre de 2019 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

prevalencia de VIH y factores asociados en hombres que tienen sexo con hombres, realizado en Chile, se afirma que:

La epidemia del VIH en la subregión andina está concentrada en hombres que tienen sexo con hombres (prevalencias entre 10% y 20%) y trabajadores/as sexuales (prevalencias entre 0.5% y 4.4%, aunque estas se incrementan cuando se trata de trabajadores sexuales masculinos) mientras que en la población general está por debajo del 0.6% en todos los países (pp. 13-14).

En Estados Unidos se presenta una situación similar; según el Departamento de Salud de ese país, en el 2017 los hombres bisexuales y homosexuales aportaron el 70% de los nuevos diagnósticos del virus. Ahora bien, lo que estos datos indican es que existen conductas¹⁴ de riesgo que tienen mayor presencia en esta población; es por ello que en esta revisión de la literatura procuramos mostrar los descubrimientos y planteamientos más relevantes respecto uso y no uso del condón en mujeres transgénero y hombres que tiene sexo con hombres. Nos concentramos en los motivos y causas que inhiben o disparan las conductas riesgosas, para, a lo largo del presente capítulo, describir y analizar los sentidos construidos por los y las participantes a propósito de estas prácticas.

Es preciso mencionar que el número de investigaciones en torno al uso y no uso del condón en las mujeres transgénero es relativamente bajo si se compara con el volumen de publicaciones sobre los HSH. No obstante, en las siguientes líneas se discuten algunos de estos.

¹⁴ A lo largo de este trabajo nos referiremos a prácticas de riesgo y no a conductas de riesgo, puesto que la primera remite a la puesta en marcha de acciones y habilidades adquiridas que no necesariamente hacen parte de la cotidianidad o la forma cómo los sujetos comprenden y/o se posicionan el mundo. La conducta, en cambio, se asocia a comportamientos anudados a la cosmovisión y la “actitud natural” frente a la vida. Las prácticas suponen la posibilidad de elección, las conductas, en tanto discursos encarnados y pre reflexivos, suelen ser constantes y radicales. Así pues, la mención a conductas sólo aparecerá cuando hagamos alusión a otras investigaciones en las que esta haya sido utilizada.

La revisión bibliográfica muestra que el interés en indagar la relación MT, HSH - uso de condón, es de gran utilidad para la salud pública, ya sea para tener indicadores sobre el contagio de ITS (Mendoza, et al, 2016; Rhodes, et al., 2020; Sheinfil, 2020), como para conocer el comportamiento sexual de estos tipos de participantes (Bayer et al., 2014; Yi, et al., 2019), como para la creación de estrategias de intervención médica y psicosocial (Mehrotra, et al., 2019; Wang, et al., 2020). Es pertinente resaltar que es común encontrar, dentro de la literatura, estudios en donde los participantes son tanto HSH como MT. De manera especial, se encuentran estudios con MT en donde se analiza la aceptabilidad de la *profilaxis pre-exposición* (PrEP) (Chakrapani, 2020).

El interés de los investigadores se genera en doble vía: unos desde la biomedicina (medicina y enfermería) y otros desde las ciencias sociales. Los primeros suelen hacer sus investigaciones a partir del uso de datos agregados, encuestas y escalas, entre otros métodos cuantitativos (Ramanathan et al., 2014; Bayer et al., 2014 y Brown et al., 2015). Los científicos sociales, en cambio, suelen trabajar a partir de metodologías cualitativas entre cuyas técnicas de recolección de información destacan las entrevistas, los grupos focales y los cuestionarios (Rhodes et al., 2014; McCuller y Harawa, 2014; Safika et al., 2014; Bhata, 2014; Prabawanti et al., 2014 y Yi et al., 2019). Los autores de estos estudios resaltan la necesidad de indagar a propósito de los factores sociales y culturales que influyen en los comportamientos sexuales. Sin embargo, pese a dicho interés, los resultados y su posterior análisis no va más allá de un cruce de variables que deja por fuera el análisis subjetivo de la relación cultura, sociedad y comportamientos sexuales (Moncayo, 2017).

A la luz de este panorama, en la presente revisión los hallazgos se clasifican en tres apartados que versan sobre diferentes aspectos relevantes para comprender la experiencia de la sexualidad en la población a estudiar; estos son: el papel de las características sociodemográficas, el lugar de las instituciones y los grupos sociales en la aparición o re-

ducción de prácticas de riesgo y el estigma. Acto seguido se presenta una disertación respecto a la subjetividad como objeto posible para indagar las sexualidades, desde distintos autores y perspectivas teóricas.

El papel de las características sociodemográficas

Para pensar una problemática como la abordada es fundamental considerar las características sociodemográficas de los sujetos. Es decir, se precisa tener en cuenta los aspectos biológicos, económicos y socioculturales con el fin de identificar, describir y analizar el papel de la estructura social en la configuración de subjetividades y la producción de procesos sociales y su consecuente impacto en las relaciones intersubjetivas, lo que, por supuesto, conduce al examen de la sexualidad y las diversas formas en que los sujetos la viven.

Siguiendo esta perspectiva, Bayer et al. (2014), y Billings et al. (2016), se propusieron describir las características sociodemográficas y su relación con la percepción y las prácticas de riesgo de VIH, su prevalencia y la prevalencia de sífilis, en varones homosexuales que ejercen la prostitución en Lima (Perú). En busca de su objetivo compararon un grupo de hombres que ejercen la prostitución en el centro de la ciudad con un grupo de hombres que trabajan en las afueras de la misma. Los investigadores encontraron que lo económico refleja una importante diferencia entre los grupos, pues los hombres que se prostituyen en el centro reportan ganancias considerablemente bajas respecto a sus pares, por lo que el trabajo sexual les permite sobrevivir, pero no progresar. Además, estos también presentan una prevalencia más alta de VIH (23% versus 4%). Esto pese a que en ambos grupos el uso consistente de condón es bajo, y las discusiones o negociaciones con los clientes respecto a su uso es poco frecuente según los mismos hombres informaron. En general hay una serie de desventajas para los HSH que ejercen la prostitución en el centro de la ciudad, desventajas que tienen que ver con factores económicos, sociales, educativos y, por supuesto, con la salud. Esto nos indica que la prostitución

masculina también está estratificada y configura escenarios de distinción y desventaja.

A propósito de la prostitución, vale anotar que este oficio se presenta como la principal fuente de empleo para las mujeres transexual y transgénero gracias a que los estigmas (Chakrapani et al., 2015; Lindroth et al., 2017) y la consecuente discriminación, de la que suelen ser víctimas, limita la posibilidad de obtener empleos no relacionados con el comercio sexual (Maliya et al., 2018) a ello hay que sumarle el bajo nivel educativo, económico y social que, generalmente, asiste a dicha población y la ubica como una de las de más alto riesgo de contraer y transmitir el VIH, tal como señalan varios autores (Cai et al., 2016; Poteat et al., 2016; Budhwani et al., 2017; Wickersham et al., 2017), que coinciden en afirmar que las trabajadoras sexuales, transexuales y transgénero¹⁵ enfrentan una carga desproporcionada de VIH. Según Poteat et al (2016) “Se estima que el 19% de las mujeres transgénero en todo el mundo viven con VIH y tienen casi 50 veces más posibilidades de contraer el virus en comparación con la población general” (p. 835).

Por su parte, Cai et al. (2016) y Yoon y Tangtammaruk (2016), sostienen que los estudios que midan la prevalencia de VIH en población trans en general y en trabajadoras sexuales transgénero y transexuales en particular, deben tener en cuenta que los datos recabados a propósito pueden no ser del todo ciertos, pues es común que los participantes del comercio sexual omitan información al respecto. De hecho, Yoon y Tangtammaruk (2016), en su estudio sobre el papel de la percepción del riesgo en la transmisión del VIH entre trabajadores sexuales (masculinos y transgénero) y sus clientes (en Tailandia), encontraron que solo el 75% de los participantes (n= 200) hacían uso consistente del condón con sus clientes. Incluso la mitad de ellas afirmó que acep-

¹⁵ Si bien los estudios diferencian transexual y transgénero, es necesario aclarar que desde esta investigación consideramos estas clasificaciones de otra manera, ello se discutirá en el capítulo.

taría tener relaciones sexuales sin protección por una compensación monetaria extra. Esto obedece, según los autores, a la falta de información y a las diferencias individuales respecto a la percepción del riesgo, descuidando la necesidad económica como posible motivo de la conducta de riesgo. Finalmente, se afirma en el estudio que los hombres que tienen sexo con hombres representan el riesgo más alto entre los grupos que son considerados altamente vulnerables. Todo esto, por supuesto, aumenta considerablemente las posibilidades de transmitir el virus.

Es factible entonces, que se estén subestimando los datos respecto al problema en mención. Según afirman Veronese et al. (2015), existe una poca desagregación de los datos epidemiológicos, sobre ITS y HSH y MT, pues en estos generalmente lo que se reporta es el dato bruto, a veces desagregado por regiones, razas o edades, pero pocas veces desagregado según las preferencias y/o las prácticas sexuales que siguen los sujetos; esto dificulta la puesta en marcha de medidas preventivas. Los investigadores hallaron que el uso consistente de condón por parte de la población estudiada (HSH y personas transgénero en Vanuatu), es muy bajo independiente de si su pareja es regular u ocasional. Sostienen también que el riesgo más alto de adquirir ITS y VIH lo presentan los HSH.

Ahora bien, en el común de los trabajos revisados se indica que la falta de información respecto al VIH aumenta las conductas de riesgo, especialmente el uso inconsistente del condón. Al respecto, Delgado et al. (2017) y Crowell et al. (2018), sostienen que, a mayor conocimiento sobre el VIH (forma de adquirirlo, impacto en la salud física y psicológica) mayor probabilidad de disminuir dichas conductas riesgosas. Mientras que, en contravía, Maliya et al. (2018), encontraron que en las mak nyahs (mujeres transexuales) de Malasia, se da la particularidad de que a mayor conocimiento sobre VIH/SIDA se asumen más riesgos, por lo que afirman que los procesos educativos no constituyen una herramienta determinante si no tienen en cuenta los valo-

res socioculturales. Además, insisten en que “las prácticas religiosas pueden ser efectivas para inculcar niveles más altos de conciencia y responsabilidad en esta comunidad, en pro de eliminar las conductas de riesgo” (p. 29).

En concordancia, Nugroho et al. (2016) sostienen que se precisan más intervenciones educativas, pero que estas deben ser culturalmente apropiadas, fundamentadas teórica y rigurosamente, y previamente evaluadas. Lo que implica un llamado a aumentar la producción de investigaciones que se ocupen no solo de *cómo se hace* la intervención de orden educativo, sino que, además, reflexionen en torno a preguntas del tipo; *para quién se hace* la intervención, *para qué se hace*, *por qué se hace* y también *quienes* la llevan a la práctica, pues considerar estos elementos permitiría un ejercicio más exitoso debido a que tendría en cuenta la singularidad de los sujetos y las comunidades, desdibujando imaginarios anudados a los estigmas.

Estas investigaciones, además, alertan sobre la necesidad de considerar el nivel educativo de los sujetos, pues ello favorece la comprensión de las prácticas asumidas por los mismos. A propósito, algunos investigadores (Lane et al., 2014; Weissman et al., 2016; Budhwani et al., 2017; Yi et al., 2019) coinciden en afirmar que, a más alto nivel educativo más consistente el uso de condón y viceversa. Billings et al. (2016) notaron que alcanzar al menos el nivel de secundaria y/o mínimo diez años de educación formal es un factor protector respecto a las conductas de riesgo y que, a menor logro educativo, menor frecuencia en la realización de pruebas periódicas de VIH. Hasta aquí lo referido parece una perogrullada, pues los altos niveles educativos no pocas veces reportan conductas saludables anudadas, no obstante, el estudio de Bhatta (2014), muestra un contrasentido interesante: en su investigación con mujeres transgénero de Nepal, encontró que “las personas transgénero con nivel de educación secundario o superior son tres veces más propensas a tener relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas en comparación con aquellas con un nivel

primario” (p. 11). No obstante, en su trabajo no se plantean hipótesis para tratar de explicar tal hallazgo.

En todo caso, lo que nos dejan ver estas investigaciones es que la educación en salud (uno de los pilares de los programas de promoción y prevención en salud), no garantiza el alcance de lo que se propone, pues el paso por el proceso educativo no necesariamente redundará en prácticas reales de autocuidado y, como se evidenció, ni siquiera un nivel educativo alto o medio (refiriéndonos a la educación formal) constituye un aspecto totalmente protector frente a las conductas de riesgo, lo que muestra que existen obstáculos subjetivos acompañantes de la experiencia de la salud y la sexualidad. Obstáculos que escapan a la comprensión lógica o la racionalización por parte de los sujetos.

Otro aspecto sociodemográfico que se erige como relevante es la edad. Sin embargo, esta suele tomarse como una variable de valor meramente descriptivo y/o clasificatorio. Varios estudios (Severson et al., 2014; Bayer et al., 2014; McCuller y Harawa., 2014; Gamarel et al., 2015 y Brito et al., 2015) se centran en el rango que va entre los 18 y los 60-65 años. Esto tiene que ver con que dicho rango etario garantiza la mayoría de edad de los participantes de las investigaciones. También responde a que en los espacios donde los sujetos son reclutados, generalmente (excepto en las calles) se exige una edad mínima para la participación, como en los bares, por ejemplo. Finalmente, se asume que dentro de este rango etario los sujetos experimentan el grueso de sus relaciones sexuales y de pareja, elemento fundamental para obtener los datos empíricos necesarios en las pesquisas y hacer las intervenciones consideradas pertinentes.

El promedio de edad de las participantes en los estudios oscila entre los 25 y los 34 años, como reportan diferentes trabajos (Brown et al., 2015; Poteat et al., 2016; Shan et al., 2018 y Yi et al., 2019). No obstante, hay algunos en los que se tienen en cuenta sujetos de menos de 18 años, Harawa et al. (2014) por ejemplo, observan la movilidad fronteriza con

finde de prostitución de mujeres transgénero (hijras) mayores de 15 años, con el fin de analizar cómo dicha movilidad impacta (de manera negativa) el uso de condón en el coito anal; mientras que Budhwani et al. (2017), encontraron que en una muestra de 78 trabajadoras sexuales transexuales a las que se les aplicó una encuesta sobre el conocimiento respecto al VIH y los estigmas experimentados por ellas, el promedio de edad de la primera experiencia sexual fue de 13.12 años, siendo la edad más joven reportada 7 años, lo que indica que la mayoría de dichos encuentros sexuales son resultado de violaciones y abusos sexuales.

Entonces la edad funge como variable independiente, como una categoría de análisis de carácter secundario dado que otras se presentan como más relevantes en la investigación de este tipo, por ejemplo, la clase social y el nivel educativo. Lo problemático de tal descuido respecto a la edad, es la falta de reflexión alrededor de la misma, no en su dimensión cronológica, sino en su estatuto más lógico, es decir, en tanto marco definidor de momentos y etapas vitales que configuran subjetividades. El inicio de la vida sexual en tanto lugar del encuentro con los otros, enmarca el paso a un escenario diferente de la experiencia vital.

Respecto a la raza como categoría de análisis, en los estudios revisados hallamos pocas referencias, Harawa et al. (2014), tomaron una muestra de 555 sujetos (de Atlanta, Boston, Los Ángeles, Nueva York, San Francisco y Washington), todos hombres negros homosexuales y bisexuales con diagnóstico previo de VIH y que estaban bajo tratamiento o que reportaron haber tenido sexo anal sin protección con parejas VIH positivas. El estudio no mostró diferencias significativas en la prevalencia de VIH/ITS entre los grupos, más sí dejó ver divergencias en el comportamiento sexual. Quienes se definieron como bisexuales presentaron tasas particularmente altas de actividad sexual potencialmente riesgosa. No obstante, en este trabajo la raza resultó no ser más que un criterio de selección, pues no se debate si existe o no una relación entre raza y conductas sexuales. Por su parte, Jain et

al. (2015), encontraron una correlación entre juventud y raza negra y mayor prevalencia de VIH en un grupo de HSH de Boston, sin embargo, en su investigación esto no es explorado, más allá de que sostienen que ello responde a la segregación y discriminación de la que suele ser víctima esta población en particular. Si bien en estos estudios no se entiende la raza desde su arcaica definición biológica, tampoco se da cuenta del peso de esta como constructo social que marca condiciones de posibilidad y acción para los individuos. Cuestión importante, pues para nadie es un secreto que los sujetos de raza negra históricamente han padecido desventajas de índole social, económica y política, entre otras, con relación a los sujetos y poblaciones de raza blanca/mestiza. Estas desventajas minan la calidad de vida e imponen diferentes representaciones respecto al cuerpo, el cuidado, la salud y la enfermedad, lo que por supuesto, incluye la experiencia de la sexualidad. Nuestra crítica a estos estudios se sustenta en que no puede asumirse que la referencia a la segregación y la discriminación explican *per se* la mayor prevalencia de VIH en determinada población. La discusión sobre la subjetividad no se agota en la mención de un par de categorías sociológicas carentes de un análisis respecto a cómo operan en la experiencia y se nutren de otros elementos historizados.

El lugar de las instituciones y los grupos sociales en la aparición o reducción de prácticas de riesgo

Hay estudios que centran su objetivo en la búsqueda, el análisis y la promoción de programas e intervenciones preventivas para disminuir conductas de riesgo. Dentro de estos trabajos toman particular relevancia las instituciones y los grupos sociales puesto que constituyen escenarios que permiten investigar prácticas y aspectos como el uso y no uso del condón, la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual; la prevalencia de conductas de riesgo (Prabawanti et al., 2014; Chakrapani et al., 2015; Moayedi-Nia et al., 2019), las diferentes formas de promoción y prevención en salud y el posterior impacto de estas en los HSH y las personas transgénero, entre otros.

Instituciones y grupos funcionan como escenarios productores de subjetividad, empero tienen características diferentes: las instituciones, entendidas como *totales*, siguiendo a Goffman (1972), “[...] crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, y usan esta tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres” (p. 26). Al respecto Harawa et al. (2014), muestran el impacto de la iglesia y la religiosidad en la experiencia y los comportamientos sexuales de lesbianas, bisexuales, transgénero y homosexuales latinos. En el trabajo se evidencia una correlación positiva entre los discursos religioso y hetero-patriarcal, lo que redundaría en niveles más altos de soledad y eventos discriminatorios, uso inconsistente del condón y alto grado de homonegatividad internalizada. Los participantes manifestaron tanto una ruptura con el comportamiento entendido como normativo, como la necesidad del control que se puede hallar en la iglesia. Cuestión que da cuenta de la división subjetiva que produce en los individuos el cruce entre dos estatutos generalmente disonantes: la religión y la sexualidad, más cuando esta última se sale del marco cultural que la contiene e intenta regular. Los entrevistados generalmente se referían a su elección y comportamiento sexual como inmoral y pecaminoso, dejando ver la forma en que, a partir de discursos sancionatorios y estigmatizantes, la iglesia produce subjetividades, teniendo la culpa un lugar fundamental en la forma en que calan dichas concepciones y posteriormente son encarnadas y reproducidas por los mismos afectados.

Por su parte, McCuller y Harawa (2014), analizaron las opiniones del personal de la cárcel central de hombres de Los Ángeles (USA) respecto a la efectividad y el impacto del programa de distribución de condones entre los presos de la unidad que reúne a los HSH, ya sean homosexuales, bisexuales o transexuales. Este estudio se ocupó del análisis de la experiencia de los guardas de seguridad encargados de hacer las intervenciones dirigidas a la prevención del VIH y otras ETS entre los reos. Dicha intervención consiste en la distribución de condones a los reclusos una vez por semana. Lo que los investigadores hallaron fue

que para los entrevistados esta práctica representa un dilema moral pues supone un conflicto entre sus creencias y opiniones respecto a la homosexualidad, y las demandas de la institución a propósito del desarrollo del programa. No obstante, los sujetos reconocen que la promoción y prevención en salud es una cuestión que debe imponerse sobre los discursos de orden moral. También se encontró que la distribución de condones no necesariamente promueve el aumento de encuentros sexuales y que aun sin condones los presos solían buscar diferentes formas de protección, entre las que destaca el uso de empaques de comida como preservativos. Así, este estudio muestra cómo las lógicas institucionales pueden conflictuar a los sujetos en tanto imponen renuncias de orden moral y social encaminadas a responder a lo demandado. Las instituciones demandan *cuerpos dóciles* que se rindan ante la imposición de las lógicas institucionales. Además, el estudio también retrata las formas de resistencia de los sujetos, una suerte de *sentido práctico* que les permite la adaptación y la acción a partir de las condiciones de posibilidad que la institución permite.

En concordancia, Ramanathan et al. (2014) evaluaron la cobertura y el impacto del programa Avahan¹⁶ en el Estado indio de Maharashtra. Este programa surgió en 2003 como respuesta al aumento del VIH en el país y tiene por objetivo empoderar a las comunidades para enfrentar el VIH e interviene mediante la distribución gratuita de condones, a partir de procesos de educación sexual dirigida a población clave y disponiendo clínicas gratuitas para diagnosticar infecciones de transmisión sexual. La investigación mostró que el programa cumple con éxito su objetivo de disminuir las conductas de riesgo y reporta disminución de la prevalencia de sífilis, no obstante, la prevalencia de VIH sigue siendo un grave problema.

Con objetivos afines, Sun et al. (2015), analizaron las prácticas y los resultados de “HOLA” (The Happy Older Latinos are Active). Un modelo

¹⁶ En sánscrito, llamado a la acción.

de intervención en salud que se basa en procesos psicoeducativos dirigidos a población considerada vulnerable y apunta a reducir la carga desproporcionada de VIH que soportan los HSH, los bisexuales y los trans latinos que viven en Estados Unidos. La intervención consiste en la promoción del uso de preservativos y la realización periódica de la prueba de VIH. Siguiendo este objetivo se realizaron 1820 actividades educativas consistentes en brindar información sobre la importancia del uso de condón, distribuir condones y favorecer la transmisión del mensaje voz a voz entre la población mencionada con el fin de ampliar la red de beneficiarios del programa. Los investigadores encontraron que el impacto de la intervención trasciende de los directamente implicados, pues estos llevaron el mensaje recibido a sus parejas y a sus redes dentro de la comunidad, lo que aumenta las posibilidades de prevenir el contagio de VIH y ETS. Esto condujo a una ganancia extra: la prevención y reducción de la violencia sexual entre la población intervenida, debido a que los sujetos aprenden a hacerse cargo responsablemente de su salud sexual y ello implica que los VIH positivos reporten su condición a sus parejas ocasionales u oficiales. Acción que no necesariamente redundará en un uso consistente del condón, pero sí permite a ambos sujetos elegir sobre la base de conocer las condiciones del encuentro sexual (Chakrapani et al., 2015).

Lane et al. (2014), analizaron el proyecto Boithato, dirigido a HSH en Mpumalanga, Sudáfrica, que apunta a aumentar el uso consistente del condón, promover la realización de pruebas regulares para los no contagiados y vincular al cuidado a los VIH positivos. Los investigadores examinaron, a partir de una encuesta básica de vigilancia, la prevalencia del virus y las conductas de riesgo asociadas. Encontraron que la prevalencia es más alta entre los HSH mayores de 25 años y que, entre aquellos con una pareja estable y quienes tenían experiencia previa de maltrato por parte de sus parejas, las pruebas regulares de VIH eran poco frecuentes. También hallaron que entre los VIH positivos pocos sabían de su estado o no se habían vinculado adecuadamente a los procesos atencionales y la terapia antirretrovi-

ral. Lo que confirma lo reportado por Tangmunkongvorakul et al. (2016), quienes afirman que en general existe muy baja adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH, y que una de las razones de ello se asocia al estigma del que puede ser víctima esta población. Postura también sostenida por Zafra-Tanaka y Ticona Chávez (2014) quienes refieren que hay una estrecha relación entre el alto nivel de estigma alrededor del VIH/Sida y la baja adherencia al tratamiento antirretroviral. Vale anotar que en este estudio la población fue de hombres y mujeres diagnosticados con VIH, y la orientación sexual no fue un criterio para la elección de los participantes. No obstante, lo traemos a colación porque da cuenta del peso social, en tanto estigma, que la enfermedad entraña por sí sola, y ello favorece la comprensión de la complejidad que supone para los HSH y las personas transgénero la cotidianidad de la vida. Además, abona el camino para discutir respecto al ingreso a los servicios de salud, cuestión de la que nos ocuparemos más adelante.

Con relación a las mujeres trans, se encuentran una variedad de estudios que exponen programas que incentivan el uso del preservativo; esto debido al riesgo desproporcionado que tienen de contraer VIH (Sevelius, 2020). Dentro de estos programas se encuentran los que se centran en el empoderamiento con relación a derechos humanos, sexuales y reproductivos los cuales resultan eficaces con relación al aumento del uso del condón (Garofalo, 2018; Sevelius, 2020); de igual manera los que se centran en la promoción de la salud y distribución de condones, con relación a esto, Sun, et al., (2015) plantean que el impacto de este tipo de programas es alto en la medida que un alto número de MT hacen uso de servicios de salud, no obstante, el estudio no afirma sino que plantea como una posibilidad el impacto positivo del programa. De acuerdo al análisis de los resultados de las diferentes estrategias para incentivar el uso del condón, se encuentra que aquellos que son liderados por población de mujeres trans tienen resultados positivos en mayor proporción.

Los anteriores estudios dan cuenta de que la preocupación por el aumento de casos de VIH es de nivel global. Sin embargo, el mayor interés se centra en lo que han denominado como “población clave”, dado que, como es la tendencia en la literatura revisada, es la población en la que estadísticamente se evidencia más alto riesgo, de ahí que los esfuerzos y las formas de intervención apuntan básicamente al mismo objetivo: disminuir la prevalencia de VIH, a partir de la promoción del uso consistente del condón y los procesos psicoeducativos que incluyen la realización periódica de la prueba del VIH. Propuesta con la que coinciden varios estudios (Garofalo et al., 2016; Tangmunkongvorakul et al., 2016; Liu et al., 2016; Shaw et al., 2016 y Wilkerson et al., 2019), en los que se argumenta que es fundamental aumentar y mejorar las técnicas y programas de intervención preventiva, tras considerar los aspectos psicosociales que animan la experiencia de la enfermedad. Esto lo afirman también Poteat et al. (2016) y Moayedi-Nia et al. (2019), al insistir en que las intervenciones deben ser colectivas y tener en cuenta las condiciones sociales (condiciones de posibilidad) de los sujetos y su impacto en la salud y la enfermedad como experiencias.

Cómo es posible notar, algunos estudios apuntan a comprender el fenómeno según se presenta en las lógicas cotidianas de ciertos sectores de la comunidad. Es el caso de Safika et al. (2014), quienes analizaron las diferencias en el uso del condón entre mujeres transgénero y HSH en Yakarta, Indonesia. Para la investigación los participantes fueron reclutados en tres escenarios: lugares de entretenimiento, salas de masaje para HSH y en las calles, especialmente en las zonas en las que los transgénero ejercen la prostitución. La investigación mostró que existe un alto índice de uso de condón (reportado por los sujetos) distribuido –por grupo– de la siguiente manera: HSH en lugares de entretenimiento 66%, HSH en salas de masaje 84% y transgénero que ejercen la prostitución (o reclutadas por bola de nieve) 83%. Sin embargo, los mismos investigadores sostienen que debido a la alta prevalencia de VIH es preciso ser cautelosos con la información recopilada, pues es probable que, en relación a los discursos elaborados alrededor del uso del condón

y la carga moral que ello conlleva, los sujetos brindan reportes falsos, aduciendo más uso que el real. Esta investigación también dio cuenta de que los síntomas depresivos y el historial de abuso físico durante la infancia y la adultez se relacionaron con menor uso del condón.

Cabe señalar que ocuparse de la individualidad, lo que implica reconocer y considerar relevante la subjetividad, es una cuestión que se presenta mayormente en estudios cuya población es reclutada por fuera de instituciones formales, es decir en *grupos sociales*. Esto porque la participación en dichos grupos tiene más de voluntario que de impuesto y las lógicas relacionales que en ellos se presentan suelen ser negociadas y aceptadas por los mismos sujetos. En otras palabras, estar por fuera de las instituciones clásicas permite el despliegue de discursos personales (íntimos) y, en consecuencia, favorece el acercamiento a la experiencia subjetiva de la sexualidad.

El problema del estigma

Goffman (1998), define tres tipos de estigma: los referentes a los defectos físicos, los entendidos como vicios y fallas del carácter, y los estigmas tribales; todos representantes de características que, al ser sobrevaloradas por los otros, anulan los demás atributos y reducen al sujeto al defecto sobresaliente, lo que dificulta la interacción y divide los grupos entre estigmatizados y normales. En el caso de los homosexuales y los bisexuales opera el segundo tipo de estigma, pues estos atañen a “pasiones tiránicas o antinaturales” (Goffman, 1998). Respecto a las mujeres y hombres transgénero, sucede algo similar, solo que sobre estos pesan, además, los estigmas que el mismo Goffman denomina “abominaciones del cuerpo”.

En todo caso, lo problemático es el impacto negativo que estas marcas imponen a la subjetividad y las relaciones intersubjetivas. Según Budhwani et al (2017) el estigma puede ser internalizado por quienes lo padecen, afectando el comportamiento individual y disminuyendo la

autoconfianza y la confianza en la pareja, lo que a la vez redundante en dificultades para negociar el uso de condón. Sostienen que, a más alto el estigma experimentado, más bajo el uso de condón y el conocimiento sobre VIH. Esto último tiene que ver con el peso de las ideologías conservadoras respecto al sexo y el género y la forma en que estas producen y reproducen discursos discriminatorios, lo que aumenta, junto a la violencia y los abusos a los derechos humanos, el riesgo de contraer VIH y, además, dificulta las posibilidades de acceso a la educación para estas poblaciones, como muestran Poteat et al. (2016), quienes sostienen que el estigma es a la vez, resultado y promotor de la violencia sexual dirigida a la población trans, mientras que para Stahlman et al. (2016), hay una relación directa entre el estigma, el estigma reproducido por miembros de la familia y amigos, la venta de sexo y el uso inconsistente o no uso del condón en las mujeres transgénero en comparación con los HSH. Sin embargo, estos autores no identificaron diferencias significativas respecto a la prevalencia de VIH entre ambos grupos.

En todas las investigaciones se insiste en que el estigma y las tribulaciones que supone (discriminación, violencia física, sexual y simbólica, deshumanización, entre otras), no pocas veces desemboca en prácticas (o conductas) de riesgo por parte de los individuos estigmatizados. Motivo por el cual Rhodes et al. (2020), exhortan desarrollar intervenciones destinadas a reducir las perspectivas negativas y los discursos antigay dirigidos a las minorías sexuales.

Estudios a nivel nacional

De manera particular, a nivel nacional, los estudios relacionados con el uso del condón y mujeres trans en Colombia se encuentran en publicaciones tipo artículos científicos e informes realizados por organizaciones no gubernamentales; los segundos en mención se encuentran en mayor proporción que los primeros mencionados. A propósito de la literatura científica, el estudio de Zea, et al. (2015) examina, en la ciudad de Bogotá, la prevalencia del VIH de mujeres

trans y hombres que tienen sexo con hombres con el fin de explorar el número de personas que conoces y desconoce su estado serológico; este estudio concluye que existe una necesidad urgente de aumentar la detección de VIH en estas poblaciones. En esta misma ciudad de Colombia, Bianchi, et al., (2014), realizaron un estudio con HSH y MT víctimas del desplazamiento; encontraron que la situación de desplazamiento generó el inicio del trabajo sexual para muchos de los participantes y que el uso del condón no se realizaba por desconocimiento del VIH y también por recibir dinero adicional del cliente.

Adicional a lo anterior, se encuentra que las organizaciones no gubernamentales realizan financiaciones a organizaciones de base comunitaria para la generación de informes con relación a la situación de vulneración de derechos humanos. Dentro de los temas que se desarrollan se encuentra el no uso del condón como una vulneración al derecho sexual de las MT.

Las producciones subjetivas en el centro del debate

Se precisa partir del reconocimiento de la sexualidad como una experiencia no reductible al mero acto físico o biológico sino dotada de una alta carga simbólica, cultural y afectiva, llena de significado y anudada a lo historizado y encarnado por los sujetos, producto de su relación con la estructura social y las relaciones intersubjetivas de ahí resultantes. En el caso de la población referida este reconocimiento se hace más problemático fundamentalmente por la negativa persistente en la sociedad para asumirlos como sujetos de derecho capaces de definir la forma en que presentan, conducen y viven su cuerpo y su sexualidad. Dicho desencuentro redundante, como se mostró antes, tanto en violencia simbólica (segregación, discriminación y violación a los derechos humanos en general) como en violencia física (abusos sexuales, agresiones y persecución, entre otros). Estos aspectos son prolijamente descritos, pero notoriamente descuidados en los estudios referidos, pues no se ocupan de las representaciones,

creencias y valores condicionantes de la experiencia sexual en los HSH y las mujeres trans, es decir, no tienen en cuenta la subjetividad de quienes fungen como objetos/sujetos de investigación. Lo que supone una tarea ineludible para futuras investigaciones. Cuestión sobre la cual ya otros estudios han llamado la atención, como Kerr et al. (2014) quienes hallaron que las condiciones de desventaja social producen representaciones negativas a propósito de la sexualidad, la salud y la enfermedad, lo que redundaría en la producción de sistemas de creencias no siempre acordes con la realidad, y dificulta la asunción de medidas protectoras por parte de los sujetos. Estos investigadores instan a conocer la organización subjetiva existente tras las prácticas sexuales. En otras palabras, invitan a reconocer y dar lugar a la palabra, las experiencias y las representaciones de quienes fungen como sujetos en las investigaciones a propósito del tema en mención.

Las investigaciones también dejan ver que los sujetos conocen las prácticas sexuales riesgosas y sus posibles consecuencias y, aun así, ello no garantiza el uso consistente del condón. Aunque se intenta conocer los *porqués* de tales prácticas rara vez se pasa a considerar el trasfondo de dichas motivaciones, es decir, se desconoce el lugar de la subjetividad en la experiencia de la sexualidad. Es por ello que para nosotros resultó relevante abordar el estudio de los sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en “población clave”, pues, entendemos que estos sentidos se hallan en la relación dialéctica existente entre individuo y sociedad. En concordancia con el panorama referido, el presente capítulo responde al objetivo de *analizar los sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en relación con el VIH en población de mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres en las ciudades de Cali y Medellín.*

Algunas consideraciones metodológicas

Los principios mencionados en la primera parte del libro, a saber, singularidad, dialogicidad y constructivo interpretativo (González Rey, 2007, 2010, 2017) tienen coherencia con las formas de construir conocimiento desde las epistemología trans (Stone, 2015; Solá, 2014) y teorías críticas constructivistas. Esto en la medida que la primera permite, desde diálogos horizontales, reconocer y dar la voz de la población participante como acto de reconocimiento de sus saberes, reconstruyendo las realidades a través de la propia existencia en donde la persona transita (trans) por distintas posiciones sociales. El punto de intersección de los principios mencionados con las teorías críticas constructivistas radica en el lugar que ocupa el investigador en el proceso de construir conocimiento; un lugar activo y dialéctico con la realidad que investiga.

Lo anterior denota la importancia del equipo de investigación, pues son sus miembros quienes dan solución a las vicisitudes emergentes durante el proceso y eligen las técnicas de recolección de datos de acuerdo a las características del objeto de estudio y de los participantes. Así pues, y siguiendo los mentados parámetros, durante la presente investigación tomamos la decisión usar diferentes instrumentos, en tanto estos deben ser provocadores de producciones subjetivas, ya que no se trata de caer en la “trampa” de la pregunta-respuesta, sino generar un espacio de confianza que permitiera que los y las participantes expresarán sus experiencias, sentires y posicionamientos. En esta medida, los instrumentos que sirvieron de provocadores fueron: la observación participante, el desarrollo de grupos focales, dinámicas conversacionales y las entrevistas en profundidad. Así, atendiendo las características de cada grupo participante, se utilizaron instrumentos de manera diferencial.

La disposición de las MT al encuentro dialéctico, hablar y ser escuchadas, permitió la realización de un grupo focal y otras dinámicas

conversacionales, ambos instrumentos abiertos que dan cabida a las múltiples expresiones que se puedan presentar durante el espacio de recolección de la información. Por su parte, y de manera contraria a las MT, los HSH demandaron anonimato y mostraron ser un poco más prevenidos para abordar el tema de la sexualidad; razones por las cuales con ellos se emplearon entrevistas a profundidad con el fin de recolectar la información.

La observación participante dirigida a cotidianidad de las MT tuvo lugar particularmente en Santamaría Fundación (SF) y distintos eventos culturales de la comunidad LGBTI de la ciudad de Cali. En la ciudad de Medellín, debido a la pandemia por COVID-19, no fue posible valernos de la observación participante, ni usar grupos focales como técnica. Entre las dos ciudades se realizaron dinámicas conversacionales con un total de 20 MT; 11 en Medellín y 9 en Cali. Para el ingreso a SF una persona cercana a una de las investigadoras del proyecto sirvió de “portero”. Este hombre facilitó el encuentro entre el equipo de investigación y la directora ejecutiva de la Fundación durante un evento público de la comunidad LGBTI en la ciudad de Cali. En este espacio se concertó una cita en las instalaciones de SF. Durante dicha reunión se presentó el proyecto y se estableció un espacio de diálogo que permitió escuchar, entre otras, las incomodidades e inconformidades que producidas a las MT desde la academia, en razón, según afirmaron de que en dichos procesos, los investigadores no pocas veces instrumentalizan a las participantes; obtienen información, dan cuenta de sus resultados y se marchan sin brindar contraprestación alguna. Ante estas críticas el equipo de investigación fue receptivo y se comprometió a problematizar aspectos planteados en el proyecto que pudiesen resultar conducentes a la patologización, el juzgamiento y la reproducción de estigmas dirigidos a la población trans, a saber, la connotación de “población clave” y la relación entre mujeres trans y VIH.

Posterior a este primer encuentro, se realizaron jornadas de trabajo para la construcción de los instrumentos (del grupo focal y dinámicas

conversacionales), los cuales se consolidaron en, aproximadamente, dos encuentros mensuales durante cuatro meses. Sumado a esto, el equipo de investigación participó de reuniones programadas por SF, en donde se discutieron temas como: la construcción de propuestas de investigación e intervención en conjunto y aspectos relacionados con el modelo psicosocial de la Fundación, entre otros. De igual manera, el equipo de investigación asistió a espacios institucionales como Entre Pares que hace parte de una estrategia psicosocial de la Fundación, y a encuentros informales realizados por la Fundación, como, festividades de fin de año y espacios de esparcimiento y fortalecimiento de vínculos. Cada uno de estos espacios compartidos permitió el (re)conocimiento de las experiencias de vida y expresiones de las mujeres trans, cuestiones relevantes para profundizar en distintos temas y aspectos durante las dinámicas conversacionales que tuvieron lugar a lo largo del ejercicio investigativo.

Realizamos un grupo focal en la ciudad de Cali, el encuentro se dio en la Santamaría Fundación y contó con la participación de un grupo de quince mujeres trans, con quienes debatimos alrededor de la salud sexual, el uso y no uso del condón y las ITS. Esto por medio de dramatizados (ver instrumento del grupo focal en el anexo A). Esta estrategia metodológica fue sugerida por las mismas mujeres trans. Esta escenificación favoreció el uso de la expresión corporal como lenguaje que evoca, produce y reproduce discursos, saberes y experiencias. Vale la pena mencionar que la puesta en escena hace parte de las realidades y representaciones de vida trans (téngase en cuenta las personas transformistas), en tanto el escenario permite la agencia del propio cuerpo y expresión en medio de un sistema binario y heteronormativo que pretende el control sobre los cuerpos (Ziga, 2014).

Estos ejercicios performativos son ampliamente utilizados desde enfoques feministas y transfeministas, en espacio de co-construcción del conocimiento junto con la población LGBTIQ+. De acuerdo a Torres (2014), el ejercicio performativo permite deconstruir patrones de

normalidad que están grabados en la sociedad, por lo tanto, por medio de la performatividad se coloca en jaque los patrones, el control que ejerce la supuesta normalidad.

A este grupo focal asistieron 15 mujeres trans; su participación fue activa y comprometida lo que enriqueció las discusiones y favoreció un acercamiento profundo a las distintas experiencias de placer y sufrimiento que animan su cotidianidad. Este encuentro tuvo una duración de cinco horas (de 11 a.m. a 4 p.m.) y fue grabado en audio, previa autorización de las participantes. Las grabaciones fueron transcritas en su totalidad para posteriormente codificar y analizar la información en ellas recabada.

Sumado a lo anterior, con las MT de Cali y Medellín se realizaron dinámicas conversacionales de manera presencial y virtual. En total se realizaron 20 encuentros de dinámicas conversacionales (10 en Cali y 11 en Medellín), cada una con duración de dos horas aproximadamente (ver instrumento en el anexo B). Los datos sociodemográficos de las participantes se encuentran consignados en el anexo C.

Vale anotar que con los participantes HSH no fue posible ni la observación participante ni la realización de grupos focales, entre otras, debido al interés de estos por mantenerse en el anonimato, evitando hacer públicas su opiniones y experiencias respecto a los temas estudiados. Con este grupo la información se recolectó por medio de entrevistas en profundidad.

En total se aplicaron 21 entrevistas en profundidad (11 en Cali y 10 en Medellín. Para ver las características sociodemográficas, ir al anexo D) orientadas a conocer la experiencia de la sexualidad y la afectividad en la población estudiada, teniendo en cuenta cómo estas se relacionan con las prácticas de protección y riesgo puestas en acción por los participantes; y la incidencia mutua entre dichas prácticas y la vida cotidiana en general (ver formato de entrevista en el anexo E).

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 70 minutos, fueron grabadas en audio y transcritas en su totalidad.

En resumen, en lo que respecta a la metodología, la investigación se desarrolló en cinco momentos (el primero y el quinto se realizaron de manera transversal a todo el proyecto):

1. *Revisión bibliográfica*: Rastreo de estudios en diferentes regiones del mundo, buscando establecer analogías que favorecieran la comprensión de la experiencia subjetiva que configura las prácticas sexuales de riesgo, los motivos, causas y obstáculos frente al uso y no uso de preservativo en población de mujeres trans y HSH. Este momento fue transversal a todo el proyecto de investigación, cuestión que permitió la discusión de los datos del trabajo de campo con los datos teóricos de manera constante.
2. *Acercamiento y consolidación de confianza con la población de mujeres trans*: por medio de reuniones presenciales se realizó un acercamiento a Santamaría Fundación, organización de base comunitaria que permitió la apertura al conocimiento de las experiencias de vida trans y que posibilitó el encuentro con participantes para la realización del grupo focal en Cali y las dinámicas conversacionales en Cali y Medellín.
3. *Diseño de los instrumentos*: junto con el equipo de SF se construyeron ejes de discusión sobre el uso y no uso del condón para el grupo focal y dinámicas conversacionales.
4. *Trabajo de campo*: realización de grupo focal, dinámicas conversacionales y entrevistas en profundidad. Una vez recolectada la información se enviaron las grabaciones a transcripción, solicitando a quienes las transcribieron la confidencialidad de los datos y la eliminación de cualquier elemento que permitiera identificar a los y las participantes.

5. *Análisis de la información del trabajo de campo*: a medida que se realizaba trabajo de campo (grupo focal, dinámicas conversacionales y entrevistas), se programaron reuniones semanales entre los investigadores para clasificar la información recabada. Esto permitió avanzar en el análisis y la identificación de categorías y ejes emergentes; se discutieron y definieron algunos temas y subtemas de análisis, relacionados con las categorías del proyecto (Hill, Thompson y Williams, 1997; Pantalone, et al., 2020). Estos temas corresponden a los desarrollados en el presente apartado y se pueden observar en la tabla 1 en la cual se presenta el proceso de análisis de la información de las mujeres trans.

En la tabla 2, correspondiente a las categorías y temas resultantes de la información recabada respecto a los HSH se presenta una variación respecto a la presentación de los resultados; estos se agruparon en un tema macro: *producciones subjetivas respecto al uso y no uso de condón*, y en dos apartados que tratan de manera transversal las categorías centrales de nuestra investigación.

Para este análisis de la información se utilizó el programa de análisis de información cualitativo Nvivo V.12.

Tabla 1. Categorías, temas y subtemas del análisis de la información de las mujeres trans.

Categorías	Tema	Subtemas
No uso del condón	Sobre la “educación” sexual	<ul style="list-style-type: none"> · Educando la sexualidad: la institución educativa y la familiar · El posicionamiento familiar respecto a la sexualidad.

Categorías	Tema	Subtemas
No uso del condón	Flexibilización del uso del condón	<ul style="list-style-type: none"> · Sexo desenfrenado: descubriendo (se en) la sexualidad · Las culturas del no uso del condón: el porno y la religión · La atracción, la excitación, el consumo de alcohol y drogas
	El sexo oral	<ul style="list-style-type: none"> · La práctica sexual “socialmente exonerada” del uso del condón
	La coerción social	<ul style="list-style-type: none"> · La imposición de la pareja sexual (el cliente, novio/esposo/amigo “con derechos”) y del mercado que promueve el no uso del condón
Estrategias de afrontamiento	Estrategias de afrontamiento frente al no uso del condón	<ul style="list-style-type: none"> · Acudir a servicios de salud. · Acudir a personas cercanas u organizaciones de base comunitaria para buscar asesoría. · No asumir el cuidado sobre sí mismas.
Uso del condón	El autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> · La familia consanguínea y social en el autocuidado · La experiencia ajena de una ITS

Fuente: Elaboración propia (2021).

Tabla 2. Categorías, temas y subtemas del análisis de la información de los HSH.

Categorías	Temas	Subtemas
Estrategias de afrontamiento	Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la salud • Tratamiento de la enfermedad
	Salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Qué se entiende por cuidado y autocuidado respecto a la salud sexual y reproductiva • Prácticas de autocuidado • Prácticas de riesgo
Uso y no uso del condón	Mitos y creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la salud sexual, las ITS, el VIH • Respecto al uso (no uso) de condón
	Sobre el condón	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento al respecto • Adquisición del condón • Uso de condón (motivos y causas) • No uso de condón (motivos y causas)
Uso y no uso del condón	Comportamientos sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación previa al encuentro sexual • Negociación del uso de condón • Pareja estable Vs pareja ocasional • Prácticas de riesgo Vs prácticas de cuidado y autocuidado
	Relaciones de pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones para establecer vínculos afectivos • Demanda a la pareja • El romance en el encuentro sexual • La fidelidad como pilar • La confianza como aspecto clave del cuidado y el autocuidado

Fuente: Elaboración propia (2021).

En coherencia con la premisa de reconocer las voces de los y las participantes situando sus aportaciones en un lugar protagónico, y siendo consistentes al atender los planteamientos de la *epistemología cualitativa*, particularmente al resaltar la voz y experiencia del investigador dentro de la producción de conocimiento, se decidió presentar en primera persona las experiencias que dieron vida al escenario social de la investigación, lo cual hace referencia al detalle de la inmersión en el trabajo de campo y de las formas cómo se afrontaron las tribulaciones siempre presentes.

Sumado a lo anterior, esta elección de escritura es tomada debido a que el acercamiento con la población trans nos permitió conocer perspectivas diferentes para situar, dentro de los análisis de los hallazgos, el saber de las narrativas de los y las participantes desde una posición tan válida como la biográfica-teórica. En coherencia con esto, es preciso mencionar que en los últimos quince años la perspectiva transgénero (Cabral, 2006) y epistemologías trans (Stone, 2015) toman posicionamiento tanto en lo social –dentro del movimiento LGBTI, en particular el feminista y trans– y plantean la importancia de dar cabida a las experiencias de quien investiga y de los participantes en cada uno de los espacios (formales e informales) donde se tiene el encuentro. En coherencia con la perspectiva trans, es pertinente que la investigación otorgue un papel central “a la agencia de las personas trans participantes en la construcción de conocimientos, involucrando activamente los modos en que significan narran y politizan su propia experiencia” (Ramírez, 2015, p. 141).

Se reconoce que los espacios de producción del conocimiento trascienden los previamente organizados y controlados por los investigadores, es decir que, la producción de información para su posterior análisis puede emerger de manera espontánea en encuentros de diversa índole y que trascienden los meramente académicos.

Limitaciones del estudio

Sobre las limitaciones y el alcance de este estudio vale anotar lo siguiente, el tamaño de la muestra no permite hacer generalizaciones; esta fue por conveniencia e intencional, además que fue una participación voluntaria y por estrategia bola de nieve, esto es algo que ocurre con mucha frecuencia en estudios con población trans y HSH tal como lo muestran los otros estudios (Bao, et al., 2016; Degtyar, et al., 2016; Ávila et al., 2017).

En ese orden de ideas, es importante aclarar que nuestra muestra presenta un alto grado de homogeneidad, lo que a su vez se relaciona con las dificultades de acceso a la población estudiada, pues como referimos en el método, los y las participantes procuran no sentirse utilizados o fetichizados por los discursos e investigadores provenientes de la academia. Otros, con el objetivo de proteger su identidad se resisten a participar de este tipo de investigaciones, cuestión muy evidente en el caso de los HSH.

Posteriormente nos encontramos con lo que, en principio, parecía un obstáculo, la pandemia por COVID-19; no obstante, esta, paradójicamente, jugó a favor de la investigación, pues, aunque nos condujo a hacer cambios en el cronograma y precisamos pasar de entrevistas presenciales a virtuales, fue precisamente esa modalidad de encuentro la que permitió una mejor relación de los participantes HSH con la investigación, pues, notaron que la virtualidad podía ser garante de su deseado anonimato. Ahora bien, en el caso de las MT, la cuestión fue más compleja, pues la cuarentena en respuesta a la pandemia, afectó notablemente los ingresos y la calidad de vida de estas mujeres, por lo que atender a nuestro llamado como investigadores no era (con razón) una prioridad.

Vale anotar, además, que la mentada homogeneidad de los y las participantes no permite hacer un análisis desde la interseccionalidad,

dado que la técnica de bola nieve nos condujo en mayor medida a reclutar sujetos que se autoreconocen como blancos/mestizos, limitando esto nuestras posibilidades de atender el componente étnico-racial como un elemento a considerar en este trabajo. Reconocemos también que hay otros discursos y saberes de orden sociocultural relevantes para comprender el fenómeno estudiado, sin embargo, al no haber surgido en nuestras entrevistas, no son tenidos en cuenta, más no por ello desconocidos.

En tanto el proyecto macro que da lugar a este texto surge de una convocatoria sobre salud, “heredamos” la categoría HSH como central dentro de la investigación; pretendimos tener una representación amplia de las diferentes variantes de dicha categoría, no obstante, en la fase inicial fue difícil debido a la resistencia, posterior a la llegada de la pandemia por COVID-19, lo difícil del acceso a la población y la estrategia de recolección usada, se obtuvo una mayor población que se autorreconoce como homosexual, y en menor medida población bisexual, heterosexual u otra. Manifestando esto no queremos que se relacione la categoría HSH con la homosexualidad como única forma.

Por último, lo relacionado con el sesgo de deseabilidad social que en una primera instancia, se esperaba superar con un trabajo de campo con mayor presencia, pero la pandemia y sus medidas de aislamientos hicieron que se reorganizará el trabajo de campo y con ello apoyarnos en las Tics, que si bien ya han sido usadas y probadas, imponían un desafío mayor. La mayor limitación se presentó con relación al trabajo de entrevistas con los participantes HSH, ya que se perdía esa posibilidad –en la entrevista presencial– que emerge luego que se *apaga la grabadora*. Las primeras entrevistas realizadas de manera tradicional, favorecieron la recolección de información valiosa, emergente justo después de dar por terminada la entrevista. Al apagar la grabadora, no pocas veces surgían relatos que antes no habían tenido lugar o a los que solo se habían aludido tímida y lacónicamente. La presencialidad favorece el encuentro post-entrevista, mientras que la videollamada, gracias,

entre otras, a la formalidad que le asiste, limita dicho encuentro a una despedida cortés acompañada de agradecimientos, pero que pocas veces da lugar a nuevas conversaciones y narrativas.

Construcción del escenario social de la investigación

Acercamiento a la población trans

La realización de una investigación con participantes que viven su sexualidad por fuera de la normatividad binaria lleva consigo un arduo trabajo de deconstrucción de conceptos y formas de ver y comprender la sexualidad. Esto trajo consigo desafíos para el equipo de investigación; a continuación, contamos cuáles:

El inicio del trabajo de campo se realizó por medio del contacto en instituciones públicas (oficinas de Equidad de Género) y de la participación en eventos públicos –en su mayoría culturales– convocados por la población LGBTI. Sobre el primero en mención, las citas no cumplidas por parte de los funcionarios y la ausencia de respuestas, nos marcaban obstáculos en el camino al encuentro con los y las participantes de nuestro estudio. Por otro lado, la participación en eventos LGBTI, nos permitía conocer, de manera paulatina, los posicionamientos de la población frente a la academia y la sociedad en general, como también las diferentes formas de expresarse (lenguaje verbal y no verbal). De igual manera, empezamos a diferenciar las características de los tipos de participantes del proyecto, pues, la categoría HSH no la oíamos nombrar por fuera de la categoría “gay”. Los sucesos nos mostraron que debíamos ser cuidadosos en el momento de diferenciar las realidades trans de la gay y de la HSH. Por lo tanto es, desde este momento, que el equipo de investigación decide separarse y consolidar dos grupos: uno para trabajar el campo con HSH y otro con MT. Empero, manteniendo siempre contacto constante para compartir hallazgos, posicionamientos, desencuentros y dificultades, en pro del debate, la crítica constructiva y el apoyo constante.

Después de aproximadamente dos meses de búsqueda de contactos, que permitieran entablar un puente de comunicación con mujeres trans y hombres que tienen sexo con hombres, se estableció el vínculo con una Fundación de base comunitaria de mujeres trans: Santamaría Fundación. En un evento público, un conocido de uno de los investigadores fungió como puente y nos presentó ante la Directora Ejecutiva de la mencionada Fundación; ella accedió a programar un encuentro para conversar respecto al proyecto con todo su equipo de trabajo. Haber obtenido dicha cita representaba sin duda, un importante logro, pues no es fácil que desde la academia (en tanto investigadores) se establezcan vínculos directos de discusión con la población trans. Esto se logra en la medida que alguien de confianza de la población establezca el primer contacto y haga las veces de *portero* y/o *padrino*.

Ahora bien, en este punto cabe preguntarnos, ¿Por qué resulta tan complicado que desde la academia se consoliden espacios de discusión y reflexión con la población LGBTI? Esto tiene que ver con el agotamiento de dicha población frente a los sentimientos de instrumentalización y/o cosificación que surgen cuando tienen lugar las investigaciones de las que son “objeto”. El desdibujamiento de las historias y experiencias de vida LGBTI y la posición jerárquica desde la verticalidad en la cual se ubica el campo científico frente a la población son algunos aspectos que dificultan el contacto y establecimiento de confianza entre la academia y comunidad LGBTI.

Atendiendo estas razones y reconociendo el valor de dichas quejas, se establecieron unos “mínimos de convivencia” en pro de la alianza que iniciaba; el equipo de investigación se propuso asumir una ontología por fuera de la instrumentalización –que no pocas veces caracteriza la academia–, de la patologización –que suele caracterizar a todo aquel que se inscribe ciegamente en la lectura de la sociedad bajo categorías totalizantes–, y que permitiera un diálogo horizontal, en donde las voces de los saberes populares y académicos se unieran hacia la reflexión de sus realidades.

El ingreso al campo. Infidencias de la experiencia investigativa con población de MT

Como bien se mencionó líneas atrás, la inmersión en el campo con mujeres trans se consolidó después de un largo proceso de acercamiento paulatino a las dinámicas y espacios trans. Al iniciar la investigación, teníamos dos opciones para entablar contacto con las participantes: el primero es el más usado en los estudios sobre la salud sexual con población trans; este camino consistía en instrumentalizar a las participantes, yendo a zonas de “paradas” para ofrecer dinero a cambio de levantar información por medio de una sola entrevista. La segunda opción, la cual fue por la que optamos, consiste en acercarnos a la población por medio de una Fundación con el objetivo de construir vínculos y tener la posibilidad de diálogos constantes. La elección de esta última opción favoreció la calidad de la información dado que resultó de un proceso paulatino basado en la confianza, el respeto y la solidaridad mutuos.

Una vez discutido el proyecto y aprobado por el equipo de trabajo de la Fundación, un siguiente momento consistió en ajustar las afirmaciones académicas, planteadas en la formulación del proyecto de investigación; recordemos aquí que muchas de estas afirmaciones iniciales desconocían las realidades de la población. Consentir las sugerencias del equipo de trabajo de SF y re-plantear algunos puntos del proyecto, fue el cimiento de la alianza que se consolidaba.

En concordancia con lo anterior, haber contado con el acompañamiento de Santamaría Fundación para el trabajo de campo permitió la comprensión del lenguaje, expresiones y las experiencias trans por fuera de la patologización. Esto se logró por medio de un proceso “transformador”, el cual en retrospectiva puede ser visto como un proceso al cual el equipo de investigación encargado del trabajo con MT, fue sometido mediante reuniones y diálogos constantes antes, durante y después de la construcción de ejes que sirvieran para reca-

bar información en las dinámicas conversacionales y grupos focales. En cuestiones temporales, este proceso tomó alrededor de siete meses; este fue un proceso que obedeció a los tiempos del trabajo colectivo de la Fundación. Durante el proceso “transformador”, decidimos en conjunto (entre el equipo de SF y el académico) que la orientación del grupo focal con MT debía llevarlo a cabo una persona en la cual las mujeres depositaran alto grado de confianza. Es así como Debra Skenassy (La Madre) entró a formar parte del equipo de investigación, por medio del liderazgo del trabajo de campo de las MT.

Antes de realizar el grupo focal, los investigadores académicos ya llevábamos algún tiempo frecuentando la Fundación, conociendo el lenguaje y expresiones trans. Esto permitió que, durante el grupo focal y las posteriores dinámicas conversacionales, tuviéramos una mejor comprensión de sus realidades y mayor confianza para contra preguntar. La citación al grupo focal fue realizada a nombre de SF; esta invitación se realizó de forma telefónica y vía Whatsapp.

El grupo focal se llevó a cabo en la sede de Santamaría Fundación, ya que representa un espacio conocido y “seguro” para las participantes, en donde se sienten cómodas y confiadas de que sus expresiones y discusiones no son criticadas ni sancionadas. Aquí nos reunimos con un grupo de 15 MT aproximadamente, quienes compartieron en un espacio de conversación y dramatización sus experiencias sobre: el uso no uso del condón, experiencias en los servicios médicos, el acceso o no a servicios de salud y, de manera general, la forma en que se le presenta la vida a una MT.

En este punto es importante mencionar que en el grupo focal se invitó, de manera reiterativa, a que las participantes compartieran historias de sus hermanas y compañeras. Esto en la medida que la voz de cada una de ellas representa y porta historias colectivas, es decir que no hablan en nombre propio sino de un colectivo. Metodológicamente, podríamos contemplar que esta posición de portadoras de historias

colectivas genera una ampliación de la muestra. Es decir, las participaciones del grupo focal no sólo dan cuenta de las mujeres que asistieron al grupo focal, sino que representan también las historias de aquellas que son nombradas en el marco de las anécdotas relatadas.

Como bien se ha mencionado líneas atrás, adicional a lo anterior, el trabajo de campo con MT se desarrolló por medio de observaciones participantes y dinámicas conversacionales. Las primeras en mención fueron llevadas a cabo en las instalaciones de SF. Con relación a las dinámicas conversacionales, debido a las restricciones por la pandemia del Covid-19, estas fueron desarrolladas de manera virtual y en los casos donde las herramientas tecnológicas se presentaban como un impedimento para la comunicación se realizaron de manera presencial. El contacto con las participantes de las dinámicas conversacionales, se realizó de la siguiente manera:

1. Junto al equipo de SF y sus aliadas en Medellín seleccionaron una muestra de MT a partir del criterio fundamental de selección: ser mujeres que se identifican como trans. Además, se buscó la heterogeneidad de la muestra a propósito de la edad (personas jóvenes, adultas y adultas mayores), el estrato socioeconómico, el nivel educativo, la ocupación y la raza (autopercebida).
2. El equipo de SF y sus aliadas en Medellín realizaron el primer contacto con las participantes seleccionadas con el fin de invitarlas a participar del estudio.
3. El equipo de SF y sus aliadas nos entregaron el listado de participantes al grupo de investigación de la Universidad.
4. Nos comunicamos con las participantes del listado en un primer momento para realizar la presentación del proyecto, del objetivo del encuentro (virtual), del consentimiento informado, el cual lo grabamos vía telefónica. En esta misma llamada, programamos el encuentro por video llamada para realizar la conversación.

En este punto es pertinente mencionar que, como equipo de investigación, tomamos la decisión de solicitar sugerencias de participantes por fuera de las ofrecidas por la Fundación, esto debido que por medio de las participantes de los listados se estaba llegando a la saturación de información.

Nos comunicamos por vídeo llamada para realizar la entrevista. Para aquellas participantes que no contaban con internet, se realizó una recarga telefónica para tener acceso a datos.

Las dinámicas conversacionales por vídeo llamada las realizamos en un período aproximado de cuatro meses. Cada una de estas tuvo una duración promedio de dos horas; la extensión da cuenta de la expresión anecdótica de las MT, la cual llevó al abordaje del tema sobre la salud sexual, el uso y no uso del condón, como también de otros temas como aspectos relacionados con la familia, la educación, la salud mental, entre otras. Se espera que, en el futuro, estas informaciones sean tema de publicación. Cabe resaltar que al finalizar la conversación, donde se abordaron los ejes del instrumento, se preguntó a las participantes, de manera puntual, unos datos sociodemográficos. Estos se encuentran en el anexo C.

El ingreso al campo. Infidencias de una experiencia investigativa con población HSH

A mediados de 2018 fui invitado por el investigador principal a participar como coinvestigador bajo la figura de estudiante de doctorado. Pese a que antes no había trabajado los temas centrales de esta investigación, mi interés por la subjetividad y los procesos salud-enfermedad-atención (SEA) me animaron a ser parte del equipo.

Entre otras tareas, se me encomendó la de entrevistar a los participantes HSH. Una población difícil de contactar, pues, como ya hemos mencionado, prefieren mantener sus experiencias en ámbito de lo

íntimo y lo privado; bien porque se sienten utilizados por los investigadores, bien porque les resulta insulso referirse a los temas sugeridos. Estas razones suelen tener como trasfondo una de mayor peso: muchos HSH no se consideran ni se definen como homosexuales ni bisexuales; de hecho, tienen relaciones heterosexuales formales, por ello temen padecer el estigma del que son víctimas las personas con orientación sexual diversa y las implicaciones que ello conlleva. No obstante, gracias al contacto con la Fundación Santamaria y a los demás investigadores fue posible conformar la muestra pertinente. El contacto previo fue hecho por los otros miembros del equipo de investigación, quienes posteriormente propiciaban el encuentro entre los participantes y yo. A partir de ahí solía mantener una conversación inicial para establecer una suerte de rapport. Esta giraba en torno a la explicación de los motivos de la entrevista, los puntos que en ella se tratarían y el uso que le daríamos a los datos. El objetivo principal siempre fue que los sujetos conocieran que detrás de nuestro interés como investigadores sociales, nos asiste una postura ética y una sensibilidad social y crítica que nos compele a proponer formas de desmitificar esas otras formas de la sexualidad y el amor que padecen los embates del señalamiento y el estigma. Operando bajo esta lógica, fue posible establecer un vínculo sólido con dos miembros de la comunidad dispuestos a apoyarnos, no solo respondiendo la entrevista, sino, además, mejorando el instrumento y contactando algunos HSH que podrían ser participantes también. Así pues, fue mediante la estrategia de bola de nieve que logramos completar nuestra muestra.

En principio pude hacer las entrevistas de manera presencial previo contacto telefónico con los participantes. Siempre se mostraron dispuestos y atendieron la invitación de buena manera: una entrevista tuvo lugar en mi residencia y otras dos en centros comerciales de Cali. Estas entrevistas las aplique entre finales de febrero e inicios de marzo de 2020. Finalizando marzo, con la llegada de la pandemia producto del COVID-19 el proceso tuvo algunos cambios, cambios que en princi-

pio fueron negativos en tanto se complicó de nuevo la consecución de los entrevistados, pues entre la incertidumbre y la angustia por la que pasamos como sociedad era complicado encontrar personas interesadas en ayudar en una investigación de índole académica. Sin embargo, la constancia del equipo investigativo y el compromiso de los colaboradores nos condujo a desarrollar otras formas de encuentro, por lo que las entrevistas pasaron a ser virtuales, a través de la plataforma zoom. Antes de esta transición evaluamos como equipo su pertinencia, verificando que esta modalidad no compromete ni la cantidad ni la calidad de los datos empíricos recabados y nos permitía responder a los objetivos propuestos. Además, resultaba garante del anonimato de los HSH participantes. (incluir referencias de otros estudios al respecto). En ese orden de ideas, la coyuntura mencionada jugó a nuestro favor.

En medio de esas condiciones, retomé el contacto con los sujetos participantes. La lógica inicial se mantuvo igual: un primer contacto vía telefónica, algunas conversaciones vía Whatsapp en las cuales despejaba dudas y recalca los puntos centrales de cada entrevista, para posteriormente definir fecha y hora en la cual esta tendría lugar.

En general las conversaciones con los HSH siempre me resultaron complejas, no por falta de disposición o interés de su parte, sino por la dosis de angustia que supone “escudriñar” en la vida íntima de los otros, más cuando la intromisión remite la sexualidad y más aún cuando dicha sexualidad no responde a los cánones heteronormativos. No ser experto en el campo me condujo a preguntarme *qué, cómo y cuándo* preguntar (más allá de las preguntas propuestas en el instrumento). El temor a hacer preguntas y/o afirmaciones inadecuadas, salidas de tono o que reflejaran algún prejuicio que como hijo de la cultura pueda encarnar, estaba siempre presente; sin embargo, gracias a que había sido franco respecto a mi desconocimiento y mi interés por aprender de primera mano a partir de sus experiencias, siempre encontré de su parte apoyo, generosidad y gratitud por ofrecerles un espacio de interlocución en el que sus historias tienen gran relevancia.

Así pues, las entrevistas se convirtieron en un espacio de escucha y aprendizaje compartido. Para algunos dicho espacio resultó catártico, puesto que les permitió reencontrarse con partes de su historia olvidada, con eventos reprimidos y con experiencias que precisan ser resignificadas. Nunca se les pidió encender su cámara, esa siempre fue una elección; muy pocos lo hicieron. Mi cámara siempre estuvo encendida, para devolver a estos hombres la mirada como forma de reconocimiento en tanto sujetos de derecho.

Resultados

Producciones subjetivas respecto al no uso del condón: El caso de mujeres trans de Cali y Medellín

A continuación, se presentan los resultados de investigación relacionados con las producciones subjetivas, asociadas al no uso del condón, de las mujeres trans de Cali y Medellín. A lo largo de la presentación de estas informaciones, el lector podrá encontrar fragmentos de información que sustentan la singularidad expresada por las participantes y con esto el soporte del análisis de la individualidad de cada expresión en relación con dinámicas sociales y estructurales que permean el no uso del condón.

A modo de contextualización, a continuación se presenta una descripción de los datos sociodemográficos de las participantes. Del total de las participantes (n=33), el 51,5% (n=17) han ejercido el trabajo sexual en algún momento de sus vidas (6 de manera virtual por medio del ejercicio webcam y 11 por medio del trabajo sexual de calle); de estas, en la actualidad lo ejercen 14; las ocupaciones actuales más frecuentes son el estilismo (21,2%, n=7) y la defensa de los derechos humanos (21,2%, n=7). Con relación al máximo nivel educativo alcanzado, el 21,2% (n=7) no finalizó la educación básica, el 27,2% (n=9) concluyó el bachillerato, el 21,2% (n=7) completo el nivel técnico o

tecnológico, el 15,1% (n=5) tiene un pregrado incompleto y el 15,1% (n=5) culminó el pregrado. En cuanto al nivel socioeconómico, el 93,4% (n=31) se encuentra en los estratos 1, 2 y 3, de manera desahregada esto corresponde al 24,2% (n=8) en estrato 1, estos mismos valores para el estrato 2, el 45,4% (n=15) en el estrato 3, mientras que tan solo el 6% (n=2) se ubica en el estrato 5 (ver anexo C, la tabla de datos sociodemográficos).

Las características sociodemográficas expuestas, junto con los trechos de información que se encontrará a lo largo de este apartado, evidencian una coincidencia con relación a las condiciones sociodemográficas de mujeres trans, expuestas en estudios de diferentes partes del mundo (Degtyar, et al., 2016; Truong, et al., 2017; Arjee, et al., 2020). Tanto en estos estudios como nosotros, afirmamos que factores como el nivel socioeconómico, la escolaridad, la identidad de género, entre otros, generan desigualdades (dificultad y en la mayoría de los casos imposibilidad de acceder al derecho a la salud, la educación, el empleo formal y con garantías, la vivienda, entre otros) que hacen vulnerables a las mujeres trans a factores que colocan en riesgo su salud.

De esta manera, se expone en un primer momento, la discusión sobre la “educación” sexual que vivenciaron las participantes; en este punto se distingue, el papel de las instituciones educativas y familiares. Seguido a esto, se desarrolla un apartado sobre la *flexibilización del uso del condón*, aquí se plantea la discusión sobre 1) la forma de vivir la sexualidad en la adolescencia (“sexo desenfrenado: descubriendo (se en) la sexualidad), 2) ciertas culturas que promueven de una u otra manera el no uso del condón (el porno y la religión), 3) la atracción, la excitación y el consumo de alcohol y drogas, 4) el sexo oral, la práctica sexual en la cual el índice del uso del preservativo disminuye notablemente y 5) la discusión sobre la coerción social en donde las parejas sexuales de las mujeres trans, imponen, con frecuencias, prácticas sexuales sin protección. Seguido de esta discusión sobre la *flexibilización del uso del condón*, se abre un espacio para desarrollar el análisis sobre

las estrategias de *afrentamiento frente al no uso del condón*. Después de este punto, se encuentra el desarrollo sobre las *producciones subjetivas respecto al uso del condón*, en donde se discute sobre 1) el autocuidado como práctica que tiene su génesis en la familia consanguínea y en la familia social y 2) la experiencia ajena de una ITS.

Sobre la “educación” sexual

Educando la sexualidad: la institución educativa y la familiar

De acuerdo a las informaciones del trabajo de campo, se reconoce que la educación sexual “recibida” es un aspecto que obstaculiza la promoción del uso del condón. Esto en oposición a estudios en los cuales se asume que a mayor conocimiento sobre educación sexual, mayores son los cuidados que asumirá la persona (Balán, et al., 2019). Por esta razón, en este apartado se discute la educación sexual como un factor que debe pensarse y mejorarse para promover el auto-cuidado en la dimensión sexual de las mujeres trans (Khan, et al., 2013).

La diferencia en las edades de las participantes permitió identificar el contraste en las experiencias de vida con relación a la educación sexual. Por una parte se identifica que las participantes, tanto de Cali como de Medellín, mayores de cuarenta años (aquellas nacidas en la década de los 40 hasta los 60) refieren *desconocimiento del condón* durante el inicio de sus prácticas sexuales; según refieren, el conocimiento sobre el preservativo llega para la época de los 90 aproximadamente, época en la cual la mayoría de ellas habían sobrepasado los treinta años de edad.

Sumado a lo anterior, las participantes de generaciones posteriores (nacidas en los años 70 en adelante) refieren haber recibido una *educación sexual*, durante la época de los 90; época en la cual la discusión sobre el condón se enfoca en la salud reproductiva, donde el énfasis estaba puesto sobre la prevención del embarazo. Con el paso del

tiempo, el componente de las ITS se fue abordando de manera más amplia; sin embargo, hasta los tiempos actuales, la educación sobre la sexualidad se presenta en torno a la abstinencia, desdibujando la posibilidad del placer, disfrute y erotismo.

Es importante resaltar que los espacios institucionalizados donde se discute sobre la educación sexual (a saber, la familia y los planteles educativos) no impactaron significativamente a las participantes; al final de este apartado se expone las posibles razones de esto.

El desconocimiento del condón para las participantes nacidas entre los 40 y los 60 se convierte en el principal argumento que soporta el no uso del mismo durante los años en los cuales vivieron sus primeras prácticas sexuales. En este sentido, cuando se preguntó a las participantes sobre la primera vez que escucharon hablar del preservativo, ellas se remitieron a recuerdos de su juventud y mencionaron:

No recuerdo, en ese tiempo los condones eran una rareza. No se hablaba mucho de eso (Comunicación personal, Cali_Rocío, 19 de enero de 2021).

Yo no conocía el condón, yo mucho tiempo no me protegí porque yo no lo veía necesario y eso en parte porque me faltó de esa educación en casa (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

En el colegio nunca vi eso de educación sexual. Mucho menos en la casa, menos cuando la situación de uno en ese entonces era como vivir escondida, reprimida, sin poder hablar de ese tema, vetado ese tema (Comunicación personal, Med_Clara, 2 de diciembre de 2020).

En mi primera vez no use condón, en ese tiempo que yo hice sexo, no se utilizaba condón, porque no habían enfermedades, no existía el VIH (Comunicación personal, Med_Dayana, 9 de diciembre de 2020).

Al profundizar sobre el conocimiento y uso del condón en las participantes de la generación en mención, una de ellas expone:

Cuando yo era joven y empecé el trabajo sexual ni había llegado aquí el condón porque eso empezó fue por allá por los 90. En las revistas empezó a salir “llegó la enfermedad”, o sea el VIH, y con eso, mejor dicho, decían que había llegado el fin del mundo. Me acuerdo también que, como siempre, le tiraban a uno, las maricas, la responsabilidad de las ITS. A muchas maricas las mataron qué porque ellas eran la “lleva”¹⁷. Aquí en Cali, en Bogotá y en Medellín, salían los pirobos con el cuento que nosotras éramos las portadoras y resulta que los portadores era gente sana que uno no creía que tuvieran algo (Comunicación personal, Cali_Rocío, 19 de enero de 2021).

Como bien se puede observar en el fragmento anterior, con la llegada del VIH, socialmente promueve por diferentes medios de comunicación el uso del condón. Adicional a esto, es pertinente resaltar, en los años 90, cuando el VIH toma fuerza en Colombia, la estigmatización, rechazo y violencia hacia las personas trans aumentó de forma desproporcionada, al punto de ser víctimas constantes de grupos y dinámicas de “limpieza social”. Rocío es la participante del proyecto de mayor edad. Ella, como bien se observa en el fragmento de información, ha sido testigo de dinámicas sociales de violencia y transfobia.

En ese tiempo resultaron grupos de limpieza que por el VIH. Hubo una noche que mataron como 30 maricas, ese día me escapé y cómo le parece que al otro día salió que todas las habían matado, era porque estaban con VIH y mentiras (Comunicación personal, Cali_Rocío, 19 de enero de 2021).

Como se puede observar en la información anterior, socialmente se responsabilizó a las personas trans (travestis trabajadoras sexuales, más que todo) de ser las portadoras del VIH. Es pertinente mencionar que Colombia es un país conservador con relación a la heteronormatividad. Esto produce acciones de estigmatización y transfobia que legitiman actos de violencia como los mencionados en el trecho anterior. Para el año 2021, en el cual se escribe el presente libro, la aso-

¹⁷ Persona VIH +

ciación entre identidades de género y orientaciones sexuales diversas con connotaciones como promiscuidad e ITS, continúan siendo una realidad, pese a la fuerza que ha cobrado el movimiento LGBTI en el país y a las acciones de sensibilización social que se promueven desde espacios públicos y privados.

Adicionalmente, las participantes de la generación en mención, de ambas ciudades, discuten que la protección durante las relaciones sexuales, en tiempos de ausencia de preservativo radicaba en estrategias tales como *examinar el cuerpo* de la pareja sexual¹⁸ para inspeccionar que no hubiese olores ni colores desagradables que demostraran signos de enfermedad. Vale mencionar que esta estrategia para protegerse se encuentra también en participantes de generaciones más jóvenes.

Con relación a esto, a continuación, tres informaciones que contrastan estas dos generaciones, una corresponde a Rocío mujer de 77 años de edad, otra a Karolina de 37 años y la última a Ana de 27 años:

Yo examinaba muy bien al hombre, por eso te digo que a mí nunca me llegaron a enfermar... yo entraba al hombre, yo no lo dejaba orinar porque cuando los hombres tienen gonorrea ellos cargan media hora y a la media hora usted aprieta y sale, entonces yo les hacía el drama. (Comunicación personal, Cali_Rocío, 19 de enero de 2021).

En las relaciones influye mucho en esa apariencia de la persona en su piel, que no hayan cosas raras porque generalmente, cuando no teníamos conocimiento sobre el condón sí sabíamos de todas estas enfermedades como del papiloma humano y estas cosas que no son normales. Uno ve que en la parte sexual de un hombre eso distinto. Por eso siempre estamos pendiente de la limpieza de los olores, que no huelan mal (Comunicación personal, Cali_Karolina, 28 de noviembre de 2020)

¹⁸ En su totalidad las parejas sexuales de las participantes eran hombres cisgénero. Con “pareja sexual” se hace referencia a toda persona con quienes las participantes han tenido relaciones sexuales, a nivel contractual, marital, de noviazgo, de amistad, entre otras.

Yo siempre trato como de revisar los penes que no tenga nada, entonces yo los toco como ves que de pronto no vaya a tener ninguna verruga porque yo a eso le tengo un pavor, entonces si yo tanteo (Comunicación personal, Med_Ana, 16 de diciembre de 2020)

Los tres hechos mencionados anteriormente representan la gran mayoría de las voces de las participantes. Para ellas, el hecho de inspeccionar el cuerpo de la pareja sexual se convierte en un ritual que autoriza el acto sexual y, en algunos casos, que autoriza el no uso del condón. Pues se asocia que una piel sin alteraciones, es una piel sana y por lo tanto se establece *confianza* respecto a la salud de la pareja sexual, aspecto ampliamente discutido y abordado en la literatura científica en estudios sobre el uso del preservativo en mujeres trans (Ávila, et al., 2017; Moayed-Nia, et al., 2019).

En concordancia, con lo anterior, se identifica que la revisión del cuerpo ajeno es una estrategia que asemejan con los cuidados generales de la salud, esto en la medida que reconoce que el mal funcionamiento de los órganos internos se evidencia por medio de alteraciones (manchas, sarpullidos, secreciones, etc.) en la piel y orificios. Por lo tanto, las formas más esenciales de proteger la dimensión sexual radican en aprendizajes sobre el cuidado de la salud a nivel general y no específicamente de lo sexual.

A propósito del desconocimiento de la importancia del uso del condón en las prácticas sexuales se encuentra que hay un alto grado desconocimiento sobre el uso del condón en prácticas sexuales no penetrativas, a saber, el sexo oral. Así queda expresado en el siguiente trecho de información:

La mayoría de las personas tienen la idea de que en la penetración si hay riesgo y en el sexo oral no hay riesgo, entonces se protegen para la penetración, pero no se protegen para el sexo oral, entonces dicen que ahí no pasa nada, vení dame una chupadita, y así, eso no pasa nada, y en

eso caen muchísimas personas (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Trechos como el anterior son recurrentes en las discusiones a propósito del sexo oral. Se puede analizar que esta práctica incurre en el no uso del condón con más frecuencia. Sobre este tema se profundiza más adelante.

Continuando con la discusión sobre la educación sexual, las participantes nacidas en los años 70 identificaron que esta pedagogía se inició por medio de la socialización en planteles educativos, de los métodos de barrera para prevenir embarazos. Con el paso de los años el componente de las ITS se fue introduciendo de manera paulatina. No obstante, el hecho de limitar la educación sexual a lo reproductivo generó repercusiones en torno al desentendimiento del uso del preservativo en personas que llevaban a cabo prácticas sexuales no fecundativas.

Sumado a lo anterior, se identifica que los espacios de educación sexual llevados a cabo en los planteles educativos estuvieron permeados por creencias religiosas y no sirvieron como experiencias significativas para la motivación al cuidado, disfrute y protección de la sexualidad. Por el contrario, estos espacios alentaban la abstinencia como forma de prevención. Sobre esto las participantes refieren:

Recuerdo por ahí a mis 13 años, esa clase de educación sexual fue una total recocha. De verdad que estaba muy desatado, el condón que llevaron era un juguete más. Además, resulta que el psicólogo era adventista, a él le mandaron a dictar el contenido de una cartilla él terminaba de dar la charla, le dejan el consolador le dejan los preservativos para que le explique los muchachos y uno de mis compañeros terminó cogiendo el dildo como pistola, mis compañeros ya sabían cómo usar eso. También recuerdo que el condón se centraba en el embarazo. En la casa lo mismo, se hablaba más al cuidado de la mujer porque era un problema si la mujer queda embarazada (Comunicación personal, Cali_Juliana, 13 de octubre de 2020).

La educación sexual fue por medio de talleres. Reitero que yo no tuve clase como tal de educación sexual, no había como una materia en específico. Había talleres y visitas de Profamilia. Es que igual, por las cosas religiosas no tocaban en el colegio... Reitero que en el colegio si te hablaban del condón, pero algo muy superficial. Pues porque aún seguimos viviendo en una sociedad muy conservadora, pero si tocaban el tema del condón y todos estos métodos de barrera, entonces hablaban de la implementación de estos métodos de Barrera a la hora de una relación íntima (Comunicación personal, Cali_Mary, 11 de septiembre de 2020).

En la escuela uno tenía más o menos conocimiento, decían que el preservativo era para no tener hijos, pero uno ni sabía eso para que era, ya cuando empecé a tener la vida sexual, empecé a saber más sobre eso y siempre mantenía con condón (Comunicación personal, Med_Ana, 16 de diciembre de 2020).

En concordancia con lo anterior, a nivel contextual, la educación sexual en Colombia se centró en la salud sexual y reproductiva como un todo unificado. Por lo tanto, las enseñanzas estaban centradas en el control de la natalidad, por medio de la prevención de embarazos. Si bien se concebía la sexualidad por fuera del marco de la reproducción, la educación para la prevención de enfermedades se enfoca en la privación o abstinencia del acto sexual y en culpabilizar y juzgar todo acto de placer sexual por medio de connotaciones asociadas negativamente en sociedad como como la “promiscuidad”.

A propósito de la educación sexual, estudios como el de Rasberry, et al., (2014) identifica la importancia que le daban personas LGBTIQ+ al acompañamiento del personal educativo en los temas relacionados con la salud sexual, sin embargo, los participantes percibían ignorancia de parte del personal y por lo tanto sugerían la necesidad de capacitaciones que permitieran acompañamientos seguros para lograr un mayor impacto. Esto, a su vez coincide con los hallazgos del estudio de Minor (2016) donde plantean que los profesionales, de la salud específicamente, deben prestar atención a los factores contex-

tuales que impliquen riesgo para abordar, de manera diferencial la salud sexual y el VIH con personas transgénero.

Al contrastar la literatura académica y las percepciones que expusieron las participantes con relación a la educación sexual se evidencia que los planteles educativos –y también de salud– son instituciones valiosas para el cuidado de la salud, no obstante, las estrategias implementadas no permiten desdoblamientos significativos. Se identifican las siguientes razones: 1) la educación sexual está cargada de prejuicios sociales (culturales y religiosos), lo cual se centra en la heteronormatividad y, 2) a nivel pedagógico en modelos clásicos de la psicología cognitiva. Sobre el primero en mención, los planteamientos rigen la sexualidad (identidad y orientación) desde el modelo mujer/hombre, aquello por fuera de esto debe silenciarse, juzgarse y ocultarse. Sobre la dimensión pedagógica, de la educación sexual, se analiza que el aprendizaje es abordado como un proceso donde la información que ofrece el medio exterior es interiorizada de manera inmediata por la persona. Es decir, donde se supone e impone que quien aprende, adopta lo que se le enseña sin posibilidad de cuestionar o debatir. De ser este tipo de procesos efectivos, las participantes hubiesen replicado el modelo del uso del condón o de la abstinencia sin duda alguna (González Rey y Moncayo, 2019).

Como consecuencia de lo anterior, las participantes de este estudio, tanto de Cali como de Medellín, expusieron que esta fue una razón para aprender sobre la sexualidad por fuera de los planteamientos de la educación sexual. En este sentido, el aprendizaje se afianzó con la exploración de la sexualidad por medio de las propias experiencias y de las experiencias de las amistades. Esto relacionado con estudios como el de Khalid y Martín (2019), en donde en los resultados demuestran que los conocimientos sobre salud sexual tienen un mayor impacto en la medida que quienes ofrezcan el conocimiento sean personas con las que compartan experiencias de vida trans.

A la luz de la teoría de la subjetividad (González Rey, 2014), el aprendizaje se encuentra permeado por un campo de significaciones construidas tanto por los procesos simbólicos como afectivos. Este segundo componente es crucial y no debe pasar desapercibido en el proceso de aprendizaje. Desde esta perspectiva de la subjetividad, el aprendizaje “ocurre por medio de interacciones dinámicas que van produciéndose en un proceso complejo que implica, también, procesos recursivos y dialógicos” (p. 180); con esto último (lo dialógico) se hace referencia a las interacciones sociales que se ponen de manifiesto en el aprendizaje. Respecto a esto, Campolina y Mitjans (2019) y Pérez-Arizabaleta, Castaño y Patiño (2021) desde el campo educativo y Moncayo (2017) desde el campo de la educación sexual expresan que la interacción entre la persona que aprende y la que enseña desdobra sentidos subjetivos que impactan en el posicionamiento que tiene la persona (el que aprende) sobre eso que le fue enseñado.

En concordancia con lo anterior, hasta aquí se resaltan tres aspectos que, tanto la teoría como las informaciones del trabajo de campo presentan en relación a la educación sexual, estos son: 1) la dimensión afectiva y emocional se convierte en un pilar del aprendizaje; 2) el punto anterior está permeado por las interacciones sociales que se colocan de manifiesto dentro del proceso de aprender y 3) el proceso de aprendizaje no se da por medio de una interiorización de contenidos, sino por la posibilidad que tiene la persona de dialogar, experimentar y construir con aquel contenido que se le ofrece. Para el caso de las participantes, estos puntos los encontraron con amistades.

A este punto se destaca que un aspecto que pareciera ser protector (educación sexual), no lo ha sido para las generaciones en mención, pues la educación sexual concebida desde modelos de enseñanza-aprendizaje en los cuales se desdibuja al sujeto dentro del deseo y el placer de la sexualidad no logra un impacto de cuidado y protección de la sexualidad; lo demuestran los fragmentos de información. Esto llama la atención sobre la necesidad de involucrar estrategias

que involucren lo dialógico, reflexivo y lo simbólico-emocional dentro del proceso de conocer descubrir y cuidar la sexualidad.

Vale aclarar que la educación sexual no determina las prácticas sexuales de la adultez, pues como se puede observar en el apartado sobre el uso del condón, las mujeres trans adultas son las que suelen cuidar más su salud sexual por medio del uso del condón y chequeos médicos anuales.

El posicionamiento familiar respecto a la sexualidad

En la discusión sobre la educación sexual es indispensable mencionar a la familia como institución y con esto los desdoblamientos subjetivos en el marco de este contexto. Las informaciones del presente estudio permiten afirmar que en todos los grupos etarios, la discusión de la sexualidad y del uso del condón no fue un tema que se abordase en el hogar, con la familia primaria o consanguínea.

Así como sucedía en los planteles educativos, en el núcleo de las familias de las participantes se asociaba el uso del condón con el componente reproductivo; estas familias –en su mayoría– hablaban de la sexualidad explícitamente para resaltar que el no uso del condón genera embarazos no deseados. Por lo tanto, no ofrecían información con relación al uso del condón como mecanismo de cuidado de la salud y de protección de la sexualidad de manera general.

El hecho de limitar la salud sexual a lo reproductivo, fue interpretado por las participantes como una estrategia familiar para no discutir sobre la identidad de género Trans y/o prácticas sexuales diversas en el marco del hogar. En este sentido, tanto las participantes que han tenido apoyo familiar como las que no han contado con ello, no tuvieron espacios para discutir en el marco del hogar temas sobre la sexualidad, por el contrario, estos debían ser silenciados y escondidos. Con relación a esto, los siguientes dos trechos de información:

Respecto a la salud y educación sexual soy de una familia de costumbres muy religiosas y conservadoras, entonces este tema ha sido un poquito tabú. Lo he aprendido por mi formación profesional y con las experiencias de vida (Comunicación personal, Cali_Mary, 11 de septiembre de 2020).

Nunca hablé de sexo con mis papás y no me siento cómoda haciéndolo. De eso hablé en el colegio con mis amigos (Comunicación personal, Med_ Ariana, 22 de octubre de 2020).

De manera particular, las dos participantes mencionadas en los anteriores trechos han tenido de forma permanente el apoyo familiar. Ambos trechos de información, exponen que a pesar de contar con apoyo familiar, la discusión sobre el sexo y la sexualidad no se discutía con la familia y que estos temas eran abordados y experimentados con amistades. Es así como el estigma social y el juicio sobre las formas de vivir la sexualidad por fuera del binarismo de género, permean los hogares y se convierte en una situación frecuente en las mujeres trans.

Se analiza que en estos casos los espacios de socialización primaria no sirven de protectores en la medida que no escuchan, no comprenden, ni acompañan los cuestionamientos sobre la sexualidad. Por el contrario, estas familias al posicionarse desde el binarismo de género y la heteronormatividad juzgan como “incorrectas” las identidades por fuera de lo cisgénero y orientaciones por fuera de la heterosexual. Esta situación, la ausencia de apoyo familiar, moviliza experiencias de vida como la que a continuación se presenta:

Empecé mi proceso sola, a mi propio estilo. Lo primero que hice fue ponerme claro lo que yo quería para mi vida y no quedarme en una esquina de la calle. Entonces fue complicado en muchos sentidos porque lógicamente no tenía nadie a mi lado. Mis amistades, pues las que tenía, si me lo dijeron muy claro que, si yo quería ser como tal una mujer trans, tenía que tener presente que me iba a echar a toda mi familia encima y que ellos eran los primeros que me iba a señalar. Y fue así (Comunicación personal, Med_ Samantha, 23 de octubre de 2020).

El anterior trecho de información representa la realidad de muchas mujeres trans. La mayoría no cuenta con apoyo familiar. Para el tema en discusión, se puede analizar que la ausencia de acompañamiento familiar durante el proceso de tránsito de género, se subjetiva por medio de sentidos de abandono hacia el propio cuerpo, es decir, ajenos al auto-cuidado de sí mismas. Más adelante, en el apartado sobre el uso del condón, se discutirá el papel de la familia dentro del cuidado de la sexualidad.

Por lo tanto, hasta este punto se puede plantear que la pretensión de “educar” la sexualidad no tiene los efectos esperados cuando, quienes la “enseñan” son personas ajenas y, en cierto punto, rechazan, las experiencias y realidades de vida trans.

Flexibilización del uso del condón

Sexo desenfrenado: descubriendo (se en) la sexualidad

Anudado al punto anterior, se identifica que las participantes que no recibieron información en la adolescencia relacionada con la educación sexual, las que recibieron esta educación basada en la salud reproductiva y las que la recibieron basada en la salud sexual como fuente de ITS, vivieron los inicios de la sexualidad (en el plano de las relaciones sexuales) de forma “desenfrenada”. La gran mayoría de ellas menciona que, en un contexto donde no podían discutir con sus allegados cuestiones relacionadas con la identidad de género y con la orientación sexual, el hecho de conocer sobre la sexualidad implica experimentar para explorar por medio del disfrute y el placer en el propio cuerpo tanto la orientación sexual como la identidad de género. Sobre las primeras relaciones sexuales un par de participantes refieren:

En el principio era desenfrenada, cero protección pues uno en su adolescencia no piensa mucho en enfermedades de transmisión sexual

quiere tener sexo con todo el que se le acerqué (Comunicación personal, Cali_ Violeta, 1 de septiembre de 2020).

La primera vez tenía un poco de condones y no nos los pusimos. Es que yo soy muy emocional. Esa vez yo le dije que se pusiera el condón y empezó a ser malicioso, todo cariñoso conmigo y cuando usted menos lo piensa, pa dentro que ya perdió (Comunicación personal, Med_Ariana, 22 de octubre de 2020).

Tanto para la población cisgénero como para población trans, la adolescencia se presenta como una etapa del ciclo vital en el cual las conductas de riesgo se asumen rompiendo los límites sociales. Autores como LeBreton (2014) exponen que las conductas de riesgo se relacionan con las “crisis” de la juventud, este planteamiento no difiere de lo que se expone en los trechos expuestos a lo largo de este capítulo y de lo que sucede en las experiencias de vida trans. En concordancia con esto el siguiente trecho:

Yo pienso que hay unas edades donde nos sentimos más arriesgadas, que son en la adolescencia. Podemos ser trans, mujeres cisgénero, hombres que cuando estamos en la adolescencia somos rebeldes y queremos hacer todo lo que se me dé la gana y a mí no me va pasar nada entonces picho sin condón, picho con 2, 4, 6, porque a mí no me va pasar nada. Cuando uno va aumentando la edad ya uno va viendo las personas se cuidan más, de 30 en adelante se cuidan todo el tiempo, entonces también hay una cosa etaria que tiene que ver con que si soy joven no me va a pasar nada, si estoy medio adulta puede pasar algo y si estoy adulta me tengo que cuidar (Comunicación personal, grupo focal-Kika, X enero de 2020).

De esta manera, la experimentación del placer en las primeras relaciones sexuales de la mayoría de participantes excede los límites de lo socialmente impuesto, pues descubrir el disfrute y aceptarse dentro de ello implica, en sí, la trasgresión de todo un modelo social que castiga las diversas formas de ser (identidades y expresiones de género) y de vivir (orientación sexual) en sociedad. Sobre esto el trecho de

Med_Samantha permite entrever que, para poder hacer ruptura con lo que la sociedad esperaba de ella (un varón), se vio en la necesidad de enfrentar sus miedos y romper con su familia; pareciera que, después de esto, se asume con menor dificultad las experiencias dolorosas que se presentan durante la vida.

Las culturas del no uso del condón: el porno y la religión

Los dos puntos que se han abordado hasta el momento, a saber, la educación sexual y las formas de descubrir-se en la sexualidad llevan a la discusión sobre la religión y la industria del porno como “educadores sexuales” que se implican tácitamente en las prácticas sexuales sin condón. Hasta el momento se ha dicho que en la medida que la educación sexual recibida en los colegios y en los hogares no generan espacios de confianza y respeto por la expresión y vivencias sexuales por fuera del modelo binario, las participantes del presente estudio adquirieron información sobre la salud sexual en espacios de socialización secundaria.

En concordancia con lo anterior, el discurso religioso sobre la sexualidad está inmerso de forma implícita en los espacios de educación sexual de las instituciones educativas y en el hogar. De acuerdo a los trechos ya expuestos, esta educación sexual gira en torno a la omisión del discurso en tanto la concepción de la sexualidad –y la sexualidad diversa, de manera particular– como un “tabú” que genera resistencias y juicios. En este sentido, la religión se presenta como un discurso que omite la salud sexual y, por lo tanto, el uso del condón. De hecho, el no uso del condón se estimula desde el campo religioso en la medida que se concibe la procreación como el fin de la sexualidad; bajo esta perspectiva el placer sexual es difícilmente concebido y con esto las prácticas sexuales por fuera de la penetración pene-vagina (la que posibilita la procreación). Sobre esto, González Rey y Moncayo (2019), encuentran en su estudio que la educación sexual de las instituciones educativas está permeada por sentidos subjetivos de los y las maestras en torno a principios religiosos-conversadores.

Como desdoblamiento de la omisión de la discusión sobre la sexualidad y al uso del condón dentro de los hogares conservadores, las participantes encontraron a sus pares y al porno como estrategias que les posibilitaron tener un encuentro con la sexualidad y con esto, el hecho de explorar y “descubrir-se” en este ámbito de lo íntimo. En este orden de ideas, ante la ausencia de una educación sexual que permita las prácticas sexuales diversas y respete las identidades de género diversas, la curiosidad de las participantes no se detuvo y adoptaron el porno como un operador de educación sexual.

Cuando uno está en décimo, uno se iba y miraba películas porno, con todos los compañeros pero en ninguna película se veía el uso del condón. (Comunicación personal, Med_ Samantha, 23 de octubre de 2020).

A este punto cabe la pregunta, sobre el uso del condón en la pornografía y en lo que se ha denominado el “entretenimiento para adultos”, ¿ha visto el lector un condón en escenas porno o en vivo de aplicaciones como Onlyfans? Respecto a esto, una de las participantes menciona:

Hoy en día nadie trabaja con condón, nadie graba con condón... Tenía una amiga que grababa con preservativo, pero a lo último cómo que no le estaba yendo muy bien, porque la competencia vendía sin condón y le iba mejor... Sucede que ahorita todo el mundo está con la Pre, entonces se piensa que la Pre exonera del preservativo, pero no es así (Comunicación personal, Cali_Helen, 26 de septiembre de 2020).

Sumado a lo anterior, en el mundo del entretenimiento para adultos, el no uso del condón está presente dentro de las demandas del cliente. Respecto a esto, una participante de Medellín refiere:

Siempre pero siempre yo trato meterlo con un preservativo, pero pues obviamente con mucho cuidado, porque no se puede ver el preservativo, se vería feo eso ahí colgando y eso no gusta tanto, entonces siempre lo pongo y trato de recogerlo para que no se vea, y como yo no muestra nada (Comunicación personal, Med_Alice, 2 de octubre de 2020).

Así las cosas, la pornografía y el entretenimiento para adultos son tomados como formas de educación sexual en donde se exalta y legitima el no uso del condón. Adicional a esto, por medio de los trechos anteriormente expuestos se puede comprender que estas industrias parecieran no tener resultados lucrativos cuando se utiliza el condón. Con lo anterior se puede analizar que en las formas en las dinámicas de consumo sexual, la sociedad (en especial los clientes) promueve el no uso del condón. Esto se profundizará en un apartado posterior donde se discute la coerción del cliente en el trabajo sexual. En coherencia con esto, el siguiente trecho de información expuesto en el grupo focal de Cali:

Hay estereotipos que reafirman el no uso del condón, como las películas porno o cuando tú te metes a orgías en vídeo chat, o en páginas diferentes y que las personas tienen orgías. No usan condón, reafirma de que si lo haces sin condón disfrutas más (Comunicación personal, grupo focal-Kika, X enero de 2020).

El anterior trecho expone un sentido adicional respecto al no uso del condón: el placer. En donde, pareciera que dentro del sexo que se consume se tiende legitimar el no uso del condón por esa razón.

La atracción, la excitación, el consumo de alcohol y drogas

La atracción junto con la excitación son dos aspectos que se anudan al no uso del condón (Van Schuylenbergh, Motmans, Defreyne, Somers y T'Sjoen, 2019). En ambos, se identifican posiciones divididas respecto a la justificación del no uso del condón. Por una parte, participantes tanto de Cali como de Medellín coinciden en el hecho de flexibilizar el uso del condón con parejas con las cuales sienten excitación y atracción física y sexual. En estos casos pareciera que las consecuencias en la salud se pierden de vista.

Si el hombre me gusta y se le rompe el condón yo no le digo nada, deajo que siga así. Pero eso no me pasa solo a mí, en el trabajo sexual cuando

hay un chico apuesto con un pene agradable, ellas prefieren sin condón para sentir más. De eso se habla mucho en la calle que estaba rico ¡ay, sin condón, más rico sin condón la pasé! (Comunicación personal, Cali_Violeta, 1 de septiembre de 2020).

Uno ve un rostro muy bonito o un pollo bien bonito y a uno no le importa y cuando uno está con hambre, la primera vez con condón, pero la segunda vez sin condón. Ahí uno confía en el hombre y ya ahí se ve el corazón, ahí el condón no está (Comunicación personal, Med_Salomé, 1 de diciembre de 2020).

Las anteriores informaciones representan las voces de dos participantes. En estos, además de la flexibilización del uso del condón por la atracción y excitación, se pone de manifiesto también, la discusión sobre la alteración en la sensibilidad causada por el uso del condón. De acuerdo a Cai, et al., (2016) y Ávila, et al., (2017) la creencia de que el preservativo disminuye la sensibilidad afecta negativamente el uso del preservativo; sobre este punto, las opiniones de las participantes están divididas porque si bien hay unas que expresan que el uso del condón disminuye la sensibilidad, hay otras que concuerdan con el estudio en mención y plantean que la alteración de la sensibilidad es producto de la *mente*.

En contraposición con los trechos anteriormente expuestos, en el grupo focal se puso de manifiesto que guiar la conducta del no uso del condón por la atracción que genera la atracción a causa de la apariencia de la persona, puede ocasionar desenlaces no esperados.

Cuando a un hombre lo vemos bien puesto, arreglado con ese prototipo, por ejemplo si ves venir a un hombre italiano, alto, rubio y te dice sin condón, una como que dice este está limpiecito, asadito este no debe tener, ahí hay un prejuicio que según el físico, la apariencia, la vestimenta, hacemos un escaneado como este puede tener y este no y sabemos caras vemos corazones no sabemos (Comunicación personal, grupo focal-Kika, X enero de 2020).

Sumado a lo anterior, en una dinámica conversacional se puso de manifiesto:

A la gente más hermosa es a la que más miedo hay que tener, es la gente que más persiguen entonces la persona hermosa tiene más riesgo de estar infectada, porque he visto que tengo muchos amigos, muchas amigas hermosas bonitas que se han infectado de alguna enfermedad sexual, porque son tan apacibles a tener una relación un contacto sexual en cualquier instante (Comunicación personal, Cali_Paulina, 1 de octubre de 2020).

Es pertinente mencionar que el fragmento anterior no involucra la excitación, por lo tanto, pareciera que cuando la atracción no está relacionada con la excitación, es posible que la decisión de prescindir del condón se contenga o, por lo menos, que se sea consciente de las consecuencias. Por su parte, la confianza resulta ser un sentido asociado tanto al vínculo afectivo como a la atracción; todos estos puntos se relacionan con las expresiones subjetivas en las cuales las participantes mencionan el no uso del condón.

De acuerdo a las participantes, cuando a la atracción y a la excitación se le suma el *consumo de licor y de sustancias psicoactivas*, se pierde de vista las consecuencias que puede generar prácticas sexuales sin condón, es decir, sin protección. En coherencia con esto, un gran número de estudios cuantitativos, tómesese por caso el estudio de (Bekwith, et al., 2018) sobre el no uso del condón, exponen que el consumo de sustancias es una de las razones más recurrentes por las cuales se justifica el no uso del preservativo. De manera cualitativa esto se soporta por medio de las siguientes informaciones en donde discuten sobre el consumo de sustancias y el uso del condón:

Muchas veces solo el alcohol hace que se nublen las personas y no piensan en un condón. Entonces, si al alcohol, excitación y sexo, le añadimos drogas, de eso no va a salir nada bueno. Sería bueno si hubiera protec-

ción o si hubiera la lucidez pero el hecho de que haya alcohol y drogas juntas y la excitación, no saldrá nada bueno en cuanto a protección. De por sí la excitación nubla la mente, ahora si le añadimos alcohol y drogas, entonces es como te digo, una combinación muy explosiva (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Si la persona ya está en la droga totalmente créanme que no va usar un condón así tenga la plata y la caja de condones, porque la misma droga no la deja pensar, por la situación y el entorno en el que está. Entonces, hay personas que se drogan por tal motivo que pierden su noción pues si no saben controlar el daño que les está haciendo el vicio, créanme que no le va a importar el daño que le va hacer una enfermedad (Grupo focal).

Tengo amigas que cuando están en medio de su lujuria de alcohol, ron, éxtasis, sustancias distintas, se les olvida que existen enfermedades, que existe cuidarse, porque cuando una persona se llena a un mundo de libertinaje, se olvida del mundo, se olvidan de la mamá, de Dios, de ellas mismas. Hay chicas que bajo los efectos del alcohol y la lujuria han tenido relaciones sexuales sin condón y al día siguiente se levantan con la moral (Comunicación personal, Med_Dayana, 9 de diciembre de 2020).

En las últimas dos comunicaciones, se pone de manifiesto un punto importante y es el llamado de atención sobre el cuidado de la salud (de forma general) frente a enfermedades. En algunas participantes, el cuidado a la salud respecto a las enfermedades es un desdoblamiento de los sentidos subjetivos alrededor de la familia y de la crianza y enseñanzas a nivel familiar respecto al cuerpo y a la vida. Más adelante, en el apartado sobre el uso del condón, se discutirá sobre los sentidos subjetivos asociados al cuidado de la salud que se colocan en discusión sobre la consciencia de la práctica sexual con protección.

Sumado a lo anterior, algunas de ellas, previendo el posible estado de no-consciencia al cual pueden llegar a causa del licor, se han planteado algunas estrategias, a saber.

Cuando uno va a moteliar uno siempre encuentra condones en la cama y en la mesa de noche, pero cuando uno tiene alcohol encima, a uno no le interesa. Seamos honestas, ni bajo los efectos del alcohol ni de la droga, es recomendable tener relaciones sexuales por que se pierde ese grado de responsabilidad sobre tu cuerpo (Comunicación personal, Cali_Helen, 26 de septiembre de 2020).

Cuando salgo de fiesta, yo no salgo con lavado porque donde yo salga con lavado de más que uno pecará por ahí, entonces normal, no salgo con ese plan de que también voy a terminar teniendo relación, no. Entonces, si salgo a tomar y no me he lavado, pues no voy preparada para tener relaciones. (Comunicación personal, Med_Ana, 16 de diciembre de 2020).

Si es cierto que por el licor te vas desconectando de la realidad, entonces ahí el punto está en ser moderadas. Muchas le echan la culpa al alcohol, a la diversión, al libertinaje, pero pues, también el libertinaje es porque lo permiten y porque se sobrepasan, entonces es manejar las cosas con moderación principalmente el alcohol (Comunicación personal, Cali_Mary, 11 de septiembre de 2020).

Como estrategias para no llevar a cabo prácticas sexuales sin protección, las participantes mencionan: evitar relaciones sexuales en situaciones en las cuales está presente el consumo de licor y de sustancias psicoactivas y, moderar el consumo de estas mismas. Por una parte, la primera plantea abstinencia en la relación sexual y, por otra parte, la segunda, una limitación en la cantidad de consumo de estas sustancias para evitar un estado de desinhibición que, de acuerdo a ellas, las lleva al punto de no considerar las consecuencias de sus acciones.

Respecto a los trechos de información, en los cuales se expresa la flexibilización del uso del condón durante circunstancias de consumo de licor y SPA, algunas participantes hacen un llamado de atención al discutir la responsabilidad que se debería asumir sobre el propio cuidado pese a las circunstancias.

Yo creo que el consumo de licor o drogas no tiene nada que ver, que si la persona está enseñada a tener relaciones sin preservativo es porque le gusta, entonces que ningún borracho me venga a decir que no lo uso por el licor... pues yo en mis sentidos, cuando he estado tomada y voy a tener relaciones, eso es lo primero que busco, tiene que ser que se ha perdido y que lo violen, digo yo. Pero te digo, yo lo primero que busco es el preservativo (Comunicación personal, Med_Jessie, 1 de diciembre de 2020).

Si uno se quiere y se cuida uno sabe cómo son las vueltas ¿no? Y la verdad desde que uno nace, desde que una es pequeña, uno sabe que se tiene que cuidar que esto que lo otro porque vea mi hermanita mi tía le decía cuídate y vea quedó en embarazo. Eso ya está en cada cual el cuidado (Comunicación personal, Med_Salomé, 1 de diciembre de 2020).

Las participantes tanto de Cali como de Medellín (en mayor porcentaje las de Medellín) mencionan que el licor y/o las drogas no son impedimento para cuidarse con el uso del condón en la práctica sexual; ellas colocan en discusión que la conciencia sobre el cuidado no debería justificarse por una la situación sino por una decisión de sí mismas. En concordancia con esta línea argumentativa, una participante de Cali pone de manifiesto que, pese a la conciencia sobre sus prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol, el uso del condón puede verse afectado en tanto un mal uso del mismo. Ella expone:

Usted cuando está tomado, en su momento, usted sabe lo que está haciendo así no se acuerde al otro día. Pero es momento, que lo está haciendo, usted tiene esa conciencia. Así la estés pasando bien y estés desinhibida, tienes conciencia porque no eres un ser sin conciencia. Yo, por lo menos, sí me acuerdo de lo que yo hago creo que puedes llevar esa una mala práctica en el uso del condón, en que no lo pongas bien, en que lo dejes con aire o que cuenta se te rompa (Cali_Karolina).

Se encuentra con estos últimos trechos de información, posiciones diferentes, a nivel cultural, respecto al no uso del condón y el consumo de licor y SPA. Por una parte, las participantes de Medellín asumen el

no uso del condón como una decisión, mientras que las participantes de Cali justifican el no uso como una consecuencia del consumo.

El sexo oral

La práctica sexual “socialmente exonerada” del uso del condón

Al discutir sobre la flexibilización del condón, no se puede dejar pasar desapercibido el sexo oral como práctica sexual en la cual las participantes mencionaron haber accedido al no uso, en algún momento de sus vidas. Durante las dinámicas conversacionales, reuniones y el grupo focal, aunque las participantes son conscientes de las consecuencias del sexo oral sin condón, suelen justificar el no uso del condón en esta práctica sexual de diferentes maneras, a saber: desconocimiento (punto discutido en los inicios de este capítulo), sensibilidad, excitación, la confianza con la pareja, entre otras. A continuación, algunos ejemplos respecto a esto.

En el sexo oral con condón que, sin condón, entonces prefieren hacerlo sin condón el sexo oral porque no sienten la misma sensación (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Cuando hay excitación tiene sexo en caso de sexo oral, no uso el condón. Le hago el sexo oral a la persona sin preservativo (Comunicación personal, Cali_Helen, 26 de septiembre de 2020).

Con relación al sexo oral sin condón, Van Schuylenbergh, et al., (2019) y Drucker, Van Rooijen y De Vries (2020) plantean la baja frecuencia del uso del condón en mujeres trans trabajadoras sexuales cuando se practica el sexo oral con un cliente y/o pareja sexual estable. Estos dos estudios coinciden con los resultados del presente proyecto de investigación en la medida que, de acuerdo a las participantes el uso del condón disminuye en las prácticas sexuales con parejas estables; no obstante, se difiere en lo relacionado con los clientes, pues las partici-

pantes de Medellín exponen mayor grado de resistencia respecto a la práctica del sexo oral sin condón. A continuación un par de fragmentos de información que representa este posicionamiento:

El sexo oral yo no lo negocio. A mí si un hombre me dice que me paga más por estar sin preservativo, yo ya sé que eso es algo peligroso, ¿si me entiendes? Puede que el hombre no tenga nada, pero trato de que no (Comunicación personal, Med_bárbara).

Hasta el sexo oral lo hago con condón. Me genera desconfianza que me lo pida sin condón, o sea, a mí me da temor. Yo digo una cosa, una persona que lo quiera hacer sin condón a una persona que no conoce es porque a él no le importa nada, o sea, no le importa contagiarse de ninguna enfermedad porque una persona que le diga esa otra persona que no conoce es porque no le importa si lo van a contagiar o si ya lo han contagiado y quiera contagiar (Comunicación personal, Med_ Ana, 16 de diciembre de 2020).

Las participantes de los trechos anteriormente expuestos se dedican al trabajo sexual, por lo tanto, pareciera que en el marco del ejercicio de esta ocupación, al conocer las prácticas sexuales de los clientes, suelen rehusarse al no uso del condón. En este punto hay notables diferencias entre el posicionamiento respecto al cliente de acuerdo a la necesidad económica que la participante tenga. En el siguiente apartado se profundiza este punto.

La coerción social

La imposición de la pareja sexual (el cliente, novio/esposo/ amigo “con derechos”)¹⁹ y del mercado que promueve el no uso del condón

Un alto número de estudios, a nivel nacional e internacional, demuestra que el campo laboral de las mujeres trans es limitado, pues con dificultad logran acceder a espacios formales de trabajo (Posso y Furcia, 2016; Degtyar, et al., 2018). En la mayoría de países, los campos de acción se limitan al trabajo sexual, estilismo y protección de derechos humanos (Bianchi et al., 2014; Posso y Furcia, 2016). Lo anterior lo corroboran las participantes; al observar brevemente la información sociodemográfica se encuentra que las ocupaciones más comunes son las tres que se han mencionado anteriormente. Sumado a esto, en la mayoría de las participantes, estas desigualdades con relación al ingreso en el empleo formal han generado brechas que se ven marcadas en la posición socioeconómica en la cual se ven inmersas. Con relación a esta cadena de desigualdades, a saber, la dificultad de acceder a un trabajo formal y la condición socioeconómica baja, Ferreira, Stolles y Nogueira (2016), en su estudio realizado en Brasil, plantean que las mujeres trans con vulnerabilidades sociales suelen utilizar el preservativo de forma irregular; sumado a esto, Gama, Oliveira, Mendao, Barros y Dias (2018), en su estudio realizado en Portugal, plantean que la relación sexual sin protección con clientes es más probable en mujeres trans trabajadoras sexuales de bajo nivel socioeconómico.

El panorama de la empleabilidad se plantea bajo el objetivo de iniciar una discusión con relación al no uso del condón en el marco de las dinámicas del trabajo sexual en las cuales se ve inmersa un gran por-

¹⁹ Para el caso de los resultados de este proyecto se habla de parejas sexuales en masculino ya que todas las participantes mencionaron que sus parejas sexuales eran hombres. No obstante, se hace claridad en tanto que la orientación y atracción sexual de una mujer Trans no se limita a los hombres.

centaje de las participantes de este estudio. Como bien se pudo observar, en la historia de vida de Samantha (ver trecho, p. 124), en Colombia, muchas mujeres trans pierden sus relaciones familiares desde el momento que deciden hablar públicamente de la identidad sentida.

La ausencia de comprensión familiar, el rechazo dentro del hogar por la identidad sentida y por un cuerpo que transita (de órganos sexuales denominados socialmente como masculinos a unos femeninos) genera la expulsión del núcleo familiar primario a tempranas edades. Esto a su vez repercute en proyectos de vida truncados y la necesidad de buscar formas de subsistir sin redes de apoyo y sin recursos psicológicos, económicos ni emocionales. De acuerdo a las historias de vida de las participantes de este proyecto, se estima que la edad promedio en la cual fueron expulsadas de casa fue de trece años.

Bajo el anterior panorama, cuando son echadas de casa, sólo se tienen a ellas y a sus cuerpos, unos cuerpos subjetivados tanto para ellas como para la sociedad desde la ambivalencia y la paradoja. Una ambivalencia de amarse porque es lo único que tienen pero de odiarse por ser “blanco” de rechazo y discriminación social. Y, la paradoja, en algunos de los casos, basada en el rechazo de un cuerpo pero con la necesidad de tenerlo pues es a través de él, por medio de su instrumentalización, que la sociedad “brinda” una “posibilidad” de subsistir: la posibilidad del trabajo sexual. Esto último ya deja entrever la dinámica de coerción y sumisión a la cual se enfrentan muchas de ellas cuando encuentran el trabajo sexual de calle como la única alternativa para sobrevivir.

En el marco de la relación/negociación con los clientes se pone de manifiesto las dinámicas de coerción y de sumisión que ellos ejercen hacia ellas. Con relación al objeto de estudio del presente proyecto de investigación, se identifica que la exigencia del no uso del condón es frecuente y es una de las principales formas que utilizan los clientes

para plantear la prevalencia de su placer frente al riesgo, tanto como para él, como para la trabajadora sexual y como para sus otras parejas sexuales, que puede generar una relación sexual sin protección. Respecto a esto, a continuación, algunos trechos de información:

Conozco de muchas chicas que lo hacen por la necesidad del dinero, no se protegen porque el cliente le está ofreciendo más dinero por estar sin protección, si lo hace, entonces vamos al caso donde está la chica que no tiene para la protección ni para comer, ni para pagarse un hotel y llega un cliente y se aprovecha de la necesidad que tiene ella y le ofrece más dinero pues obviamente la chica lo va a tomar el servicio pero no va a medir las consecuencias que pueden pasar a futuro por su salud (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020)

Hasta el momento en lo expuesto se puede analizar que en el trabajo sexual, la dinámica cliente/trabajadora sexual se convierte en una relación de sometimiento cuando una necesidad económica, en el plano de la supervivencia, se interpone. En este orden de ideas, el canje dinero/sexo no es lo que sucede; sino que este canje implica muchas otras cuestiones que no están puestas en el plano de lo explícito del trabajo sexual, a saber, la integridad y la salud; por lo tanto, el producto que “entrega” la trabajadora sexual no es un momento de placer sexual, sino que “entrega” la vida misma.

Si eres trabajadora sexual te encuentras con esta misma barrera pero ya te encuentras con un sometimiento porque ya el cliente está pagando entonces el cliente o no te paga se enoja o sale con el asunto de que pierde sensibilidad y entonces si no hay una necesidad hay chicas que lo hacen (Cali_Karolina).

Muchas veces también pasa que el hombre ofrece más dinero para que sea sin condón, y muchas veces las chicas pueden aceptarlo por carencias económicas, porque puede que ellas no quieran hacerlo, pero no han hecho nada en toda la noche y necesita pagar el hotel o cosas así, digamos a estar siempre sin protección para poder comer el día siguien-

te o pagar su hotel cosas como esas. Eso en el trabajo sexual en calles es más constante de lo que uno se imagina (Cali_Grupo focal).

De acuerdo a las participantes, la mayoría de los clientes actúan de manera coercitiva, buscando, a cambio de dinero, el sometimiento de ellas por medio de acciones peligrosas que pueden generar secuelas a futuro como lo es una ITS. Con relación a este punto, Ávila, et al., (2017), plantea que el preservativo es frecuentemente rechazado por el cliente, cuestión que conlleva a una práctica sexual de alto riesgo. En concordancia con esto, Poteat, et al., (2015), Gama, et al., (2018) y Ferreira, Stolses y Nogueira (2016), plantean que las mujeres trans trabajadoras sexuales están más expuestas al VIH en la medida que están más desprotegidas en medio de la relación sexual con el cliente, en donde muchos de estos ofrecen más dinero por sexo sin protección.

A la coerción ejercida por la cuestión económica se suma el maltrato físico al cual se exponen de manera constante (Santamaría, 2015), y frente al cual, la mayoría de participantes, menciona responder conciliando con el cliente la causa que suscite el maltrato físico, abandonando la relación sexual o respondiendo de la misma manera en modo de defensa. Cabe mencionar, que la violencia física no es una razón que influya en el uso del condón. Esto difiere del estudio de Budhwani, et al., (2017) en donde, en República Dominicana, las trabajadoras sexuales transgénero, expresan una asociación significativa entre prescindir del condón y la exposición a la violencia física; específicamente, los resultados plantean que con clientes coercitivos, ante quienes fueron víctimas de violencia física, el 83% de las participantes utilizó el preservativo en la última relación sexual de este tipo, mientras que el 100% lo utilizó en la relación sexual con clientes que con quienes no experimentaron violencia.

Sumado a la discusión sobre la coerción del cliente, Ferreira, Stolses y Noguera (2016) en Sao Paulo, Brasil, plantean en su estudio que la flexibilización de las mujeres trans respecto al uso del condón se debe

a la sumisión asignada socialmente del “rol social femenino”, en donde el hecho de ser mujer en medio de un sistema conservador y patriarcal, genera una tensión del poder masculino sobre el femenino, desdoblado sentidos subjetivos de sumisión y obediencia. Una intervención del grupo focal soporta esta idea de la siguiente manera:

Es una cosa que tienes que tienes que hacerlo (el no uso) porque sos la marica y para eso estas, primero para el goce y disfrute mío (se refiere al hombre). El hombre dice “para eso está este cuerpo feminizado, para eso quieres ser mujer para que yo te penetre”. Pero es que además de esa penetración sin condón, se piensan desde el “yo aquí pongo las condiciones. Tú no estás en la posibilidad de poner tus condiciones, porque antes agradece que voy a estar con vos”. Es algo como así, poniéndolo de esa forma cruda. Y, a eso se le suma el tema de la confianza, entonces nos piden una confianza con personas que una desconoce. Entonces una conoce al man y empiezan “pero, ¿por qué desconfías o es que estás picha?, entonces cuando una exige el condón es una la que está picha, es una la que se está poniendo en evidencia (Comunicación personal, Cali_Renata).

La última parte del fragmento expuesto se relaciona con una situación similar, de coerción y sometimiento, que se encuentra en las relaciones de pareja, en donde las participantes sostienen a sus novios, esposos o amigos con derechos cuestionan el uso del condón; en estos casos, la tensión sobre el uso del condón se justifica bajo la confianza.

Cuando se le pide al novio o esposo el uso del condón pasa que es un motivo para desconfiar de la pareja, llega la pregunta, ¿y porque me pides condón? (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

A propósito del establecimiento de relaciones de pareja, la flexibilización del uso del condón también se ve permeado por la confianza y fidelidad; dos sentidos que se asocian con el no uso del condón. En este punto las informaciones de las participantes concuerdan con estudios de personas cisgénero que afirman que a mayor nivel de confianza en la pareja sexual, menor es el grado de protección sexual (Saura,

Korquera, Mascort y Castellá, 2019; Mallory, 2020). Con relación a esto, los siguientes dos trechos:

Lo único que influiría pues en el uso del condón es que sea mi pareja estable de mucho tiempo ya pues se podría eliminar, pero de resto no (Comunicación personal, Cali_Mary, 11 de septiembre de 2020).

Hay como una percepción de que entre más confianza tenga con mi pareja menos me debo cuidar, cuando uno recién se conoce con alguien, o empieza así de noviazgo, una se protege y una usa el condón para mamar, culear, que se le ponga usa el condón para todo, uno en las primeras salidas usa mil condones, a medida de que va pasando el tiempo los meses el año una solo usa el condón solo para la penetración entonces, y mama sin condón y quienes tenemos relaciones de muchos años son 7, 8, 9 años incluso ya con el tiempo se deja de usar el condón porque hay una percepción de que entre más años más amor, más confianza, menos protección debe que haber (Comunicación personal, Cali_Kika).

Para el caso de las participantes de Cali, el no uso del condón se asocia fuertemente con los sentidos relacionados con el sometimiento y coerción. Esto aplica tanto para la relación con el cliente como con otro tipo de parejas sexuales. Es decir que la decisión del no uso del condón recae, en gran medida, en la pareja sexual, ya sea porque en el intercambio por el placer (sexo) se coloca en juego el dinero (cliente) o la confianza (amigo, novio, esposo). Vale mencionar, que la segunda en mención, encubre el sometimiento mientras que la primera en mención expone abiertamente tanto el sometimiento como la violencia simbólica y física a la cual están expuestas las mujeres trans por la desigualdad a nivel de acceso a derechos y de oportunidades.

En oposición a lo anterior, las participantes de Medellín, respecto a la coerción de la pareja sexual, tienen una postura en la cual pareciera que las posibles necesidades económicas no direccionan la acción del no uso del condón. Por el contrario, cuando un cliente ofrece más dinero por una práctica sexual sin condón, ellas se re-

húsan a hacerlo porque esa solicitud es vista desde la desconfianza. Ellas mencionan:

Vea, si un cliente te dice que, sin preservativo, eso ya da mucho para dudar. O sea, eso ya no te da confianza de vos decir: me acuesto con él. No. Las personas que no utilizan preservativo, que lo dicen en su momento, a mí no me gustan. Pero si desde un principio te están aclarando y se enfocan en eso es porque él te tiene la sorpresita guardada. Entonces uno ya dice que no. Lógicamente hay muchas a las que si les da lo mismo, como que no quieren ni un poquito la vida entonces les da igual. Personalmente, cuando me dicen algo así, digo “no papi” y ellos siguen intentando y me han insultado, ¡ay! horrible, pero como a mí me da igual, que ellos se enojen, (Comunicación personal, Med_Samantha, 23 de octubre de 2020).

Yo el condón no lo negocio, a mí si un hombre me dice que me paga más por estar sin preservativo yo ya sé que eso es algo peligroso, ¿si me entiendes? Puede que el hombre no tenga nada, pero yo trato de que no, porque a mí también se me han roto los condones en medio de una arrechera, entonces eso yo trato como de no, yo trato como de estar en ese balance, como estar muy juiciosa con eso (Comunicación personal, Med_Barbara, 23 de octubre de 2020).

A propósito de las participantes de Cali, es pertinente mencionar que este posicionamiento de resistencia del no uso del condón frente al cliente sólo se discutió, por medio de una intervención en el grupo focal, de la siguiente manera:

En estos tiempos el hombre que llega donde una le dice que sin condón, en estos tiempos, uno sabe que ese hombre está enfermo. Y si dicen ellos que sin, yo les digo que no, a mí no me va a enfermar porque en estos tiempos quién va a estar sin preservativo con esas enfermedades que están tan regadas (Cali_Grupo focal Dayana).

El posicionamiento asumido frente a los clientes, por las participantes de Medellín, es similar al que exponen cuando se pregunta por la

práctica del sexo oral: no hay flexibilización frente a ello y relacionan una posible condescendencia con una ausencia de cuidado y aprecio por la vida. Estas participantes asumen el uso y el no uso como una decisión en la cual tienen plena consciencia sobre las consecuencias que sus acciones puedan desdoblarse en sus vidas. Relacionado con esta posición, en un estudio realizado en Vietnam por Bao, et al., (2016), se exponen resultados similares en donde las mujeres trans que se realizan pruebas de VIH de manera periódica (como es el caso de la mayoría de las participantes de este estudio), exigen el uso del condón a los hombres que pagan por sexo debido a la consciencia de las consecuencias del riesgo de la relación sexual sin preservativo.

Estrategias de afrontamiento frente al no uso del condón

Dentro de las estrategias de afrontamiento que tienen las participantes en los casos que no utilizan el preservativo se encuentra: 1) acudir a servicios de salud, 2) acudir a personas cercanas u organizaciones de base comunitaria para buscar asesoría, 3) no asumir cuidado sobre sí misma. Dentro del componente emocional de la unidad simbólico-emocional de los sentidos subjetivos, se identifican el remordimiento y el temor. Las participantes expresan que ante una relación sexual sin condón, lo primero que se genera en ellas es “remordimiento” y “miedo”.

A propósito del primer punto, el de *acudir a servicios de salud*, algunas de ellas, acuden a realizarse tratamientos; otras de ellas, solo se realizan dichos procedimientos en casos de sentir cambios en el cuerpo. Y, la totalidad de ellas se realiza exámenes de serología con una periodicidad de seis meses. Este último punto se encuentra como un hábito presente en participantes tanto de Cali como de Medellín. Cabe resaltar que este hábito es estimulado por los médicos, pues ante cualquier tipo de consulta médica a las participantes se les ha remitido a exámenes de ITS. Esto es una consecuencia de la connotación de “cuerpos infecciosos” bajo los cuales se conciben los cuerpos trans para la medicina y la salud pública.

Cabe destacar que las reacciones de las participantes se diferencian de acuerdo a la ciudad. Por una parte, las de Cali optan, en un primer momento, por realizar tratamientos posteriores a la relación sexual; mientras que las de Medellín aguardan a las reacciones del cuerpo para acudir a servicios de salud. Respecto al posicionamiento de las participantes de Cali, los siguientes trechos de información:

Ahorita se escucha que si uno tiene sexo sin condón puede tomar retrovirales para no adquirir el VIH pero eso es apenas que lo vine a escuchar ahorita que salió hasta por la noticia que los chicos tienen relaciones con enfermos de VIH y les mandan como por 15 días retrovirales para no tener la enfermedad. No sé qué tan cierto sea pero sí sé que se está usando (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Cuando el condón se rompe, está la opción de la profilaxis, pero obviamente después de que se rompe un preservativo ya se apagan todas las ganas y todos los placeres (Comunicación personal, Cali_Helen, 26 de septiembre de 2020).

Lo anterior pone de manifiesto preocupación a nivel médico y de salud pública en dos vías, por una parte, por la desinformación en el uso de los tratamientos y por otra parte, preocupación en la medida que los tratamientos creados para minimizar la mortalidad por ITS se está convirtiendo en una estrategia que, en algunas personas, autoriza la práctica sexual sin condón.

Con relación a las participantes de Medellín, a continuación, sus expresiones donde plantean que ante una relación sexual sin preservativo, al tener respuestas negativas en el cuerpo, síntomas, tales como el sangrado, sarpullidos, entre otros, acuden al médico.

Yo sabía que tenía que ir al médico porque yo no sabía ese día fui y oriné, no, ese día no orine, ese día fui y sangré, entonces no era como normal. Me fui de una al médico (Comunicación personal, Med_Alice, 2 de octubre de 2020).

En caso de haber tenido una relación sin condón y tener sospecha de algo, corro para donde un doctor a que me haga todo y me tomo lo que sea. Yo voy al médico, con mucho susto, pero voy. (Comunicación personal, Med_Salomé, 1 de diciembre de 2020).

Como bien se mencionaba al inicio de este apartado, otra estrategia frente a las consecuencias del no uso del condón, se centra en la *búsqueda de personas cercanas u organizaciones de base comunitaria para encontrar asesoría*.

Tengo chicas que me llaman me dicen “mira qué se me acaba de romper el condón con un cliente” y yo les digo que vayan inmediatamente donde un médico antes de que pase media hora y consíguete un retroviral y tómatelo. Ellas no saben a dónde ir, entonces yo les debo dar las indicaciones de a qué hospital deben ir y qué deben decir. Siempre les indico que pidan que les regalen un retroviral, después de 15 días se hagan una prueba rápida (Comunicación personal, Cali_Paulina, 1 de octubre de 2020).

Le conté a mi mejor amiga ella me dijo, “gorda tranquilícese relájese, espera a ver qué le dice el médico” (Comunicación personal, Med_Alice, 2 de octubre de 2020).

Hemos tenido casos, de hecho, hubo un caso reciente, tal cual como lo describes pasó; fue a la fundación a pedir asesoría. Entonces, se activó la ruta de atención porque ella tuvo una relación sexual sin protección y como que a ella le pegaron un herpes. A ella se le hizo acompañamiento, el cual consiste en, inicialmente escucharla, porque obviamente la persona queda mal, con mucha culpa. Entonces necesitan desahogarse. Además, el hecho de escucharla nos permite, justamente eso, identificar, como se puede dar una asesoría, y digamos que como de qué manera ella pueda acceder a esos beneficios en este caso de su salud (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Los trechos de información demuestran que ante el temor de una relación sexual sin preservativo y frente al caso de sospecha de una ITS,

las redes de apoyo, a saber las amigas, las lideresas y las organizaciones de base comunitaria se convierten en una guía para ellas, pues, como bien se observa, no tienen claridad sobre el procedimiento a seguir en caso de una práctica sexual sin protección.

Contrario a las estrategias ya expuestas, las cuales se centran en acciones de búsqueda de ayuda y de cuidado, como manera de enfrentar una práctica sexual sin protección, se encuentran, también, las participantes que debido a la connotación que tiene para ellas una ITS, en especial el VIH, expresaron que en caso de sospecha de contagio, no realizar ninguna acción al respecto, es decir que *no asumen el cuidado sobre sí mismas*. Se identifica que bajo esta posición se encuentran las participantes con más edad, aquellas quienes tuvieron que vivir los inicios del VIH en Colombia y su connotación de mortalidad. A continuación, los fragmentos de información cuando se les invita a las participantes a hablar sobre las consecuencias del no uso del condón con un resultado positivo de ITS:

E: ¿Qué hacían con un resultado positivo?

S: Pues las maricas echaban a la desidia, se abandonaban a la suerte, en vez de buscar quién les ayudara... No, eso era tomar trago, degenerarse y volverse en nada.

E: ¿Y quién podía ayudarlas?

S: Nadie, ahora último es que nosotras tenemos voz y voto, pero antes no, antes nosotras no teníamos voz y voto. No le digo que la gente cuando salió el VIH el cuento era que nosotros éramos las portadoras, las que habíamos engendrado el VIH (Comunicación personal, Cali_Rocío, 19 de enero de 2021)

Yo hablando de mí yo no le diría a nadie, yo creo que yo me encerraría haría como en un círculo de solamente yo sola, llevando

mi vida, pero yo sola porque yo no le contaría eso ni a mi mamá, ni a mi hermana, ni a nadie porque eso entre cielo y tierra no hay nada oculto, entonces uno se pone a confiarle eso a la mamá y la mamá le cuenta a la hermana, la hermana le cuenta un amigo del amigo le va a contar, y bueno eso se riega, y ahí entonces empiezan como el rechazo porque así eso no se le pegue a uno por un abrazo uno siempre tiene como un temor (Comunicación personal, Med_Ana, 16 de diciembre de 2020).

Producciones subjetivas respecto al uso del condón: el caso de mujeres trans de Cali y Medellín

En las indagaciones sobre el uso del condón, se encuentra que las participantes asumen el uso del condón como forma de cuidar la salud en general. Sobre este cuidado de la salud, hubo posturas diferentes: 1) quienes asumen el auto-cuidado porque se esa manera lo conocieron de su familia primaria o consanguínea; 2) quienes lo asumen porque así lo conocieron de la familia social; y, 3) quienes lo asumen porque han vivido o han visto el padecimiento que genera una ITS para las mujeres trans particularmente. A continuación, se presentan y discuten cada uno de estos puntos.

El autocuidado

La familia consanguínea y social en el autocuidado

Se identifica que las participantes que cuentan con apoyo familiar (familias primarias y sociales) antes y durante el proceso de tránsito de género, desdoblan sentidos subjetivos alrededor del cuidado del cuerpo y de la integridad tanto emocional como psicológica. Esto coincide con lo planteado por Turner, Ahern, Santos, Arayasirikul y Wilson (2019), en donde muestran que mujeres trans jóvenes de San Francisco evidenciaron que la relación positiva ante la aceptación de la identidad de género por parte de los padres o de cuidadores protegió de relaciones anales sin

condón. En esta misma línea, para el caso de la investigación que es menester de este capítulo, las participantes con apoyo de la familia primaria y social suelen asumir el uso del condón desde el cuidado propio y el cuidado de la pareja sexual. La diferencia de los tipos de cuidados entre unas participantes y otras (las que recibieron apoyo de la familia primaria y la social), radica en los aspectos que a continuación se desarrollan.

Por una parte, el autocuidado y cuidado por los demás que tienen las participantes que no encontraron apoyo en la familia primaria duraron cierto tiempo –antes de encontrar apoyo y orientación en las familias sociales u organizaciones de base comunitaria– ejerciendo prácticas sexuales sin protección por desconocimiento o también por indiferencia respecto al cuidado de la salud. Esto se soporta empíricamente con los trechos que exponen el desconocimiento del uso del condón, expuestos en el apartado sobre el posicionamiento familiar respecto a la sexualidad. Es pertinente mencionar que el acercamiento a la salud sexual que tuvieron las participantes que contaron con apoyo familiar, se basó en modelos heteronormativos. No obstante, estas participantes, pese a contar con una educación sexual por fuera de la que requerían conocer, esta discusión –en algunos casos, una advertencia familiar, más que discusión– de la sexualidad en el núcleo familiar sirvió de movilizador para que las participantes indagaran, a través de noticias y en la web, cuidados a la salud sexual más afines con sus experiencias sexuales.

En mi casa se hablaba era de los embarazos. También se hablaba de “las siete luchas” o no sé qué vaina rara era la que decían que daba por allá, y fin de la historia. Uno se quedaba sin saber qué es eso de “las siete luchas”. Por eso, fui conociendo sobre los cuidados y el condón por mi cuenta leyendo por mi cuenta (Comunicación personal, Cali_Juliana, 13 de octubre de 2020).

En el colegio daban unas clases de sexualidad, pero básicas, lo básico. En la casa poco se hablaba, se mencionaban pocas cosas. Ya con el tiempo em-

pecé a indagar sobre estos temas y así es que uno puede hablar con mayor autoridad (Comunicación personal, Cali_Helen, 26 de septiembre de 2020).

Mi mamá siempre me ha dicho que me cuide, pero no entrando en detalle, me dice “Ay miya cuídese que vea las enfermedades de ahora” pero nunca entrando así en detalle de que cuídese de las ITS, no, eso no. (Comunicación personal, Med_Ana, 16 de diciembre de 2020).

Por medio de lo anterior se identifica que, cuando en la familia primaria se pone de manifiesto la intención del cuidado sexual, las participantes despiertan interés por indagar más al respecto para conocer información que les pueda ser útil con relación a sus propias experiencias.

Adicional a lo anterior, se puede analizar que el apoyo y soporte familiar, desdobra sentidos subjetivos relacionados con el cuidado de la vida en general y, no específicamente al cuidado de la sexualidad ya que, como se pudo observar con los trechos de información, las familias de las participantes no solían profundizar sobre esos temas por fuera del binarismo de género; lo que se encuentra es que, más vale, las familias, advertían sobre los cuidados a la salud y, con esta información, ellas reconocen la importancia de cuidarse a sí, el propio cuerpo y a los demás. A continuación dos trechos soportan esta afirmación:

En realidad, pienso que el cuidado no viene con el condón y por nada sino con la autoestima que tenga uno como ser humano. Para mí el autocuidado lo hace uno mismo, del valor que uno tenga hacia uno, de la estima que uno tenga hacia uno, porque si no me quiero y no me respeto no tengo nada que exigir a mi cuerpo. Por el contrario, si me quiero y me valoro como ser humano, entonces estoy cuidando mi cuerpo y es un autovalor agregado que tengo en mi vida. Esto viene de las raíces, de la familia, de lo que pasa en casa (Comunicación personal, Cali_Paulina, 1 de octubre de 2020).

Cuando una chica trans cuenta con el apoyo de su familia eso es fundamental para que ella tenga una buena vida, porque una mujer trans que

cuenta con su familia puede tener la oportunidad de estudiar, de estar tranquila en su casa, de recibir cuidado de su familia y también ella. O sea, tener como esa oportunidad de vivir esa experiencia de sentir que su familia también la quiere, también le genera como el hecho de cuidarse. Es como si al cuidarse, cuidara también a su familia, porque el cuidado nace hacia uno mismo pero también nace hacia los demás. Esto lo relaciono con el amor hacia ti mismo, o sea, si yo me quiero yo lucho y me cuido (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Los fragmentos expuestos, representan la postura de las participantes tanto de Cali como de Medellín respecto del cuidado de la salud como desdoblamiento subjetivo del apoyo familiar. Sentidos subjetivos como el amor hacia sí mismo, la autoestima, el respeto hacia el propio cuerpo se desdobla de las relaciones familiares en las cuales encuentran una acogida, aprecio y soporte.

Como bien se mencionó al inicio de este apartado, para las mujeres que no reciben apoyo en los hogares primarios, la familia social se convierte en el soporte que motiva al cuidado de la vida y que enseña sobre el valor del propio cuerpo. Esto último se discute en la medida que, pareciera que las mujeres trans que son expulsadas de sus hogares a corta edad, pierden el interés del propio cuidado en la medida que no hay un soporte emocional o una red de apoyo que permita reconocer la importancia del bienestar. Estas mujeres al verse violentadas por sus vínculos primarios, desconocen que merecen bienestar y que son dignas de derechos; esto se reafirma en la medida que se convierten en “blanco” de constantes agresiones y sometimientos físicos y sexuales por parte de la sociedad. Es, de esta manera, que para muchas mujeres trans, el primer acercamiento que tienen frente a los cuidados de la sexualidad, los encuentran en las condiciones del trabajo sexual o por medio de amistades que, si bien desean ofrecer acogida y cuidado, los recursos económicos y simbólicos con los que cuentan no resultan ser suficientes para motivar estrategias satisfactorias de cuidado. Experiencias como las siguientes se exponen respecto a esta discusión:

Cuando yo tenía 16 años, los hoteles no eran como los de ahora. El hotel era una habitación la cama desbaratada, entonces, era, póngale 20 piezas, 10 para un lado y 10 para otro y en el fondo estaba en la cocina. En esa cocina había una olla grande que tenía hierbabuena, eso hervía agua, entonces usted cogía una ponchera y sacaba agua de ahí y la metía a la pieza y con esa agua le lavaba usted el pene al hombre, y cuando uno terminaba uno se agachaba y se lavaba las nalgas con esa agua. Ese era el baño para que a uno no le contagiaran enfermedades (Comunicación personal, Med_Sofia, 17 de diciembre de 2020).

En la medida que los conocimientos se van especializando porque las instituciones de salud, centros universitarios y organizaciones de base comunitaria causan impacto con relación a la exposición de los riesgos de una práctica sexual sin protección, las mujeres trans, en especial las trabajadoras sexuales reconocen el uso del condón como una estrategia de auto-cuidado. Es pertinente resaltar que el mayor impacto sobre la movilización de sentidos subjetivos relacionados con el “no cuidado”, hacia unos del cuidado de la vida y del bienestar, se generan por los encuentros que tienen, ya sea en la calle o en instalaciones cerradas, con las fundaciones que reivindican los derechos de las personas LGBTI. En estos encuentros, se permite la posibilidad de movilizar sentidos subjetivos alrededor del merecimiento de la salud y el cuidado, como también del aprecio de la vida y el bienestar. A continuación, un fragmento de información sobre esto:

En el caso en que sus familias las rechazan, las tiran a una calle, pienso que no tienen la oportunidad de ser apoyadas y queridas. Si tienen la oportunidad de llegar a una familia social ahí pueden encontrar ese cariño que no les dio su familia consanguínea y también pueden aprender estos patrones de autocuidado, de manejar una autoestima, de quererse. Pero como sucede que hay chicas que no cuentan ni con la una ni con la otra, sino que les toca irse a una calle, digamos a rebuscarse la forma de subsistir, entonces no encuentran nada. Lastimosamente, en la calle encuentran prostitución, drogadicción, alcoholismo, también, muchas veces, todo eso tiende a aprenderse en el espacio donde tú te muevas

también aprendes un poco sobre lo que se maneja en tu entorno, entonces también tiene mucho que ver eso, el entorno donde tú, donde tengas la oportunidad de desarrollar tu vida (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Contrario a lo que sucede con los espacios de educación sexual ofrecidos por instituciones de salud y universitarias, los encuentros entre las fundaciones y la población LGBTI generan mayor impacto en la medida que estas instituciones reconocen, comprenden, apoyan y protegen las realidades que viven las personas con orientaciones e identidades diversas. Es por esta razón que las organizaciones de base comunitaria se convierten en centros de entrega de condones y de información que, en un lenguaje no tecnificado, explica a las mujeres trans la importancia de protegerse en las relaciones sexuales.

En concordancia con lo anterior, las organizaciones de base comunitaria, se convierten en espacios de acompañamiento y apoyo desde la comprensión y respeto de las experiencias trans. A propósito de estos centros de acompañamiento LGBTI, en espacios de discusión con SF se conversó sobre las personas que conforman los equipos de trabajo de las organizaciones de base comunitaria del país (Colombia) y se llegó a la conclusión que estos equipos se consolidan, en su mayoría, bajo la dirección de personas LGBTI. De acuerdo a lo analizado en el marco de la observación participante en SF, se interpreta que, en la medida que los acompañamientos de las fundaciones los realizan personas LGBTI, existe menos posibilidades de realizar acciones con daño. Estudios realizados en Pakistán, como los de Khan, Rehan, Qayyum y Khan (2013), Khalid y Martin (2019), soportan esta afirmación en la medida que plantea que los programas realizados desde y para personas LGBTI, tienen mayor acogida que los desarrollados por personas externas a la población.

Lo anterior lleva a analizar las intervenciones realizadas en centros de salud, por medio de profesionales que actuando desde categorías diag-

nósticas, conciben y abordan a la mujer trans desde prejuicios, cuestión que afecta la asistencia de las mujeres trans a centros de salud, ya sea para solicitar información a propósito de la salud sexual o para acercarse en búsqueda de tratamientos o pruebas diagnósticas. Cabe anotar que esta situación no sólo sucede en nuestro país, de acuerdo a lo expresado por las participantes de Cali y Medellín sino también en Camboya (Schneiders y Weissman, 2016), la India (Ganju y Sagurti, 2017), Bélgica (Von Schuylenbergh, et al., 2019), Estados Unidos (Benjamin, et al., 2020), entre otros países, en donde coinciden con la necesidad de garantizar espacios de atención en salud respetuosos a las personas Trans, sin discriminar por identidad, orientación y ejercicio laboral.

De acuerdo a las informaciones del trabajo de campo, podemos afirmar que la totalidad de las participantes que han tenido acercamiento a organizaciones de base comunitaria han conquistado conocimientos respecto al cuidado de la salud y han reconocido con ello lo valiosas que son y el derecho a sus cuerpos y al placer; cuestiones que promueven las prácticas sexuales protegidas.

Las mujeres trans, en estos momentos, son una población muy educada. Sabemos sobre todo ese tema de la salud sexual y sensibilizamos a otros. Se ha vuelto como un voz a voz, nos hemos vuelto replicadores del mensaje. Las chicas se cuidan mucho. Tú paras a una chica y la misma policía han dicho que lo primero que encuentran en sus bolsos son 10 o 15 condones, porque nosotras mismas nos encargamos de entregarlos o las mismas fundaciones, el cuidado es muchísimo (Comunicación personal, Cali_Paulina, 1 de octubre de 2020).

Frente a estas posibilidades de acercamiento a prácticas sexuales protegidas, es pertinente preguntarse por los índices de contagios, que señalan lo “portan” las mujeres trans (OMS). Respecto a esto, se encuentran diferentes posiciones: por una parte, se juzga la coerción del cliente o de la pareja sexual como prácticas sexuales que impiden el cuidado y protección, por otra parte, la dificultad en el acceso a los

condones por cuestiones económicas, y, por otra, ciertas posiciones que reivindican que el uso o no uso del condón consiste en una decisión consciente. Cada una de estas tres posiciones llama la atención para crear estrategias más asertivas, en la medida que el objetivo de los reguladores nacionales e internacionales de la salud se enfoca en disminuir las cifras de contagios.

La experiencia ajena de una ITS

Como se ha venido mencionando, el círculo social de las mujeres trans se convierte en el soporte emocional y psicológico para sobrellevar los diferentes momentos de la vida. En muchas ocasiones, este soporte social asumido como un vínculo familiar se convierte en la misma razón para luchar frente a los actos transfóbicos de la sociedad y con esto, una razón para vivir. En este sentido, el encuentro con amistades que se constituyen en la “familia social”, se convierte en un aspecto que desdobra sentidos subjetivos con relación al cuidado. Adicional a esto, por medio de las experiencias compartidas con las amistades –familia social–, las participantes de este estudio tanto de Cali como de Medellín han conocido de cerca lo que es una infección de transmisión sexual (ITS). Sin excepción alguna, todas las participantes, mencionaron tener por lo menos una persona conocida que ha padecido una ITS, esto las hace pensar sobre sí las prácticas sexuales y estrategias de cuidado y protección.

En cuanto a la sexualidad mor yo lo aprendí sola. O sea, yo aprendí que eran las enfermedades sola, más que todo viviendo una experiencia al lado de una amiga mía, ella diciendo que le dolía mucho los genitales yo le decía que me mostrara y cuando me mostró yo le decía que tenía algo, alguna enfermedad, una gonorrea, le dije que teníamos que ir ya a qué le aplicarán algo (Comunicación personal, Med_Barbara, 23 de octubre de 2020).

Las ITS son una realidad que nosotras conocemos muy de cerca; por cosas que nos cuentan amigas cercanas o la amiga de una amiga. Pienso que de

pronto mantenemos como más pendiente del tema del condón y de portarlo por eso (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Las participantes mencionan que el hecho de conocer personas con alguna ITS, repercute en las estrategias de cuidado de la propia salud sexual. De esta manera, por medio de acompañar y ver el padecimiento ajeno debido a una ITS, se desdoblan sentidos subjetivos, a propósito de las infecciones de transmisión sexual, que van más allá de la connotación social –de hace unos años atrás– de concebirla como sinónimo de “muerte”. En cambio, los sentidos subjetivos desdoblados se relacionan con el “temor” ya que las participantes interpretan que las afectaciones por una ITS no se dan solamente en el orden del padecimiento físico, sino psicológico y social. En esta medida, acompañar a una amistad con ITS las invita a pensar sobre el padecimiento psíquico como depresión, el propio abandono y el abandono o ausencia de apoyo social.

Hoy en día una ITS, un VIH no es muerte porque eso se puede tratar, y pa’ morir, todos vamos a morir. Hoy, mañana, en treinta años, todos vamos a morir. Sino que es muerte en el sentido de que afecta psicológicamente mucho. Y cuando se tiene una enfermedad sexual, y te afecta psicológicamente, te vas a morir más rápido...Tengo una amiga que se entregó a la pena, por eso te digo, psicológicamente si puede llegar a matar. De resto no, es morir, pero en cierta etapa, es aprender a vivir de una manera distinta (Comunicación personal, Med_ Samantha, 23 de octubre de 2020).

En concordancia con lo anterior, se encuentra que el deterioro del cuerpo y el padecimiento psicológico percibido por amistades con VIH, promueve acciones de protección en las participantes. Cabe mencionar en este punto que el padecimiento por una ITS en las mujeres trans se magnifica en la medida que encuentran, en los servicios de salud, barreras que no les permite acceder a una atención digna y de calidad.

Producciones subjetivas respecto al uso y no uso del condón. El caso de los HSH

La importancia del uso del condón es ampliamente reconocida por los distintos sectores de la sociedad y sus individuos; los saberes respecto a su papel en la prevención del VIH y las ETS, su lugar preponderante en la salud sexual y los derechos reproductivos en general, circulan con cierta fluidez en el escenario y los discursos de la cotidianidad. No obstante, la relación entre conocimiento y uso del condón es particularmente inestable; de hecho, según lo reportado en el proyecto VIH Fondo Mundial (2016), cuyo objetivo fue “determinar la proporción del uso del condón y los comportamientos, actitudes y prácticas asociadas al condón en personas que viven con VIH/Sida (...) en 20 capitales de Colombia” (p. 35), el 90% de los sujetos encuestados conoce sobre el condón, pero “su uso consistente mostró niveles por debajo de este nivel” (p. 81). Ahora bien, ¿a qué obedece esta resistencia al uso consistente de condón?, ¿los obstáculos son subjetivos?, ¿las condiciones materiales se interponen? Son preguntas que es importante abordar en pro de conocer las producciones subjetivas que se asocian a la utilización o no del condón.

En nuestra investigación con sujetos HSH, (siete participantes, todos de Cali) estos afirman con vehemencia que el uso de preservativo constituye, más que una práctica, una conducta irrenunciable en sus encuentros sexuales, más allá de las condiciones en las que estas tengan lugar. A continuación, presentamos algunos de sus testimonios.

Para algunos es una cuestión de decisión y voluntad:

Eso (usar o no condón) es decisión de la persona; si una persona me dice que no, entonces, hasta luego. ¡Yo lo uso y ya! si la persona me dice que no, me lo quito y me voy (Comunicación personal, Cal_Erwin, 20 de septiembre de 2020).

Otro participante refiere:

Condón, con condón. ¡Y se debe usar o se debe usar! ¡Se usa siempre! Me han dicho que no lo usemos, que no se siente igual y todo eso... y es cierto; se siente diferente !pero, no! Se usa y punto (Comunicación personal, Cal_Wanderley, 17 de agosto de 2020).

Hay quienes asocian el uso consistente de condón al amor propio, el respeto de sí y el autocuidado. Así lo reporta el siguiente testimonio:

(Usar condón es) lo más importante que puede existir y más en este momento. Yo pienso que es tan importante como saber que tenés que usar ropa interior; es parte de la vida, parte de uno quererse, parte de respetarse. Se puede decir que después de Dios para el acto sexual el condón, eso no puede faltar, que te falte el alimento, que te falte no sé qué otra cosa hablando de material el condón (Comunicación personal, Cal_Aitor, 12 de julio de 2020).

El mismo participante sostiene:

Sí, yo uso el condón... A pesar de que te puedo contar algo; a mí con el condón casi no me dan ganas, a mí el condón... No, es que la satisfacción no (es la misma), no te lo puedo negar (Comunicación personal, Cal_Aitor, 12 de julio de 2020).

Ahora bien, estos testimonios deben ser tomados con precaución, y no nos referimos a un juicio de valor respecto a la veracidad o no de los mismos, sino al innegable peso del discurso público que empuja a los sujetos a ser políticamente –y moralmente– correctos, particularmente cuando son cuestionados alrededor de temas tan álgidos como la salud sexual. No obstante, todo relato da cuenta de un posicionamiento subjetivo a propósito de lo dicho... y lo no dicho. Pues, en cada historia, entre el silencio y la palabra hay un dejo de subjetividad en tanto remite a “la interacción permanente entre las vidas cotidianas y los procesos estructurales” (Araujo y Martuccelli, 2021, p.12). Y en ese

orden de ideas da lugar a procesos intersubjetivos que conducen los discursos del hablante.

Este aparente desencuentro entre lo que se puede y lo que se debe decir es uno de los obstáculos con los que debe lidiar la investigación cualitativa. Ante la intromisión en la intimidad que supone la entrevista, los sujetos (más allá de haber aceptado participar) se defienden y, en procura de evitar la crítica y la sanción, regulan, al menos en principio, sus posicionamientos, encauzándolos hacia vías más “aceptables”. Esto quedó retratado en nuestro trabajo en la conversación que, posterior a la entrevista, sostuvimos con el participante Aitor. Él, quien como antes mostramos, valora, hasta el punto casi de sacralizarlo, el uso del condón, al finalizar la entrevista y apagar la grabadora, contó varias anécdotas, entre las que vale resaltar la siguiente:

Yo salía con un peladito como de 18 años; un hetero bien dotado. Yo solo le hacía sexo oral y ya. Pero un día no me aguanté y le dije que me penetrara... no teníamos condón, pero no, yo no me aguanté y lo hicimos así; a pelo, como se dice coloquialmente (Comunicación personal, Cal_Aitor, 12 de julio de 2020).

Insistimos en que no pretendemos juzgar la posible disonancia entre el discurso y la práctica, pues comprendemos que la experiencia de la sexualidad no puede reducirse a saberes y haceres radicales y/o necesariamente consecuentes entre sí. De ahí la valía de atender la “pluralidad de voces –polifonía– que marca los cruces, las herencias, las valoraciones acuñadas por la historia y la tradición que no dejan de hablar en la propia voz” (Arfuch, 2010, p.191). Así, aún la aparente incoherencia es reflejo del ingreso y la participación en el lenguaje; reconocer el peso moral que atraviesa los posicionamientos respecto a la (des)protección sexual puede conducir al despliegue del ya mencionado discurso políticamente correcto, sí, pero también da cuenta de cómo estos producen y reproducen subjetividades definiendo formas de experimentar la sexualidad que trascienden el acto sexual en sí.

Esa inscripción de la sexualidad en otras esferas de la vida conduce a la producción de posicionamientos que intentan articular –y/o justificar– las prácticas, cuando éstas no atienden lo establecido socioculturalmente como correcto. El no uso del condón o su uso inconsistente está siempre en la “lupa de la sociedad” dado que remite al encuentro sexual. Y dicha vigilancia se intensifica cuando los protagonistas del mentado encuentro son dos (o más) hombres.

A todo esto, cabe preguntarnos por qué, a sabiendas de la importancia de usar la protección brindada por el preservativo, no es poco frecuente que se renuncie a seguir tal práctica. Esto direcciona hacia el análisis de los marcos de sentido que animan la experiencia, en este caso, de los HSH participantes de nuestra investigación. Las explicaciones a propósito de la práctica de relaciones sexuales sin protección tienen varios matices.

Algunos sujetos aluden a motivos y causas nobles en las cuales lo afectivo toma relevancia. Entre estas destaca la confianza:

Sí, pero es muy eventual (el no uso de condón), ¿sabes? No es algo así como que lo conozco después de varios meses y hay directamente la confianza, no. Es tipo... es como más complejo. La confianza es la base, pero realmente se trata de una relación interpersonal. Sí, la confianza es la base, pero ahí también hay una relación interpersonal de cariño que te permite decir: ‘sí, está bien, puedo hacerlo y sé que él gozo’... Sí, soy consciente del gozo, pero también soy consciente de que la otra persona también normalmente se cuida, como lo hago normalmente. Entonces el riesgo va a ser menor, pero claro, no debería ser así, pero simplemente pasa. (Comunicación personal, Cal_Alán, 15 de febrero de 2020).

Quien ofrece este testimonio resalta la importancia del vínculo afectivo establecido previamente con su potencial pareja sexual. El tiempo de conocerlo resulta relevante, pero en un segundo plano, mientras que el placer sexual, denominado por él como “gozo”, es resultante

de la conjugación de los otros aspectos, pues considera valioso que el acto sexual sea atravesado por una dimensión emocional y reconoce placentero el sexo sin condón. Así pues, la confianza constituye un acto de fe, pero no de fe ciega, sino de una que cuestiona, aunque no conduce a la renuncia de la práctica de riesgo; esto queda claro cuando sostiene que él y sus posibles parejas “normalmente” se cuidan, lo que implica la probabilidad de que ocasionalmente con otras parejas también asuman el riesgo. Al final, este participante sostiene que no debería ser así, pero que “simplemente pasa”; en un intento por conciliar la sanción moral (minimizándola) que él mismo se impone, y las prácticas que sigue en pro de una mejor manera de vivenciar la sexualidad, pero que suponen alto riesgo.

En una postura similar, otro sujeto comenta:

Con mis parejas, en el momento que estábamos en pleno, no sé, momento de placer, en vista de que no teníamos (condones), ya mutuamente decidíamos hacerlo. Pero no era porque no quisimos (usar), quizás fue el momento. También con un amigo que nos veíamos cada año o cada dos años; la primera vez (que tuvieron sexo sin protección) fue porque no teníamos, la segunda vez porque ya lo habíamos hecho. Por lo que te digo: ya llevo cierto tiempo conociendo a esta persona o tengo tanta confianza... (Comunicación personal, Med_Nil, 9 de abril de 2020).

Para este participante el tiempo (cronológicamente hablando) es relevante, podríamos afirmar que, a más tiempo de conocerle, mayor confianza depositada en el otro. No obstante, insiste en que lo que define el no uso de condón, al menos en los primeros encuentros, son las circunstancias, mas no una “elección racional”; esta aparece después y se sustenta en el éxito del encuentro previo, éxito que se define por la inexistencia del contagio de alguna ETS o VIH. La confianza, pues, se va reforzando con cada “salvación”. Además, no resulta descabellado proponer que, las mencionadas experiencias exitosas sean transmutables a otros sujetos en los cuales también se deposita la fe aludida.

Para algunos la confianza es algo que “genera” el otro:

Hay momentos en los que uno simplemente sabe que lo que está haciendo no está bien. Hay personas que le generan esa confianza, o digamos uno en ese momento... Uno sabe que lo que va a hacer no está bien. O sea, uno se deja llevar por la calentura. No es siempre, uno sabe que está mal, pero no es siempre. Eso es con cierto tipo de personas. Ya depende, pues en mi caso, digamos de lo que esa persona te esté generando, porque digamos que hay personas que uno les conoce el pasado o conoce cómo son, cómo se comportan o con quiénes han estado (Comunicación personal, Med_Oliver, 2 de noviembre de 2020).

Igual que los anteriores participantes, este también procura aliviar la carga subjetiva que supone su actuar. De ahí que insista en que sus actos no configuran una conducta y/o una forma permanente de vivir la sexualidad, sino a una práctica más o menos regular y sujeta a circunstancias a veces ajenas, a veces propias. Por otro lado, cuando remite a que la confianza es algo que otro le genera, da cuenta del peso de lo asumido por él como valioso. Ahí aflora la *otredad*, entendida para nuestro análisis como “una categoría fuerza que articula los diversos acercamientos sobre las relaciones entre los modos de ser un yo (cualquier yo) y los modos de ser que, desde ese yo, se proyectan y elaboran sobre lo ajeno” (León, 2005, p.13). Lo que se proyecta es lo que se ha historizado, lo considerado relevante en tanto se articula al deseo y, como en el anterior testimonio, permite autorizarse para seguir prácticas que resultan “sancionables” para el sujeto mismo. Este marco establece los parámetros que constituirán la relación intersubjetiva.

La confianza toma un papel más relevante cuando se trata de una pareja estable:

Al principio si te soy sincero yo soy muy meticuloso con eso (usar condón), después ya cuando exista un vínculo de confianza o algo, yo la verdad lo uso poco, y si te soy sincero, de hecho, con mi pareja actual no lo uso. ¿Qué desencadenó eso? Recientemente como amigos, ni siquie-

ra como pareja nos fuimos a hacer los exámenes, los de control que se hacen cada año y ambos nos salió negativos, entonces como que uno se confía y sé que no debería ser así porque al final de cuentas puede ser tu pareja de 10 años, puede ser tu pareja de 20 años... uno debe desconfiar, pero es algo que el subconsciente lo hace. Yo actualmente no lo uso con mi pareja, si actualmente no estuviera con mi pareja y con una persona X, pues digo que es primordial 100% (Comunicación personal, Med_Pascual, 3 de febrero de 2020).

Una prueba –médica– de la salud abre el espacio para eliminar el uso de preservativo, más cuando hay un vínculo afectivo que soporta y fortalece el acto de fe que hemos comentado. Ser primero amigos y luego pareja supone una experiencia previa de consolidación de la confianza y de la unión a partir de conocerse con cierto nivel de profundidad. No obstante, Pascual, sostiene que se debe (ría) desconfiar, pero que inconscientemente, quizás en razón de la historia previa con su actual pareja, termina “confiándose”. Entonces, reconoce una diferencia entre confiar y confiarse; ambas representan la creencia en la buena fe, el autocuidado y la responsabilidad del otro; sin embargo, la primera atiende a una suerte de ejercicio racional y crítico en el que asoma la sanción dirigida al yo, y el temor frente al riesgo latente, lo que no implica, como hemos documentado, la omisión de la práctica; la segunda, en cambio, remite a la anulación de dicho posicionamiento crítico, conduciendo a los sujetos a pasar de prácticas a conductas de riesgo en tanto estas se consolidan poco a poco y pueden convertirse en un estilo de vida frente a la sexualidad. Esto podemos ilustrarlo con un testimonio:

Más joven uno no tiene ese sentido de autoprotección. Uno se siente invencible y uno confía en que el otro no tiene nada.

–¿Hay un acto de confianza ahí?

Sí, pese a que uno no sabe ni el nombre... Por alguna razón uno piensa y confía que ese está sano.

–¿Tú dirías que es confianza en el otro o es confianza en la suerte?

Confianza en la suerte, en que antes no le ha pasado a uno, entonces que con ese tampoco le va a pasar. Entonces como hay tanto estigma y prejuicios, uno dice: ‘no, no es de la calle, así como cualquiera, está bien vestido, etc.’ Todas estas cosas del estigma que están marcadas uno piensa que está bien. Entonces es más confiar en la suerte que en el otro.

Para estos participantes, cómo vemos, es relevante la apariencia física; la lozanía, la belleza y el aspecto sano y limpio del cuerpo del otro, pues producen confianza y fungen como determinantes cuando no se tienen datos previos sobre la pareja y/o cuando otras experiencias han resultado “exitosas” al no redundar en contagios.

Yo creo que aquí (en la confianza) el tema visual influye mucho. O sea, eh... yo no me voy a meter donde un *man* que, entre comillas, lo veo mal de salud, lo veo enfermo, lo veo muy débil... Las veces que yo fui débil, ¿te soy sincero? era con personas que físicamente se veían muy bien, personas de gimnasio, que se cuidaban mucho. Entonces el tema visual, cuando tú tienes a una persona de frente, digamos que los riesgos prácticamente se desvanecen, por así decirlo, esa persona es tan saludable que no se genera ningún miedo y creo que eso es algo muy peligroso; pero cuando tú tienes a esa persona de frente y la estas tocando, mentalmente los riesgos se desvanecen. Algo muy raro, si te soy sincero (Comunicación personal, Med_Pascual, 3 de febrero de 2020).

En una postura similar, otro participante manifiesta:

Puedo decir, ¡listo! yo no le veo algo raro a este (hombre), no he tenido alguna situación extraña de acuerdo a una enfermedad o algo extraño en el cuerpo que afecte. Yo sé que muchos virus y enfermedades no me van a mostrar la cara, eso lo tengo muy en cuenta, pero como te digo de pronto porque llego a sentirme seguro en hacerlo, yo creo que por eso (Comunicación personal, Med_Nil, 9 de abril de 2020).

Sabemos por Foucault (1984) el tema del cuidado de sí ha sido objeto de todo un análisis moral a lo largo de la historia; de ahí que afirme que, “ocuparse de sí ha sido, a partir de cierto momento, denunciado de buen grado como una manera de amor de sí, una forma de egoísmo o de interés individual en contradicción con el interés que hay que tener hacia los otros” (p. 216). Sin embargo, lo que muestran los testimonios es que esa suerte de egoísmo e individualismo, produce en los otros el imaginario de un cuidado transferible; una lógica del tipo: *si se cuida, está sano; por ende, al tener relaciones sexuales (sin protección) con él, también me estoy cuidando*. El otro funge como cuidador. El interés hacia los otros al que alude Foucault en el referido texto, no se basa en el sacrificio y la anteposición de los demás en detrimento de sí; esa es la propuesta que el cristianismo hace al respecto y es lo que el autor deja claro. Así, tiene sentido que nuestros participantes valoren de otra manera el cuidado de sí, ya que la forma cómo practican y viven la sexualidad padece la mirada sancionadora y excluyente del discurso religioso.

Vemos entonces que el discurso alrededor de lo entendido como salvable y/o estéticamente agradable, es configurador de la imagen del cuerpo y la forma positiva –o negativa– de valorarlo. Seguimos a Le Breton (2006), cuando afirma:

La noción moderna del cuerpo es un efecto de la estructura individualista del campo social, una consecuencia de la ruptura de la solidaridad que mezcla la persona con la colectividad y con el cosmos a través de un tejido de correspondencias en el que todo se sostiene (pp. 15-16).

El individualismo referido por Le Breton (2006) es necesario en tanto reporta, por un lado, la vinculación y, por otro, la separación del campo social, dando lugar a la singularidad. Así, establecer una relación cuasi especular con el otro, en el que se proyectan, en este caso, las cualidades que avalan la práctica sexual de riesgo, es una forma de reconocer el peso de lo social, lugar de donde proceden los saberes a propósito del cuerpo y sus distintas clasificaciones (sano/enfermo, bello/feo).

En todo caso, la decisión de usar o no condón no debe considerarse como dejada a la suerte, ni reducirse a sanciones moralistas. Como hemos mostrado, la elección de la práctica no está sujeta al sin sentido, sino que atiende a todo un entramado, en el que las negociaciones son particularmente relevantes:

Ha sido un poco difícil porque muchas veces siento que el condón ya casi no se utiliza. Con la relación homosexual ya no es como antes. Uno va a tener una relación sexual... ¿te vas poner condón o no te vas a poner condón? (preguntan). Como yo te digo, el pelao con el que yo vivo (dice) ‘Pero, ¿por qué me voy a cuidar si yo estoy sano? es que a mí no me gusta, que me arde’... Y yo digo, ¡no! Eso es mientras, y más adelante miramos que puede pasar, pero por ahora tenemos que cuidarnos porque yo no sé cómo ha sido tu vida sexual y usted tampoco sabe cómo ha sido la mía (Comunicación personal, Cal_Jusara, 6 de febrero de 2021).

En esta negociación asoman varios aspectos ya mencionados, pero que vale la pena traer de nuevo a colación: los dos actores de ese (des)encuentro hablan desde lo que históricamente han construido a propósito de la experiencia sexual y el uso de condón. Para Jusara no basta con la palabra de su pareja cuando afirma estar sano, pues para él es necesario establecer un vínculo de confianza sustentado en el tiempo de compartir y conocerse, de ahí que diga que es “mientras”, mientras conoce su historia sexual. El otro hombre, en cambio, pregunta por qué cuidarse estando sano; cuestionamiento que pretende dividir subjetivamente a su pareja a partir de producirle culpa por dudar de su salud y de su palabra. Surgen, además, otras razones asociadas al placer. Sin embargo, para Jusara tales argumentos no son suficientes, pues prima en él una suerte de principio de realidad que le convida a esperar. Este desencuentro nos remite a una de los planteamientos de Bourdieu (2000): “[...] la conciencia de lo arbitrario de la imposición de la palabra se impone cada vez más hoy en día, tanto a quien tiene el monopolio del discurso como a quienes lo sufren” (p. 96). Ambos implicados reconocen el malestar que sus posicionamientos producen en

el otro y viceversa; en este caso los dos son poseedores de un monopolio que se apalabra vislumbrando dos cuerpos y experiencias sexuales socializadas –y, en consecuencia, encarnadas–, de manera distinta.

Estas formas de desencuentro y la posterior negociación surgen con cierta asiduidad en las relaciones entre HSH, así lo mostramos en los siguientes relatos:

(Usa condón aun cuando le piden no hacerlo) Porque uno escucha, bueno ya sabes, que las otras personas pueden decir mentiras (respecto a su salud). Entonces es más como una desconfianza por la insistencia. Además, yo pienso que sí hay amor, esa persona debe saber que se tiene que hacer con condón (Comunicación personal, Med_Teo, 16 de noviembre de 2020).

En este testimonio el cuidado y el autocuidado funcionan como una muestra de amor. Asoma la desconfianza en tanto es posible –según la lógica que se pone en juego– que el otro quiera omitir el cuidado en razón de que ya no es necesario para él, pues ya está infectado.

En una postura similar, otro participante refiere:

Me ha pasado (que la pareja sexual demande no usar condón), y me baja toda la expectativa, se me quitan las ganas de hacerlo. Si está exigiendo que no usemos condón es por algo, y me da más bien como susto; prefiero no hacer nada. Pensaría yo que está infectado. He visto los homosexuales que están infectados y quieren infectar a otro. Entonces (dicen) que no, que no tienen nada, que están sanos; pero yo lo exijo y si no están de acuerdo, me voy, porque, cómo te digo, me da desconfianza y hasta se me quitan las ganas (Comunicación personal, Med_Joiner, 9 de marzo de 2021).

De nuevo aparece la desconfianza, ahora acompañada de temor; la postura renuente de la posible pareja sexual irrumpe produciendo malestar subjetivo. La demanda de confianza redundante en lo contrario, hasta

el punto de anular el deseo sexual; lo que no implica necesariamente la no consumación del encuentro. El mismo participante continúa:

Siempre lo quiero usar, pero si no lo tengo a la mano, y es algo que va a pasar, es inevitable, simplemente pasa (Comunicación personal, Med_Joiner, 9 de marzo de 2021).

Hay otros sujetos que, en pro de evitar el mencionado malestar al momento del encuentro sexual, hacen sus negociaciones antes. Ante la inminencia de la relación sexual prefieren mostrar sus cartas y exponer sus condiciones, para que el otro tenga la posibilidad de decidir si continuar o no en la relación.

Es consensuado, tal vez hablado, tal vez que... en el momento de que estamos en ese proceso, porque ahí (al momento de la relación sexual) uno tiene su cabeza en otro mundo. Por eso generalmente se habla antes de, como cuando estamos chateando, ¡ve! vamos a hacer así y así (Comunicación personal, Cal_Alán, 15 de febrero de 2020).

Los pactos establecidos previamente son muestra del reconocimiento de sí mismos y del otro como sujetos de derecho en plena capacidad de decidir a partir de información clara. En estas negociaciones no solo se alude al uso o no de condón, también se hacen referencias a la condición de salud, las expectativas frente a la relación (si se espera que sea afectiva o solo sexual), a las condiciones del encuentro y al rol en la relación sexual, entre otras. Este es un ejercicio de honestidad que puede ser valorado como pilar en las relaciones intersubjetivas establecidas por los HSH, ya que permite una cierta racionalización de la elección. En otras palabras, la honestidad respecto a la condición de salud, el número de parejas anteriores y demás, no necesariamente conduce a prácticas seguras, sino que permite que los sujetos sean conscientes de la posición que asumen y sus posibles consecuencias.

Otra forma de negociación que encontramos es la basada en el silencio, silencio referido al no uso de la palabra, lo que no implica la au-

sencia del lenguaje. Al respecto, y ante la pregunta: ¿de qué depende que se use o no el condón? Un participante comenta:

Creo que depende de si la otra persona lo exige o no. Pero si eres morbo-
so y la otra persona morbosa, ninguno de los dos lo exige, entonces no se
usa. (Comunicación personal, Med_Nadir, 15 de agosto de 2020).

Este tipo de negociación implica dejar la responsabilidad en el otro sobre la base de una decisión ya tomada: no usar. No obstante, dado que no es posible conocer la postura de la pareja si esta no se ha manifestado abiertamente (como en los casos inmediatamente anteriores), se procura cierta naturalidad en el transcurrir del encuentro sexual. Dejar que las cosas pasen y que “los cuerpos hablen”, parece ser la premisa, y en este testimonio queda manifiesta cuando Nadir alude a la morbosidad, en una referencia tanto a la excitación sexual como a la posible desinhibición que favorece la experimentación casi ilimitada del placer.

El silencio ubica a los sujetos en otro escenario del lenguaje y la comunicación, lo no dicho dice algo; da cuenta de las posturas asumidas y dispone es despliegue de imaginarios que buscan interpretar el silencio del otro. El reconocimiento de la otredad encuentra su nicho en los sentidos y juicios proyectados en el *partner*; “[...] ello implica siempre un proceso de reconstrucción e interpretación relativa, porque depende del propósito y de la lente utilizados por un sujeto que mira el mundo desde su particular punto de referencia” (León, 2005, p. 6). La interpretación supone apalabrar el lenguaje no hablado (del otro) a partir de aquello cargado de sentido y en consecuencia valioso y/o legítimo. Confianza, desconfianza y temor son los criterios que establecen el filtro para acceder o no a la práctica de riesgo. Así, el silencio es muestra de consistencia, remite a una elección y a un ethos que, sin desvelarse directamente entraña una demanda, una propuesta; bien de autorización, bien de censura.

Uno de los principales motivos expresados para el no uso o uso inconsistente del condón tiene que ver con la creencia bastante común que sostiene que disminuye la sensación de placer.

Es que particularmente a mí no me gusta el uso del condón, para mí no se siente lo mismo

- ¿Disminuye el placer?

Sí. No es igual (Comunicación personal, Cal_Ayrton, 22 de agosto de 2020).

Aquí el placer remite a la sensibilidad. Cuando el participante sostiene que no se siente lo mismo apunta a las sensaciones (físicas) en el pene de quien funge como activo y en el ano del sujeto pasivo en la relación sexual. Por supuesto, esta es una forma reduccionista de definir el placer. El falocentrismo que asiste las relaciones sexuales entre HSH convierte el uso de condón en una suerte de artefacto extra en el encuentro. Entre los dilemas destaca, a parte de la decisión de usarlo o no para el sexo penetrativo, la elección frente al sexo oral. Todos nuestros sujetos sostienen no usar condón para el sexo oral dado que lo encuentran molesto y si se quiere insulso:

Lo que me dicen a mí en la IPS es que para cualquier tipo de relación tiene que ser con condón. Que para eso están los preservativos con sabores. Pero si vamos a la práctica, yo le digo a mi pareja que yo no me voy a poner a chupar un pedazo de caucho (Comunicación personal, Cal_Maicon, 29 de septiembre de 2020).

Es así como con la práctica de uso de condón devienen condiciones displacenteras que los sujetos no pocas veces procuran evitar. Cuando Maicon sostiene que no va a “chupar caucho”, deja ver el displacer que le produce la imposibilidad del contacto directo con el pene de su pareja. Podríamos hipotetizar que el condón representa una barrera,

además de física, simbólica; como un obstáculo para el completo encuentro de los cuerpos totalmente desnudos.

Por otro lado, el mismo testimonio deja ver el lugar de los discursos sociales (en este caso el biomédico) en la estructuración de las lógicas que avalan las prácticas; más allá de su negativa a usar condón en el sexo oral, este hombre no desconoce la valía del llamado al cuidado, mostrándose así versado, un hombre que no peca por desconocimiento sino por elección. El saber previo no exime de la culpa, pero sí evita o limita la posible sanción social. Otro entrevistado manifiesta:

De pronto el placer no se disminuye, es más como la sensación, no se siente igual. Eh, aunque la gente a veces tiene otra estimulación (Comunicación personal, Med_Zaid, 4 de junio de 2020).

Mencionar que el placer no disminuye pero que la sensación no es la misma, es una forma de articular el llamado sociocultural a evitar conductas de riesgo y las creencias y experiencias propias. Es una forma de contra argumentar; un “sí, pero..”, en pro de rescatar la singularidad, una singularidad inevitablemente atravesada por lo social, pero que se resiste a ser reducida ante las demandas sociales respecto a la sexualidad y el placer. Sabemos por Freud (1930) que la cultura procura regular la vida sexual (y la agresividad), en razón de los individualismos en los que podrían incurrir los sujetos con el fin de satisfacer sus pulsiones. En medio de estas imposiciones, surgen las quejas y resistencias ante la regulación de los cuerpos y el placer. Así, el rescate del cuerpo como elemento y sustancia propia e intransferible conduce a la producción de discursos pacificantes y “justificadores” de la renuencia a seguir a rajatabla el mandato cultural. Ante el afán de mantener el funcionamiento colectivo, la respuesta es el individualismo que intenta redimir el yo.

Cazando el bicho, ¿una forma de resistencia?

Hace un par de décadas se ha hecho visible un fenómeno particularmente llamativo entre la comunidad homosexual; es el denominado *bugchasing* o cazando el bicho, una práctica que consiste en asumir de manera consciente el riesgo de contraer VIH, de hecho, el objetivo es infectarse. Hombres con cuerpos sanos buscan hombres infectados dispuestos a tener relaciones sexuales sin protección a la espera de resultar contagiados. Una suerte de ruleta rusa en la que la idea no es evitar la bala, sino encontrarse con ella.

Quienes siguen esta práctica argumentan que persiguen la intensificación del placer sexual, introducir altas dosis de adrenalina al sexo y alcanzar un “regalo”, el del contagio; pues, en el círculo de cazadores, los que resultan contagiados pasan a ser parte del selecto grupo de los portadores; aquellos poseedores del regalo para dar, por lo que se convierten en los más solicitados dentro de estos espacios.

Con el fin de conocer de mejor manera el *bugchasing* y procurando no caer en sanciones morales ni en posturas apologéticas, preguntamos a nuestros participantes HSH entrevistados, qué opinión les merece la práctica. Para animar la discusión, antes de cada entrevista les presentamos un breve video periodístico en el que se expone lo mencionado.

En dicho video se presenta el testimonio de un hombre “cazador” (habitante de Bogotá) que sostiene:

Sentía que me hacía falta como más emoción para vivir... aunque parezca ilógico (...) muchas veces uno iba y se hacía el examen, y salía negativo y uno entraba como en depresión.

Este relato es importante porque muestra dos de las formas como se defiende y procura legitimar el actuar de los cazadores del bicho; por un lado, la emoción que supone el riesgo, la adrenalina muchas veces

vista como ingrediente necesario para alcanzar el placer sexual. Llama la atención, sin embargo, que el mismo entrevistado se refiera a la apariencia ilógica de su argumento; ahora bien, más que ilógica, su tesis es un tanto paradójica, puesto que, aunque hoy por hoy el VIH no constituye una sentencia de muerte, la condición de infectado ya supone un alto riesgo de acortar la vida y/o de hacerla más displacentera.

Por otro lado, el estado depresivo resultante del no contagio, es decir, de seguir sano, representa la frustración ante la imposibilidad de alcanzar lo perseguido. El mismo hombre cuenta: “En una ocasión no supe con cuantos manes estuve en una noche, podría suponer que fueron unos 20”. El objetivo fue aumentar sus probabilidades de contagio. Sobre ese evento cuenta, además, que en algún momento se sintió violado. Este relato nos hace pensar en un cuerpo entregado a los otros, un cuerpo despojo y despojado de sentido al que se le busca el mismo. Pareciese que el VIH ofreciera una nueva oportunidad para resignificar la relación con el cuerpo, uno que precisaría ser cuidado y atendido y que, además, sería estimado como valioso por su círculo.

La presentación del mentado video resultó muy sugerente para nuestros participantes. Todos se mostraron sorprendidos, más allá de que cinco de ellos ya conocían la práctica. En la mayoría surgieron discursos sancionatorios y radicalmente en contraposición. A continuación, mostramos algunos testimonios al respecto:

En mi forma de verla es algo que no, no, no está bien hecho, ¿sí?, eh... pues yo creería que es un problema psicológico y que hay que tratarlo, y no sé, una forma como de identificar ese tipo de personas. Porque no creo que haya solamente personas que esté buscando contraerlo, sino que también va a haber gente que quiera reproducirlo (Comunicación personal, Cal_Wanderley, 17 de agosto de 2020).

Para este participante la cuestión es psicológica en su condición de problema. La práctica le parece irracional al punto de conducirlo a

clasificar a las personas en un “tipo”, ajeno, distinto. Llama la atención sobre los positivos dispuestos a contagiar a otros, pues en ellos también hay un problema por resolver. En una postura similar, otro entrevistado afirma:

Creo que la gente no dimensiona la condición de salir y ver una persona positiva puede llevar. Entonces es difícil de entender la razón por qué lo hacen, creo que hay un trastorno psicológico... como que la persona decide enfermarse como para llamar la atención (...) no digamos que está loco, no, pero yo si siento, o bueno, lo que he leído sobre algún tipo de patología en ese sentido. Esas personas tienen algún tipo de carencia, eh, no sé, emocional, no sé si familiar o no sé si a manera de llamar la atención como te decía. Entender eso tan grande como la persona arriesga su vida porque la mamá no le pare bolas, porque lo ve estresante, eh, no, yo no entendería, no entiendo. No tengo la capacidad cognitiva de entender y así que la persona al punto de querer, de querer controlar una condición de salud de tanto cuidado, porque conozco personas y tengo personas alrededor que son positivos y yo veo la forma en que ellos se cuidan, y yo veo en la forma en la que ellos tienen que estar como siempre dependiendo de un medicamento muy constante, de cuidarse, de cohibirse de muchas cosas, de no relacionarse, entonces yo creo que esa persona no lo está viendo desde el punto que es, lo está viendo como desde... Hay personas suicidas que eso es una muerte lenta, o entonces si te descuidas hay forma de tratarlo. Hay gente que tiene algún tipo de resentimiento y lo hace simplemente por propagarlo (Comunicación personal, Med_Zaid, 4 de junio de 2020).

Zaid se muestra sorprendido y contrariado, aunque él mismo sostiene no tener la capacidad cognitiva para entender, procura dar alguna explicación a este aparente sinsentido; ahí surgen el trastorno psicológico y la patología (mental) como razones posibles. Sin embargo, surgen también otras elucidaciones que podríamos definir como remitentes al orden de lo subjetivo: llamar la atención, resolver una carencia emocional, arriesgar la vida. Para él hay presente una ideación suicida latente. Según este testimonio, los cazadores minimizan, en-

tre otras, por desconocerlo, lo problemático y desgastante que resulta cuidarse de una enfermedad crónica. Finalmente, el participante, pone el foco en quienes sabiéndose contagiados, procuran propagar el virus; estos son tildados de resentidos, aunque no se especifica así a qué o a quiénes está dirigido su resentimiento.

Respecto a estas explicaciones de orden subjetivo, otro participante, de manera severa, sostiene:

Para ser te sincero, me parece algo estúpido que alguien se le ocurra semejante ridiculez, creo que no tengo otras palabras. Pues eso es no quererme (Comunicación personal, Med_Nil, 9 de abril de 2020).

Nil agrega a la descripción del fenómeno la estupidez y la falta de amor propio. Ser bugchasing implica tener baja autoestima. ¿Una forma de suicidio?

Digamos que hay que leer un poquito más al respecto; de que no es una enfermedad mortal, que es una enfermedad que pasó de ser mortal a ser una enfermedad, que se puede tratar, que la persona puede tener una vida normal, es una enfermedad de cuidado (Comunicación personal, Med_Teo, 16 de noviembre de 2020).

Desconocer el verdadero riesgo que implica padecer VIH es un elemento clave para que tenga lugar el comportamiento riesgoso. Sin embargo, aquí surge una paradoja, pues muchos argumentan que cuidarse tras ser diagnosticado no es algo muy complejo y que hoy por hoy nadie se muere por el virus (si es cuidadoso y sigue el tratamiento). El testimonio de Teo muestra por un lado la sanción, pero por otro, quizás sin saberlo, da cuenta de uno de los argumentos usados por quienes defienden la práctica.

Algunos sujetos hacen elucubraciones un poco menos profundas, pero no por ello menos valiosas. Jusara, por ejemplo, manifiesta:

Pues, mira que siento que todo va cambiando, ya mucha gente se va como por la moda. Entonces que si abrieron tal bar es la moda. Entonces eso es como por moda, entonces sabiendo que el riesgo de la salud está... es por momentos, por pasar el rato, por... O sea, tiene algo en la cabeza de que eso (el VIH) no es tan peligroso... de que, si me tomo una pastilla de retroviral, ¡ya! Que puedo tener relaciones, que no nos va a pasar nada. O sea, se meten ideas falsas en la cabeza (Comunicación personal, Cal_Jusara, 6 de febrero de 2021).

Ahora bien, si atendemos el planteamiento respecto a seguir la práctica por moda, cabría preguntarnos si lo que hay detrás es el afán de pertenencia adjudicado a estos comportamientos; participar ya supone un lugar en el escenario del fenómeno, salir contagiado es el éxito final, el culmen del proceso. En todo caso, este participante hace una lectura diferente de la situación, para él, los cazadores viven bajo la premisa de la fe sustentada en que “no va a pasar nada”, sin embargo, lo que muestra el *bugchasing* es que la idea es que pase algo.

En todo caso, no todas las posturas respecto a cazando el bicho son completamente sancionatorias.

Pues la verdad creo que eso tiene algo más profundo que simplemente la adrenalina. Yo creo que es algo más psicológico en las personas. Desde mi punto de vista ellos buscan pertenecer a algo, y la forma más fácil, creo yo, porque se les da muy simple hacerlo es contagiándose con esa enfermedad (...) yo he conocido muchas personas que en el mundo gay se sienten muy solas... ya sea porque su familia no los apoya, o en su trabajo no saben o cosas así, y sí también con la enfermedad y de algún modo son más sociables que los que no la tienen, entonces no sé si por ahí podrían ser las cosas porque cuando vos tenés la enfermedad he notado que muchas personas ya no les importa nada, entonces ya no les da pena de hablar con alguien, son como mucho más abiertos al mundo porque algunos, como entre comillas, ellos lo ven como aprovechar lo último que les queda, creería yo. No sé yo cómo lo ve cada uno en la cabeza de ellos (Comunicación personal, Med_Pascual, 3 de febrero de 2020).

La intención de pertenecer a algo asoma como relevante para este participante en la explicación que da al tema en cuestión, lo que no queda claro es si se refiere a la pertenencia al grupo de los cazadores que asisten a las fiestas clandestinas donde tiene lugar la caza, o pertenecer a la lista de las personas diagnosticadas con VIH (o ambas). Lo que sí resulta evidente es que las conductas de riesgo son vistas como formas de hacer frente a experiencias reiterativas de soledad, falta de apoyo y sufrimiento en general. El VIH es leído como una posible salida al malestar subjetivo que supone vivir bajo las condiciones de señalamiento, rechazo y falta de apoyo padecida por algunos homosexuales. Asoma de nuevo una paradoja: padecer el virus supone un posicionamiento más “abierto” frente a la vida y las relaciones intersubjetivas, como si el desinterés en la vida propiciara la reconciliación con la misma.

Finalmente, Pascual enfatiza la importancia de reconocer la singularidad de la experiencia, dejando ver que comprende que no existe una explicación universal sobre cazando el bicho. Similar es la postura asumida por otro participante:

Las personas que de pronto contraen VIH; hablándolo así por alguna excitación, por tenerlo y tener un motivo por el cual vivir, se tiene eso, si tengo VIH tengo un motivo para vivir, empezar a protegerme, a cuidarme. Entonces mi motivo de vida va a girar en torno a tener una enfermedad de transmisión sexual que es el VIH, pero también se puede ver que son falencias de otras cosas, psicológicamente hablando es preocupante que teniendo en cuenta lo no difícil vivir con eso todo lo que puede causar el VIH en las personas. Para mí es preocupante y que estén organizando eventos y de que de estos se va tornando fenómenos, un fenómeno donde muchas personas quieren expresar sus falencias queriendo hacer esto como queriéndose sentir identificado o reconocidos dentro de una comunidad por tener VIH (Comunicación personal, Cal_Josue, 3 de septiembre de 2020).

Contagiarse de VIH asoma como respuesta al sinsentido, se erige como capaz de sustentar la existencia. Así, paradójicamente, el motivo para vivir nace de –e implica– ponerse en riesgo para, a partir de ahí, empezar a protegerse. Podría considerarse que la enfermedad supone una razón para establecer una relación más cercana; de atención y cuidado con el cuerpo propio y con la salud en sí. Es como si el cuerpo entregado al placer (ilimitado), al riesgo y al servicio del otro, cambiara de estatuto producto del contagio, instaurándose como más valioso. Por supuesto, esto es un imaginario que nuestro sujeto ha configurado procurando entender una conducta que le resulta, entre otras, preocupante y resultado de problemas psicológicos.

Entonces, a propósito de “cazando el bicho”, surgieron en los relatos recabados varios significantes que denotan sorpresa, desazón y malestar subjetivo en general; así, la práctica fue descrita como resultado o sinónimo de: estupidez, falta de amor propio, baja autoestima, problemas psicológicos, patologías, carencias o vacíos emocionales, actitudes suicidas, resentimiento, rebeldía y, por supuesto, locura. Estos significantes se articulan, se traslapan permeándose mutuamente para producir significados, significados que buscan comprender el aparente sinsentido del actuar del otro. Seguimos a Foucault (2015) cuando sostiene que “en la sensibilidad general hacia la sinrazón, hay una especie de modulación particular tocante a la locura propiamente dicha, y se dirige a los que se denominan, sin distinción semántica precisa, insensatos, espíritus alienados o perturbados, extravagantes, gente demente” (p. 227). Personas pues, que atentan contra el buen juicio y, en consecuencia, contra el sentido común, haciendo cosas sin sentido. Pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de sentido?, ¿qué hace que algo tenga o no sentido? Según Elías (1987),

El ‘sentido’ es una categoría social. Y el sujeto correspondiente a esta categoría social es una pluralidad de seres humanos vinculados entre sí. En el intercambio mutuo, los signos que se dan unos a otros (...) adquieren un sentido, que inicialmente es un sentido común (p. 91).

La referencia a lo común se sostiene en la cotidianidad compartida por los individuos en tanto participantes de una estructura social preñada de códigos, objetos, elementos oficiales y relaciones intersubjetivas. Para Schutz (1975), este conjunto de objetos y demás, nos precede y nos es dado como un “mundo organizado (...) ofrecido a nuestra experiencia e interpretación” (p. 39). Según este autor, este es el lugar germinal del saber inmediato con el que operamos; una serie de certezas frente a la vida cotidiana que, sin ser del todo incuestionables, se solidifican de manera tal que se reproducen en una “actitud natural” que conduce el actuar. Es en medio de este entramado intersubjetivo –entendido como el cruce no sólo entre sujetos, sino, también, entre estos y los objetos del mundo circundante–, que los participantes del escenario cultural se vinculan entre sí a partir de “influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos” (p. 41). Cuando las prácticas y/o los hábitos del otro se distancian de aquello que puede ser comprendido, al no formar parte del sentido comúnmente construido, se rompe el mencionado vínculo y aparecen la sanción y la censura, como formas “leves” de señalamiento, o la condena al ostracismo y el desprecio como formas más violentas del mismo. A propósito, sostiene Elias (1987): “[...] cada individuo singular puede –en cierta medida– apartarse de este sentido. Pero cuando la desviación es excesiva se pierde [...] la comunicabilidad de sus signos, y con ello su sentido” (p. 91).

Por supuesto, lo que mostramos en nuestros testimonios se asocia a una sanción moral dirigida a aquellos que rompen la norma que compele a cuidar y procurarse la salud como máximo bien. Es evidente que lo molesto es esa suerte de cinismo asumido por quienes adoptan la práctica mencionada; el problema se ubica menos en que se arriesgue la salud como tal, y más en la forma de hacerlo y de asumirlo como experiencia. Y esto obedece al menos a dos condiciones; una tiene que ver con el componente abiertamente sexual de la práctica, el cual, además, no se ciñe al convencional encuentro monógamo entre dos sujetos, sino que incluye de entrada la promiscuidad como

requisito; la segunda condición se asocia a que el VIH ha sido históricamente vinculado a la homosexualidad, por lo que prácticas como el *bugchasing* favorecen la reproducción del estigma que padece dicha población. A propósito, sostiene un participante:

La construcción social de la que nosotros somos parte; yo creo que la homofobia... Siempre como que este tipo de condición (padecer VIH) está muy relacionada a un estigma y obviamente se relaciona con los años 90; años atrás en toda esta epidemia que hubo de VIH y Sida. Prácticamente una enfermedad relacionada a los gay. También hay un tema religioso, entonces, así como que se fue viviendo. Yo creo que hasta ahorita (en la actualidad) se sigue llevando a hombros ese tipo de discriminación por la enfermedad, y en últimas como que es la forma de... yo creería que como se ha repetido tanto que genera como una carga emocional que se da como esa búsqueda de entender eso (a través de “cazando el bicho”), ¿si me hago entender? (Comunicación personal, Cal_Mohamed, 19 de agosto de 2020).

Por otro lado, vale mencionar que los significantes usados por nuestros sujetos siempre apuntan al yo de los señalados, es decir, apuntan a la individualidad excluyendo el lugar de la estructura social en la configuración de las distintas prácticas. En este caso, cabría preguntarnos si quizás cazando el bicho opera como respuesta, en forma de resistencia, frente a los estigmas dirigidos a los HSH al considerarlos foco de infección y reproducción del VIH. Es posible considerar que exacerbar la conducta por la que son señalados, representa una negativa a atender la demanda que entraña la valoración negativa del actuar. Ser considerados población clave por parte de Minsalud²⁰ supone la legitimación (que no la validez) de la violencia simbólica que no pocas veces atraviesa el discurso social dirigido a los HSH; cuando decimos que tras la queja (condena) existe una demanda, nos referi-

²⁰ Vale anotar que estas prácticas de cuidado y “vigilancia” fueron referidas por todos los entrevistados, en quienes se evidenció una posición ambivalente al respecto: sentirse cuidados y al mismo tiempo invadidos y/o desconocidos como sujetos de derecho. Las diferencias radican en las formas como se transmite el llamado al cuidado.

mos a que se espera –aunque debido al estigma se considere imposible– que la mentada población aumente sus conductas de protección para así evitar la propagación del VIH.

Bourdieu (1998), a lo largo de su obra enseña que es común que los oprimidos terminen por medirse con la vara impuesta por los opresores. El mismo autor, refiriéndose al movimiento de gais y lesbianas, afirma:

[...] todo ocurre como si los homosexuales que han tenido que luchar para pasar de la invisibilidad a la visibilidad, para dejar de ser excluidos e invisibles, tendieran a volver a ser invisibles y de algún modo neutros y neutralizados por la sumisión a la forma dominante (p. 146).

Aunque esta reflexión bourdieuana tuvo lugar en la Francia de 1998, es posible pensar en la correspondencia que tiene con el fenómeno que nos ocupa; pues, si la visibilidad redundaba en la exclusión, no es descabellado considerar que la aceptación y adopción del estado que produce el estigma, redundaba en la normalización y naturalización del mismo, silenciándolo al hacerlo parte del entramado social. Recordemos que “la fuerza de la ortodoxia, es decir, la *doxa* (...) es que constituye las particularidades derivadas de la discriminación histórica en disposiciones asimiladas revestidas de todos los signos de lo natural” (Bourdieu, 1998, p. 147). Así, podríamos suponer que a los cazadores del bicho les asiste un imaginario –inconsciente–, que les conduce a considerar que la normalización de la correspondencia entre ser homosexual y padecer VIH les quitaría de la palestra pública.

Ahora bien, no es parte de nuestros objetivos ni del alcance de esta investigación hacer una discusión profunda respecto a los motivos y causas que animan a los sujetos a seguir la práctica de riesgo mentada, sin embargo, lo que planteamos responde al análisis que hacemos de los discursos de nuestros participantes. Los planteamientos condenatorios remiten a un saber moral y social encarnado que com-

pele a rechazar cualquier forma disruptiva de la experiencia sexual; estos hombres han sido socializados en una cultura de la exclusión a partir de binarismos y donde la sanción moral opera bien desde la reproducción en acto o discurso, bien desde el impacto que supone la vergüenza. Es debido a ello que todos los entrevistados fueron vehementes en rechazar y desmarcarse del *bugchasing*. No obstante, las mismas entrevistas dejaron en evidencia la existencia de otras prácticas de riesgo (algunas incluso seguidas por nuestros sujetos), tanto o más peligrosas; empero, más soterradas y, en consecuencia, menos escandalosas. Un participante, refiriéndose a un parque en la ciudad de Cali, comenta:

Encontrarse con el fin de sentarse a charlar con alguien o hasta llegar al sexo casual, en esos puntos también puede haber eso; puede ser un foco, digámoslo así, de máximo contagio porque no todos van con la precaución y obviamente si tú vas a un sitio, yo tengo claro de que si tú vas a un sitio de esos es porque, o ya estas contagiado y no te interesa ya nada, digámoslo así, sino vivir el momento, o realmente no conoces bien del tema como tal del contagio, porque como es un sitio clandestino, es un sitio que en estos momentos vos vas y a la persona que te encuentres te dice algo y vos le copiás y no lo conoces, no sabes quién es, donde vive, ni qué razón social tenga, nada, solo vas por el momento, por la cuestión de estar pasándola bien, digámoslo así, por ese sentido (Comunicación personal, Cal_Thiago, 16 de marzo de 2020).

Este tipo de práctica es más aceptable, o al menos así se presenta, dado que se da en un espacio público, pues la clandestinidad que menciona en entrevistado no alude al lugar en sí, sino a lo que sucede en él; y no se reduce solo al encuentro sexual, pues se instauro bajo otras lógicas relacionales, como la conversación y/o la compañía. En este escenario las prácticas de riesgo aparecen menos satanizadas, entre otras, porque sus asiduos participantes sostienen que estas no responden a una elección racional, sino a las condiciones que definen el encuentro. Verbigracia el siguiente fragmento de entrevista:

Usted entra (al sauna) con ropa interior o desnudo; hay cuartos oscuros, hay duchas y mucha gente que es dada a tener sexo en la oscuridad. Simplemente está con personas físicamente y realmente no se sabe ni el nombre.

–Comentas que en la relación depende de si las personas exigen o no condón, entonces, en caso de que pidas usarlo y la pareja sexual diga que no, ¿qué pasa?

Bueno, eso es muy arriesgado y uno realmente lo hace; dejarse llevar del morbo el momento y del placer

–¿Cuál es la sensación posterior a la relación sexual sin protección?

Por el momento uno no queda tranquilo, pero se hace algún tipo de chequeo y ya, cómo uno dice: ‘a la mano de Dios’ (Comunicación personal, Med_Nadir, 15 de agosto de 2020).

Este testimonio recoge parte de lo que hemos comentado, por un lado, deja ver que existen otras dinámicas similares a cazando el bicho, que, al ser menos subversivas pasan más desapercibidas para el discurso público, ello debió en parte a que se dan en espacios deportivos e históricamente usados para cultivar la salud. Por otro lado, asoma de nuevo uno de los motivos más comúnmente referidos para argumentar el no uso de condón: la disminución del placer; el mismo participante sostiene:

No da mucho morbo colocarse el preservativo. Es muy descuidado porque por un momento de placer uno deja todo... pero realmente tener sexo sin preservativo si da más morbo que con él (Comunicación personal, Med_Nadir, 15 de agosto de 2020).

Queda claro que el morbo alude a una dimensión del placer que va más allá de las sensaciones físicas *per se*, es decir, de aquellas asociadas al pene, el ano y/o la boca como zonas erógenas en contacto directo con el

condón; lo que se define como morbo tiene que ver con el placer en su esfera más subjetiva; es el escenario de la mirada lasciva y las “palabras sucias”... Recordemos que el morbo se caracteriza por ir en contrasentido con lo establecido, por desafiar la prohibición y la moral; así, el riesgo puede ser experimentado como placentero. El condón aparece, pues, según algunos relatos, como un objeto que entorpece el encuentro directo entre los cuerpos y enrarece la dinámica relacional establecida, supone una pausa que distancia y conduce al displacer.

Como vemos, tanto los “cazadores del bicho”, como los asiduos visitantes de saunas y parques para la comunidad gay, asumen o se ven enfrentados a la posibilidad de asumir conductas de riesgo; lo que cambia son las formas de posicionarse al respecto, unos se arriesgan con la fe de salir bien librados, otros, por el contrario, esperando un contagio que parece ser vivido como inexorable. En todo caso, y si atendemos los significantes usados por los participantes al definir su postura respecto al riesgo, podemos afirmar que hay una suerte de insensatez (a lo Foucault), enquistada en la experiencia de la sexualidad; evidente, a veces por medio de los actos, a veces a través de la tensión que implica la decisión, pero siempre amparada en el reconocimiento del riesgo en tanto tal. Aplica aquí la posición de Foucault (2019/1954), cuando plantea que “la enfermedad mental, independientemente de la forma que adopte y los grados de obnubilación que conlleve, siempre implica una conciencia de la enfermedad” (p. 73). Por supuesto, no estamos diagnosticando a nuestros sujetos, ni endilgándoles alguna afección de salud mental; lo que manifestamos con esta referencia es que las decisiones frente al riesgo siempre están acompañadas de un nivel de conciencia que permite que los sujetos sean responsables de su posicionamiento y sus acciones alrededor de la experiencia asumida.

La pérdida del miedo al VIH explica, en parte, el sentido dado por los sujetos al no uso de condón; entre el consumo de antirretrovirales y la posibilidad de mantener controlada la enfermedad hasta el pun-

to de ser indetectables, el virus ha empezado a ser visto, por algunos HSH como inofensivo; al punto de compararlo con otras enfermedades crónicas cuyos cuidados les parecen sencillos.

El conocimiento sobre el VIH parece ubicarse en dos extremos, el de la casi completa ignorancia, cuyo saber se reduce a mitos estigmatizantes carentes de sustento científico y el saber profundo, concienzudo y amparado en la ciencia médica. El segundo tiene lugar en sujetos ya diagnosticados con el virus y/o en sus compañeros sentimentales. Lo paradójico es que ninguna de las dos posturas conduce necesariamente a la intensificación del uso consistente de condón. El testimonio siguiente es ilustrativo:

Pues quedé supremamente sorprendido con que haya personas que les genere placer el contagio, no solamente de VIH, sino de otro tipo de infección de transmisión sexual. Porque, no sé, creo que no se le da la seriedad y responsabilidad que amerita el infectarse de estas enfermedades. Me quedé super sorprendido cuando decían (en el video de “cazando el bicho”) que sentían frustración al tener relaciones sin cuidados (protección) y que no salían infectados, y que se frustraban y sentían depresión. Entonces yo quedaba como, ¿en serio hay gente que le gusta convivir con VIH?! Sin saber lo que significa realmente esta condición (...) Cuando era más joven yo tuve comportamientos irresponsables, pero yo creo que nunca quise haberme infectado de nada (Comunicación personal, Cal_Maicon, 29 de septiembre de 2020).

Quien ofrece este testimonio es un hombre de 29 años diagnosticado con VIH; él llama la atención sobre el desconocimiento existente respecto al virus y su potencialidad, sabe que ya no es sinónimo de muerte, sin embargo, reconoce lo molesto que puede resultar padecerlo, o como sostiene: convivir con VIH. Esta convivencia está lejos de ser pacífica, de hecho, al menos en principio está preñada de tribulaciones; supone una “carta de presentación” ante los otros, particularmente ante posibles parejas amorosas y/o sexuales. El diagnóstico impacta la cotidianidad, pues con él deviene la demanda de trata-

miento que estrecha la relación con el sistema de salud; y aun cuando el sujeto se resiste a ingresar en dicha dinámica, la cronicidad del virus se impone con malestares subjetivos susceptibles de cruzarse con dificultades físicas.

Este hombre, además, reconoce haber tenido conductas riesgosas – que él mismo define como irresponsables–, no obstante, niega haber pretendido contagiarse. El testimonio sigue:

Fue una etapa muy irresponsable, donde tenía toda la información de las cosas a las que me exponía, pero me sentí inmune, que nada me iba a pasar a mí por el hecho de tener la información. Pero no la aplicaba, entonces hacía y deshacía, pero como nunca me paso nada entonces decía que eso es a otras personas que les puede pasar. Hasta que me pasó a mí... y es ahí donde uno cambia el estilo de vida. Cuando sucedió no hubo tiempo para lamentarme sino para hacer consciencia... pues antes se había demorado en pasarme algo (Comunicación personal, Cal_Maicon, 29 de septiembre de 2020).

Como hemos sugerido, y como mostramos con la revisión de literatura, la alta cantidad de información no se relaciona de manera proporcional con el autocuidado y la protección en general. Por otro lado, este testimonio refrenda lo que antes propusimos: correr el riesgo y salir bien librado, conduce a más prácticas riesgosas puesto que aumenta la confianza. El lamento cargado de culpa, la autocrítica y la forma como censura su pasado explica el malestar subjetivo que atraviesa la experiencia del padecimiento. Un cambio del estilo de vida, como refiere Maicon, en este caso, es sinónimo de cambio de vida.

Este tipo de encuentros surgieron en su mayoría en discotecas, entonces, en medio del licor o de la fiesta, o lo que tiene que ver con esa dinámica de socializar... Entonces le gusta uno a alguien, y empieza el coqueteo; que comienza a mirar, que le envían un trago... Y allí ya se están concretando las cosas sin ni siquiera hablarse. Ya simplemente uno se va y ya sabe lo que quiere; uno está en una discoteca buscando sexo, nada

más. Entonces, como no hay ningún tipo de confianza con esa persona, muchas veces uno no sabe qué tipo de persona es, ni siquiera el nombre, entonces uno no va a negociar, y menos en estado de embriaguez, el uso del condón. Y si a la otra persona no se le ocurre, uno tampoco dice. Precisamente por eso, como que uno no tiene o en las personas más jóvenes uno no tiene ese sentido de autoprotección. Uno se siente invencible y uno confía en que el otro no tiene nada (Comunicación personal, Cal_Maicon, 29 de septiembre de 2020).

Sentirse invencible explica parte del sentido dado al no uso de condón y, además, la disminución del temor al contagio de VIH. La sensación de invulnerabilidad alimenta la idea de que contagiarse es muy difícil. De ahí que este participante aluda a lo que llama falta de sentido de autoprotección. Es como si en medio de las lógicas relacionales establecidas en los sitios de encuentro se anulara la discusión respecto al uso o no de preservativo, pareciese una conversación molesta y hasta ofensiva, como si “no saber ni el nombre” del otro, en lugar de producir recelo para el contacto, lo animara en razón de que, al no conocerlo, no existen motivos para desconfiar. Empero, no se confía en el otro, sino en la suerte:

Confianza en la suerte, en que antes no le ha pasado a uno, entonces que con ese tampoco le va a pasar. Entonces como hay tanto estigma y prejuicios, uno dice: ‘no, no es de la calle, así como cualquiera, está bien vestido’, etc. Todas estas cosas del estigma que están marcadas uno piensa que está bien (que no tiene el estigma). Entonces es más confiar en la suerte que en el otro. (Comunicación personal, Cal_Maicon, 29 de septiembre de 2020).

Aquellos que no coinciden con los numerosos estigmas asociados a la homosexualidad se hacen merecedores de otra opinión respecto a ellos y, aunque los sujetos saben que ello no garantiza nada (por eso se afirma que es confiar en la suerte), les resulta un criterio válido para el salto de fe que páginas atrás mencionamos.

Otro participante diagnosticado sostiene:

En mi caso, por ejemplo, ahorita ya estoy controlado, pero si tú vieras como era antes el VIH; era una enfermedad que, o sea, morías o morías, ¿sí? No como ahora que venden los retrovirales, que te ayudan, te mantienen, te pueden dejar hasta indetectable; así lo tengas, pero eres una persona indetectable, ¿sí? Esa parte pues ya ha cambiado mucho. Pero es sencillamente en educar, educar el que es una enfermedad que, en la actualidad es más controlable, pero es un caso que sencillamente nunca se te va a ir. A mí, si Dios no lo quiera, en algún momento vuelvo a tener VIH por X o Y motivo (Comunicación personal, Cal_Wanderley, 17 de agosto de 2020).

Se refrendan, con lo dicho, los discursos respecto a lo “poco riesgoso” que resulta el VIH hoy por hoy. Los retrovirales suponen una efectividad cercana a la cura; tanto que Wanderley, en parte de su relato habla como si no tuviera el virus, dice: “si en algún momento vuelvo a tener”. Es posible afirmar, pues, que la biomedicina asiste a una suerte de “harakiri”, pues sus avances en el tratamiento, entorpecen la prevención. Atendiendo a ello, nuestro participante insiste en la importancia de la educación, sostiene que es ‘sencillamente educar’ y, aunque entendemos su intención, no podemos dejar de señalar que el acto de educar dista mucho de ser sencillo, particularmente cuando se apunta a la regulación de la sexualidad, y más cuando dicha sexualidad es de entrada subversiva; no en vano Freud (1930) reconoce en la cultura el filtro que pone límites a la pulsión sexual, entre otras; lo explica así: “[...] la cultura reposa sobre la renuncia a las satisfacciones instintuales” (p. 41). Esta regulación establece una forma de educación a partir de la imposición que conduce a la represión mediante la imposición férrea de normas. Ante esto, y en pro de rescatar la individualidad que se percibe amenazada nace la “hostilidad opuesta a toda cultura” (Freud, 1930, p. 41). Así, cuando los sujetos hallan la forma de sortear la imposición y menguar el ‘malestar’, las usan en pro de rescatar lo que consideran su libertad; cuando las formas de resistencia aparecen avaladas por discursos legítimos, se enquistan

en las prácticas a partir de ser vistas como correctas, al menos por los sujetos implicados. Es el caso de quienes usan los retrovirales como método de prevención. Así queda retratado a continuación:

Me lo han sugerido, incluso sugerido de manera condicional (no usar condón). Entonces, me irrita, entonces yo creo que es mejor no hacerlo; ‘pues okay, entonces no lo hagamos’. ¿Si me entiendes? Es como es tipo de exigencia condicional, o lo han sugerido; le dicen a uno: ‘estoy tomando pre, entonces podemos hacer sin (condón)’, pero uno sabe que el pre previene el VIH mas no lo otro...

–¿Alguna vez has accedido?

Eh, sí. Si se puede acceder, o sea sí he accedido (Comunicación personal, Cal_Alán, 15 de febrero de 2020).

Notamos como el pre se ha convertido en elemento central de las negociaciones sobre el uso de condón, particularmente cuando uno de los implicados ya ha sido diagnosticado. Algunos manifiestan que la honestidad respecto a la condición de VIH positivo es fundamental para que la pareja pueda decidir y, en consecuencia, hacerse responsable del acto:

Tengo claro que lo primero, cuando estoy con alguien: ‘ve, yo soy VIH positivo indetectable, ya vos verás si querés estar conmigo o no querés estar’. Es como la moral de cada uno (Comunicación personal, Cal_Wanderley, 17 de agosto de 2020).

Otros, en cambio, dada la fe profesada al medicamento y a su condición de indetectables, prefieren callar respecto a su diagnóstico:

Ya me pasó algo un miedo, un poco riesgoso; es que estuve con una persona, también la situación se fue dando así no más. No era lo planeado, la situación y el lugar se daban... Estuvimos sin protección, y a los días esa persona publicó en Facebook un texto larguísimo donde decía que ya no podía seguir ocultando que era VIH positivo. Yo inmediatamente

le fui a escribir que cómo así, y me dijo, ‘tranquilo, yo soy indetectable, a mí me la detectaron hace muchos años y estoy medicado’. De todos modos, uno queda asustado (Comunicación personal, Med_Oliver, 2 de noviembre de 2020).

El hombre referido por este participante, asume que en tanto es indetectable no es posible que contagie a otros; él ya no teme al VIH, pues ya lo padece, pero, además, no teme transmitirlo. Insistimos: el éxito del tratamiento medicamentoso ha disminuido el temor al padecimiento del VIH; así queda registrado en el siguiente relato:

Esta enfermedad ya de se dejó de considerar una enfermedad que de pronto era como una catástrofe en la vida de la persona, ya es como una enfermedad crónica. Entonces el tratamiento es una tableta diaria y eso pues ya eso no es tan complicado, entonces siento que, si es real, que la gente joven hoy día subestima mucho el pliego de cuando hay una enfermedad de esta y lo hace quizá porque ya bajo la alarma sobre las posibilidades que tenemos cuando se presenta una enfermedad de esta. El tema de los retrovirales también es un tema que tenga mayor control sobre la enfermedad y eso hace que una persona no se muera tan fácilmente de VIH, de pronto como sucedía antes (Comunicación personal, Med_Unai, 15 de septiembre de 2020).

En unas posturas similares, otras personas participantes afirman:

Tengo amigos que son contagiados, es normal es tomar un medicamento, diario 1, 2 o 3 pastillas y que la vida transcurra normal. Es más, la actitud de la persona frente a la enfermedad (Comunicación personal, Med_Nadir, 15 de agosto de 2020).

Yo personalmente no creo que sea tan fuerte de tratar como el cáncer, porque unas pastillas se las toma y no tiene que estar diciendo a todo el mundo, y ya. Yo creo que el tema más fuerte es el rechazo social. Tú vas a un trabajo y te pueden rechazar porque tienes VIH. Tal vez con amigos, que si se juntó con personas, que se si se cortó, ‘boten esa cuchilla’. O sea, muchas veces creo que es más el rechazo social que los síntomas

como tal. Yo me considero una persona fuerte en muchos aspectos, pero para eso sí sería muy susceptible; eso de que me estén rechazando, señalando... Yo creo que eso sería mucho más difícil que vivir los síntomas a flor de piel, más difícil que la misma enfermedad (Comunicación personal, Med_Pascual, 3 de febrero de 2020).

Estos relatos representan el reduccionismo al que en la actualidad asisten algunos discursos sobre el VIH y su tratamiento en sí: “tomarse una pasta y ya”. En las anteriores reflexiones no aparecen los riesgos ni las características degenerativas del virus. Sin embargo, –en el último– asoman con fuerza dos estigmas que operan en concomitancia y tienen efectos muchas veces devastadores para quienes los padecen: ser homosexual y padecer VIH. Entonces, no se le teme al virus per se, pues no es común hoy en día morir por su causa, empero, sí se le teme a la muerte social que implicaría padecerlo. Se hace pertinente aquí la propuesta de Thomas (2017) respecto a dicha muerte, afirma: “[...] se puede considerar que hay muerte social (con o sin muerte biológica efectiva) (...), ya que se asista a actos de degradación, proscripción, destierro” (p. 53). Podríamos decir, hipotéticamente, que se teme menos a la muerte real que la simbólica.

Así, pues, el estigma resultante de asociar VIH al homosexualismo produce respuestas en dos caminos; por un lado, y como mostramos páginas atrás, algunos responden directamente “cumpliendo con el estigma”, otros, en cambio, procuran evitar a toda costa cumplir con el “rol designado” desde discursos sociales que marginan y discriminan. Sobre esta segunda postura reposa una paradoja: el mismo estigma, que señala y agrade, favorece la protección en tanto conduce al uso de condón.

Después de las conductas de riesgo; entre la angustia, la espera y la culpa

Ya hemos señalado los motivos más relevantes argüidos por los sujetos para justificar el uso –consistente o inconsistente– y el no uso de

condón, según sea el caso, en sus diferentes experiencias y encuentros sexuales. Ahora describiremos las sensaciones y prácticas que tienen lugar después de tener sexo sin condón. Algunos refieren temor y arrepentimiento:

Sí, claro susto, sí es susto, entra el arrepentimiento, pero después digo estuve de acuerdo tome la decisión tengo que asumir lo que suceda, pero al rato estoy tranquilo porque sé que me hago los exámenes y no pasa nada, eso me mantiene relajado (risas), mientras mis exámenes salgan bien. Eso no quiere decir que voy a ser ahora un desjuiciado, a tirarme con quien se me atravesase (Comunicación personal, Med_Nil, 9 de abril de 2020).

El susto manifestado por nuestro sujeto no es otra cosa que angustia; sabemos por Freud (1920) que “[...] el susto constituye aquel estado que nos invade bruscamente cuando se nos presenta un peligro que no esperamos” (p. 278). Es claro que quien ofrece este testimonio, reconoce el riesgo asumido, por lo que no podríamos sostener que el peligro le tome por sorpresa; sino que él se encuentra expectante frente al mismo, estando así, angustiado. También sostiene sentirse arrepentido, arrepentimiento que bien podríamos llamar culpa. Por otro lado, se evidencia un ejercicio de responsabilidad por parte Nil; y no nos referimos a la práctica en sí, pues, sabemos que esta puede ser definida como irresponsable, nos referimos a la responsabilidad en tanto acto de “hacerse cargo” y asumir las posibles consecuencias de su decisión. Este testimonio también muestra, como venimos argumentando, que cuando se sale “bien librado” del riesgo, aumenta la confianza y la sensación de inmunidad, emergiendo una suerte de omnipotencia que se refrenda con cada encuentro sin contagio. Al final del comentario, presumiendo ser moralmente sancionado, el participante apela al discurso público, uno socialmente aceptado mediante el cual él mismo se hace un llamado al orden y el buen juicio.

Otro participante, en la misma línea, sostiene que:

Yo creo que debes ser consciente que si te cuidas eso es lo más probable que pueda pasar (contagiarse), no me puedo dar golpes de pecho cuando pase porque soy consciente de lo que estoy haciendo. Por el momento (posterior a la relación sexual sin usar condón) uno no queda tranquilo, pero se hace un tipo chequeo y ya, cómo uno dice: ‘a la mano de Dios’ (Comunicación personal, Med_Nadir, 15 de agosto de 2020).

Como vemos, los sujetos reconocen que no es posible hacer nada diferente a esperar y/o la toma de muestras para descartar el contagio; las sensaciones son similares, y podríamos definirlas como angustia, incertidumbre y culpa.

O sea, muy rico, muy delicioso (tener sexo sin condón), pero, pasa la calentura, que dura 3 minutos, y viene la angustia; empieza uno decir (a pensar): ¿y ahora?, ¿qué tal que sí y qué tal que no? y después a los tres meses te dicen ¡ve, y cómo has bajado de peso! Ahí sí quedas lindo pa’ la foto (Comunicación personal, Cal_Aitor, 12 de julio de 2020).

Esa combinación entre el placer y el sufrimiento anima constantemente las dinámicas relacionales de algunos HSH; seguimos a Freud (1920) cuando manifiesta que “[...] todo displacer neurótico es de esta naturaleza: placer que no puede ser sentido como tal” (p. 276). Así, es loable afirmar que hay placer en el riesgo, placer que algunos denominan adrenalina y que conduce a la *repetición* de las prácticas, pues, aunque displacenteras por un lado (para un sistema, sostiene Freud), también reportan satisfacción para el yo.

Consideraciones finales

En la medida que el uso del condón, en las prácticas sexuales de la población participante de este estudio pone de manifiesto la acción preventiva del VIH más que de la acción preventiva del embarazo, a continuación, se presentan unas consideraciones finales con relación al objeto de estudio y el VIH.

Como bien se discutió, en el marco de antecedentes, la literatura expone que los desarrollos médico-científicos, permiten control sobre las repercusiones mortales del VIH. Los avances con relación a la profilaxis preexposición (PrEP), la posterior a la exposición (PEP) y la terapia antirretroviral (TAR), han sido estrategias a nivel mundial para combatir esta epidemia; no obstante, pese a esto, las nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el virus, persisten.

Lo anterior pone de manifiesto una paradoja: pese al amplio abanico de estrategias en cuanto a tratamiento y prevención que existen en el mercado, los casos de VIH no se reducen al punto de lo esperado en los objetivos mundiales de lucha contra el SIDA. Con relación a esto y, de acuerdo a los resultados de este estudio, se puede concluir que los avances médicos están teniendo desdoblamientos no calculados. Por un lado, producen una suerte de sentido de “omnipotencia” respecto a la inmunización que los tratamientos médicos generan frente a las afectaciones en la salud que produce el VIH, cuestión que moviliza la práctica sexual sin preservativo. Así las cosas, la confianza depositada en la PrEP y PEP, genera una “falsa seguridad” que se desdobra en acciones de promover estas prácticas de riesgo (no uso del condón y la no realización de pruebas de serología). A lo anterior se suma la falta de claridad que tiene la población en el correcto uso de estos tratamientos, cuestión que lleva a la ineficacia del medicamento.

En la medida que el presente proyecto de investigación se inscribe dentro de una convocatoria de salud, bajo la línea temática de enfermedades transmisibles e infecciosas, entre esas el VIH, se hace pertinente poner en discusión el fuerte énfasis que se realiza, a nivel de salud pública nacional e internacional, por combatir el VIH-SIDA por medio de acciones curativas. Un claro ejemplo de esto se demuestra por medio de la estrategia (2016-2021) “90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la pandemia de SIDA” de la OMS, la cual parte de acciones encaminadas al tratamiento del VIH como la posibilidad de combatir esta epidemia. Sumado a lo anterior,

también se hace necesario colocar de manifiesto el alto volumen de investigaciones que se realizan sobre la prevalencia del VIH, la efectividad de la PrEP, de las resistencias retrovirales de los pacientes y de los factores que influyen en la realización de pruebas VIH, cada uno de estos puntos encaminados al tratamiento y la cura más que a la prevención. En este orden de ideas se considera que las acciones (en la práctica y en la investigación) de salud pública están encaminadas al tratamiento y la cura, mientras que las acciones de las organizaciones de base comunitaria, de acuerdo a las participantes de este estudio, soportan un alto índice de acciones que promueven la salud y previenen la enfermedad.

Respecto a la acción curativa, la cual involucra altos porcentajes de inversión, del sistema de salud nacional y de la salud pública, vale la pena preguntarnos ¿cuántas veces el lector se ha acercado a un centro de salud para la búsqueda de acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad?, y también, ¿asiste en más proporción a centros de salud cuando siente síntomas que deben ser examinados y tratados médicamente o cuando desea conocer sobre estrategias de cuidado de la salud? Las respuestas a estas preguntas, desde la voz de las y los participantes de este estudio dan cuenta que el acercamiento a los servicios de salud se realiza cuando se tiene sospecha de una ITS o cuando se ha realizado una práctica sexual sin protección. Por su parte, el acercamiento a las organizaciones de base comunitaria, al internet y a pares o amigos, se realiza cuando se tiene interés y motivación sobre el conocimiento y cuidado de la propia salud. Por lo tanto, los mecanismos que promueven el cuidado de la salud sexual, por medio de prácticas de protección, se encuentran por fuera de la investigación y de la financiación pública.

Lo anterior pone de manifiesto la importancia de las organizaciones de base comunitaria y de los espacios de socialización externos al sector salud, como contextos que promueven acciones de cuidado de la salud sexual. En este orden de ideas, planteamos la importancia de

estudios sobre estrategias comunitarias enfocadas al cuidado de la salud sexual y también de financiar y capacitar a las organizaciones de base comunitaria y otros canales de comunicación que tengan interlocución directa con estas poblaciones. En las mujeres trans se puede analizar una mayor incidencia del trabajo de las organizaciones de base comunitaria respecto a las conductas seguras; en concordancia con esto, ellas cuentan con la posibilidad de acceder a información por medio de estrategias efectivas que les permitan el cuidado de la salud sexual con mucha mayor periodicidad e insistencia que los HSH. Long et al., (2019), plantean que en comparación con los HSH, las MT suelen realizarse con mayor frecuencia prácticas protectoras como la realización de pruebas serológicas y el uso del condón en la última relación anal.

En este sentido, los resultados del presente estudio permiten plantear algunas razones por las cuales las estrategias tomadas por el sector salud y de educación para disminuir el VIH no resultan ser eficaces. Por una parte, los y las participantes manifiestan que la psicoeducación no tiene resultados positivos al ser dictada por personas que dirigen el discurso del cuidado de la salud sexual desde el prejuicio y por lo tanto se promueve la inhibición de la práctica y del placer, pues no se genera confianza para hablar sobre sus prácticas sexuales. Dentro de esto se interpreta que las estrategias psicopedagógicas de centros de salud, planteles educativos y los hogares (la familia) no son eficaces en la medida que sus discursos parten del tabú, la religión y con esto un marco heteronormativo en donde la concepción de los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans como “población clave”, es decir, como una población a la cual, se supone, hay que controlarle su expresión, orientación y prácticas sexuales; es decir que conciben las prácticas sexuales basadas en la heteronormatividad como las exclusivamente “seguras”. En este orden de ideas, destacan el valor que tiene la “educación sexual” cuando es ofrecida por parte de sus pares, cuestión que encuentran en gran medida en organizaciones de base

comunitaria, pues bajo esta óptica se comprenden y acompañan las experiencias de vida respecto a la sexualidad por fuera del marco hegemónico, por fuera de la connotación de “población clave”.

Otra crítica que puede hacerse al sistema de salud, tiene que ver con que los llamados programas de promoción y prevención (PyP) suelen limitarse a la reproducción de discursos que, aunque valiosos, no tienen eco en tanto se reducen a la repetición insistente y planteada desde el desconocimiento de las necesidades y posicionamientos subjetivos de los individuos que se pretende impactar. Por otro lado, es común que estos programas operen sobre la enfermedad en sí, es decir, a partir del diagnóstico, lo que da cuenta de una falla en el ejercicio de la promoción de la salud y, en consecuencia, en la prevención de las enfermedades.

En la medida que este estudio cuenta con la voz activa y representación de los y las participantes, nos permitimos exponer, a manera de consideraciones finales que ellos y ellas mencionan, de manera frecuente, como factor de riesgo en las prácticas sexuales el consumo de drogas y alcohol. Estos consumos se vivencian de forma diferencial para HSH y para MT. Por una parte, para las participantes, el alcohol y las drogas se convierten en el mecanismo que les permite sobrellevar el abuso físico y mental del trabajo informal, en específico, del trabajo sexual. Este punto pone en evidencia la ausencia de regulaciones de este tipo de trabajos, cuestión que legitima y perpetúa las violencias. Además, esto deja ver los obstáculos a nivel laboral y educativo que se analizan a la luz de una violencia estructural-simbólica en la medida que, por la identidad de género, las posibilidades a nivel educativo y de acceso al trabajo formal se reducen y anulan, llevándolas, de manera casi que obligada, a utilizar sus cuerpos como mecanismo de producción de dinero para la sobrevivencia. En ese orden de ideas es posible hablar de un cuerpo entregado –al servicio de– al otro, a su cuerpo, su placer, sus deseos y hasta a sus caprichos.

Respecto al uso de drogas y alcohol, vale anotar que hay sendas diferencias entre la experiencia de las MT, como ya describimos, y las de los HSH, pues éstos cuando practican el llamado *chemsex* lo hacen por elección y convicción, en pro de intensificar el placer y prolongar los encuentros sexuales; en tal escenario la objetivación del cuerpo responde a otros estatutos, a otro ethos desde el cual se vive, se experimenta y se valora el mismo.

Entonces, en ambas posturas hay un ethos diferente; desde el primero se reclama ante diciones que se le imponen y, mientras, desde el otro se persiguen, liberan y disfrutan emociones que se resisten a ser reducidas por discursos morales heteronormativos. Ahora bien, vale anotar que entre los participantes HSH de esta investigación ninguno afirmó seguir prácticas como el *chemsex*, sin embargo, todos la conocen y la definen como hemos señalado, además, resaltan que en los encuentros de este tipo aumenta la posibilidad de asumir riesgos como el no uso de condón, entre otros.

Los y las participantes nos permitieron ver que existe siempre una conciencia del cuerpo que reclama ser escuchada y reconocida, unos saberes respecto a sí mismos que deberían ser suficientes para legitimar las maneras de vivir el amor y la sexualidad; les asiste un narcisismo para nada sancionable y por el contrario, necesario; un narcisismo que no se esmera por atender los imperativos sociales a cabalidad sino que atiende otras formas de existencia y corporeidad.

Este complejo entramado, paradójicamente facilita la comprensión de las lógicas y los sentidos configurados alrededor de las prácticas de riesgo, pues como hemos mostrado estas son resultado de múltiples factores, algunos estructurales, es decir, asociados al discurso social y las condiciones que, en tanto impuestas son determinantes de formas de pensar, sentir, hacer y vivir; como lo mostramos respecto a las condiciones laborales de las MT. Por otro lado están los factores que podríamos llamar internos; aquellos que tienen que ver con las

creencias, los significados y la experiencias de los sujetos; entre estos destacan el placer y las distintas formas de experimentarlo, la confianza y el amor, entre otros, que animan la experiencia de la sexualidad y sus desdoblamientos, incluyendo prácticas riesgosas y seguras.

Referencias bibliográficas

- Araujo, K., & Martuccelli, D. (2021). *Desafíos Comunes. Retrato De La Sociedad Chilena y Sus Individuos*. Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- Arfuch, L. (2010). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Arjee J. Restar, Alexander Adia, Jennifer Nazareno, Laufred Hernandez, Theo Sandfort, Mark Lurie, Susan Cu-Uvin & Don Operario (2020) Barriers and facilitators to uptake of condoms among Filipinx transgender women and cisgender men who have sex with men: A situated socio-ecological perspective, *Global Public Health*, 15:4, 520-531, 10.1080/17441692.2019.1679218
- Ávila, M. M., dos Ramos Farias, M. S., Fazzi, L., Romero, M., Reynaga, E., Marone, R., & Pando, M. A. (2017). High Frequency of Illegal Drug Use Influences Condom Use Among Female Transgender Sex Workers in Argentina: Impact on HIV and Syphilis Infections. *AIDS and behavior*, 21(7), 2059–2068. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1766-x>
- Ayer, A., Perez-Brumer, A., Segura, E. R., Chavez-Gomez, S., Fernandez, R., Arroyo, C., Clark, J. L. (2021). Let's talk about sex: The impact of partnership contexts on communication about HIV serostatus and condom use among men who have sex with men (MSM) and transgender women (TW) in Lima, Peru. *AIDS and Behavior*, 25(7), 2139-2153. doi:10.1007/s10461-020-03144-1

- Balán, I. C., Lopez-Rios, J., Dolezal, C., Rael, C. T., & Lentz, C. (2019). Low sexually transmissible infection knowledge, risk perception and concern about infection among men who have sex with men and transgender women at high risk of infection. *Sexual health*, 16(6), 580–586. <https://doi.org/10.1071/SH18238>
- Bao, A., Colby, D. J., Trang, T., Le, B. Q., Dinh, T. D., Nguyen, Q. H., Hoang, H. T., Friedman, M. R., & Stall, R. (2016). Correlates of HIV Testing Among Transgender Women in Ho Chi Minh, Vietnam. *AIDS and behavior*, 20(3), S371–S378. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1574-8>
- Bayer, A., Garvich, M., Diaz, D., Sanchez, H., Garcia, P. & Coates, T. (2014). “Just getting by”: A cross-sectional study of male sex workers as a most-at-risk population for HIV/STIs among men who have sex with men in Peru. *NIH Public Access*, 90(3), 223 - 229.
- Beckwith, C. G., Kuo, I., Fredericksen, R. J., Brinkley-Rubinstein, L., Cunningham, W. E., Springer, S. A., Loeliger, K. B., Franks, J., Christopoulos, K., Lorvick, J., Kahana, S. Y., Young, R., Seal, D. W., Zawitz, C., Delaney, J. A., Crane, H. M., & Biggs, M. L. (2018). Risk behaviors and HIV care continuum outcomes among criminal justice-involved HIV-infected transgender women and cisgender men: Data from the Seek, Test, Treat, and Retain Harmonization Initiative. *PloS one*, 13(5), e0197730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197730>
- Benjamin D. S., Lilli Mann-Jackson, L., Alonzo, J. Tanner, A. E., Garcia, M., Refugio Aviles L. & Rhodes, S.D. (2020) Transgender women of color in the U.S. South: A qualitative study of social determinants of health and healthcare perspectives, *International Journal of Transgender Health*, DOI: 10.1080/26895269.2020.1848691
- Bhatta, D. N. (2014). HIV-related sexual risk behaviors among male-to-female transgender people in Nepal. *International Journal of Infectious Diseases*, 22, 11 - 15.

- Bianchi, F. T., Reisen, C. A., Zea, M. C., Vidal-Ortiz, S., Gonzales, F. A., Betancourt, F., Aguilar, M., & Poppen, P. J. (2014). Sex work among men who have sex with men and transgender women in Bogotá. *Archives of sexual behavior*, 43(8), 1637–1650. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0260-z>
- Billings, J.D., Joseph, Davey D.L., Konda, K.A., Bristow, C.C., Chow, J., Klausner, J. D, et al. (2016). Factors associated with previously undiagnosed human immunodeficiency virus infection in a population of men who have sex with men and male-to-female transgender women in Lima, Peru. *Medicine*, 95.
- Boadle, A., Gierer, C., & Buzwell, S. (2021). Young women subjected to nonconsensual condom removal: Prevalence, risk factors, and sexual self-perceptions. *Violence Against Women*, 27(10), 1696-1715. doi:10.1177/1077801220947165
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. España: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de sociología*. España: Itsmo.
- Brito, M.O., Hodge, D., Donastorg, Y., Khosla, S., Lerebours, L. & Pope, Z. (2015). Risk behaviours and prevalence of sexually transmitted infections and HIV in a group of Dominican gay men, other men who have sex with men and transgender women. *BMJ open*, 5.
- Brown, B., Monsour, E., Klausner, J.D. & Galea, J.T. (2015). Sociodemographic and Behavioral Correlates of Anogenital Warts and Human Papillomavirus-Related Knowledge Among Men Who Have Sex With Men and Transwomen in Lima, Peru. *Anogenital Warts and HPV Knowledge*, 42(4).
- Budhwani, H., Hearld, K.R., Hasbun, J., Charow, R., Rosario, S., Tillotson, L., et al. (2017). Transgender female sex workers' HIV knowledge, experienced stigma, and condom use in the Dominican Republic. *PLOS ONE*, 12(11).

- Budhwani, H., Turan, B., Hasbun, J., Rosario, S., Tillotson, L., McGlaughlin, E., & Waters, J. (2017). Association between violence exposure and condom non-use among transgender sex workers in the Dominican Republic: the mediating role of trust. *International journal of STD & AIDS*, 28(6), 608–612. <https://doi.org/10.1177/0956462416659421>
- Cabral, M. 2006. “La paradoja transgénero”. *Ciudadanía Sexual, Boletín electrónico del Proyecto sexualidades, salud y Derechos Humanos en América Latina*, 18 (2), 14-19. Recuperado de <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b18/articulos.htm>
- Cai, Y., Wang, Z., Lau, J. T., Li, J., Ma, T., & Liu, Y. (2016). Prevalence and associated factors of condomless receptive anal intercourse with male clients among transgender women sex workers in Shenyang, China. *Journal of the International AIDS Society*, 19(2), 20800. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.7448/IAS.19.3.20800>
- Cai, Y., Wang, Z., Lau, J.T.F., Li, J., Ma, T. & Liu, Y. (2016). Prevalence and associated factors of condomless receptive anal intercourse with male clients among transgender women sex workers in Shenyang, China. *Journal of the International AIDS Society*, 19(2).
- Campolina, L. & Mijtáns, A. (2019). The role of subjectivity in the process of school innovation. En González Rey, F., Mijtánds, A. & Goulart, D, (Eds). *Subjectivity within cultural-historical approach*. (pp. 101-115) Luxemburgo: Springer.
- Chakrapani, V., Shunmugam, M., Newman, P.A., Kershaw, T. & Dubrow, R. (2015). HIV Status Disclosure and Condom Use Among HIV-Positive Men Who Have Sex With Men and Hijras (Male-to-Female Transgender People) in India: Implications for Prevention. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 14(1), 26 - 44.
- Chakrapani, V., Shunmugam, M., Rawat, S., Baruah, D., Nelson, R., & Newman, P. A. (2020). Acceptability of HIV Pre-Exposure Pro-

phylaxis Among Transgender Women in India: A Qualitative Investigation. *AIDS patient care and STDs*, 34(2), 92–98. <https://doi.org/10.1089/apc.2019.0237>

Crowell T. A, Baral S. D, Schwartz S, Nowak R. G, Kokogho A, Adebajo S, et al. *Time to change the paradigm: limited condom and lubricant use among Nigerian men who have sex with men and transgender women despite availability and counseling*. Elsevier Inc. 2018 December; 31: p. 11 - 19.

Da Fonte, V.R.F.; Pinheiro, C.D.P.; Barcelos, N. de S.; Costa, C.M.A.; Francisco, M.T.R. & Spindola, T. (2017). Factores asociados con el uso del preservativo entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. *Enfermería Global*, 16(46), 50-93. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.245451>

Delgado, J. R., Segura, E. R., Lake, J. E., Sanchez, J., Lama, J. R. & Clark, J. L. (2017). Event-level analysis of alcohol consumption and condom use in partnership contexts among men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru. *Elsevier Ireland Ltd*, 170, 17 - 24.

Degtyar, S., Diaz, D., Carcamo, C., Klausner, J., Gorbach, P., Bayer, A., George, P. & Mallma, P., G. P. (2016). Sexual risk behavior and HIV testing and status among male and transgender women sex workers and their clients in Lima, Peru. *In Annals of global health*, 82,(3)383 <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=-JS&PAGE=reference&D=cctr&NEWS=N&AN=CN-01304261>

Degtyar, A., George, P. E., Mallma, P., Diaz, D. A., Cárcamo, C., Garcia, P. J., Gorbach, P. M., & Bayer, A. M. (2018). Sexual Risk, Behavior, and HIV Testing and Status among Male and Transgender Women Sex Workers and their Clients in Lima, Peru. *International journal of sexual health: official journal of the World Association for Sexual Health*, 30(1), 81–91.

- Druckler, S., van Rooijen, M., de Vries, H., & MD, P. (2020). Substance Use and Sexual Risk Behavior Among Male and Transgender Women Sex Workers at the Prostitution Outreach Center in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis*, 47(2), 114–121. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001096>
- Elias, N. (1987). *La soledad de los moribundos*. México D.F. Fondo de Cultura Económica.
- Ferreira Jr., S., Stolses Bergamo Francisco, P. M., & Nogueira, P. A. (2016). Profile of transvestites and transgender women: tuberculosis and HIV/AIDS in the city of Sao Paulo. *Revista panamericana de salud publica-Pan american journal of public health*, 40(6), 410–417.
- Finigan-Carr, N. M., Craddock, J. B., & Johnson, T. (2021). Predictors of condom use among system-involved youth: The importance of sex ed. *Children and Youth Services Review*, 127 doi:10.1016/j.childyouth.2021.106130
- Fondo Mundial (2016). Proyecto Fondo Mundial para el VIH: Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbimortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia.
- Foucault, (2019/1954). *Enfermedad mental y psicología*. Madrid: Paidós.
- Foucault, M. (1984). *La ética del cuidado de sí como como práctica de libertad*. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/NOMBRES/article/viewFile/2276/1217>
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. EE. UU. Createspace Independent Publishing Platform.
- Freud, S. (1930). *El Malestar en la Cultura*. Madrid: Alianza Ed.

- Gama, A., Oliveira Martins, M. R., Mendao, L., Barros, H., & Dias, S. (2018). HIV Infection, risk factors and health services use among male-to-female transgender sex workers: a cross-sectional study in Portugal. *AIDS care-psychological and socio-medical aspects of aids/hiv*, 30(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1332736>
- Gamarel, K.E., Reisner, S.L., Darbes, L.A., Hoff, C.C., Chakravarty, D., Nemoto, T., et al. (2015). Dyadic dynamics of HIV risk among transgender women and their primary male sexual partners: the role of sexual agreement types and motivations. *AIDS Care*, 28(1), 104–111.
- Ganju, D. y Saggurti, N. (2017) Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. *Culture, Health & Sexuality*, 19:8, 903-917, DOI: 10.1080/13691058.2016.1271141
- Garofalo, R., Kuhns, L. M., Reisner, S. L., Biello, K., & Mimiaga, M. J. (2018). Efficacy of an Empowerment-Based, Group-Delivered HIV Prevention Intervention for Young Transgender Women: The Project LifeSkills Randomized Clinical Trial. *JAMA pediatrics*, 172(10), 916–923. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1799>
- Garofalo, R., Kuhns, L.M., Reisner, S.L. & Mimiaga, M.J. (2016). Behavioral Interventions to Prevent HIV Transmission and Acquisition for Transgender Women: A Critical Review. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72(3), 220 - 225.
- Goffman E. (1998). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Rey, F. & Moncayo, E. (2019). Sexual Diversity, School, and Subjectivity: The Irrationality of the Dominant Rationale. En González Rey, F., Mijtánds, A. & Goulart, D, (Eds). *Subjectivity within cultural-historical approach*. (pp. 133-147). Luxemburgo: Springer.

- González Rey, F. (2014). *O Sujeito que Aprende. Diálogo Entre a Psicanálise e o Enfoque Histórico- Cultural*. Brasil: Edición brasileña portuguesa.
- Harawa, N., Wilton, L., Wang, L., Mao, C., Kuo, I., Penniman, T., et al. (2014). Types of Female Partners Reported by Black Men Who Have Sex with Men and Women (MSMW) and Associations with Intercourse Frequency, Unprotected Sex and HIV and STI Prevalence. *Springer Science + Business Media New York*, 18, 1548 - 1559.
- Hill CE, Thompson BJ, & Williams EN (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517–572.
- Jain, S., Oldenburg, C.E., Mimiaga, M.J. & Mayer, K.H. (2015). Subsequent HIV Infection Among Men Who Have Sex with Men Who Used Non-Occupational Post-Exposure Prophylaxis at a Boston Community Health Center: 1997–2013. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(1).
- Kerr, L. R., Mota, R. S., Kendall, C., Pinho, A. D. A., Mello, M. B., Guimarães, M. D., Dourado, I., de Brito, A. M., Benzaken, A., McFarland, W., & Rutherford, G. (2014). HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*, 27(3), 427–435. <https://doi.org/10.1097/qad.0b013e32835ad504>
- Khalid, H., & Martin, E. G. (2019). Relationship between network operators and risky sex behaviors among female versus transgender commercial sex workers in Pakistan. *AIDS care-psychological and socio-medical aspects of AIDS/HIV*, 31(6), 767–776. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1557317>
- Khan, A. A., Rehan, N., Qayyum, K., & Khan, A. (2013). Correlates and prevalence of HIV and sexually transmitted infections among Hijras (male transgenders) in Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Sssociation*, 63(1, 1), S45–S49.

- Lane T , Osmand T , Marr A , Shade S.B , Dunkle K , Sandfort T , et al. (2014). The Mpumalanga Men's Study (MPMS): Results of a Base-line Biological and Behavioral HIV Surveillance Survey in Two MSM Communities in South Africa. *PLoS ONE*, 9(11).
- Le Breton, D. (2006). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton. (2014). *Conductas de riesgo. De los juegos de la muerte a los juegos de vivir*. Buenos Aires: Editorial Topia.
- León, E. (2005). *Sentido Ajeno*. Anthropos Research & Publications.
- Lindroth, M., Zeluf, G., Mannheimer, L.N. & Deogan, C. (2017). Sexual health among transgender people in Sweden. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 318 - 327.
- Liu, C., Mao, J., Wong, T., Tang, W., Sze Tso, L., Tang, S., et al. (2016). Comparing the effectiveness of a crowdsourced video and a social marketing video in promoting condom use among Chinese men who have sex with men: a study protocol. *BMJ Open*, 6.
- Long, J., Montano, M., Cabello, R., Sanchez, H., Lama, J., MD, M. P. H., Duerr, A., & MD, P. (2019). Brief Report: Comparing Sexual Risk Behavior in a High-Risk Group of Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in Lima, Peru. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 80(5), 522–526. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001966>
- Mabaso, M., Mlangeni, L., Makola, L., Oladimeji, O., Naidoo, I., Naidoo, Y., . . . Simbayi, L. (2021). Factors associated with age-disparate sexual partnerships among males and females in South Africa: A multinomial analysis of the 2012 national population-based household survey data. *Emerging Themes in Epidemiology*, 18(1) doi:10.1186/s12982-021-00093-5

- Maliya, S., Zul, A.R., Irwan, M.S., Samsul, D., Zakiah, M.S. & Rafidah, H.M. (2018). Mak Nyahs in Malaysia: Does HIV/AIDS Knowledge Really Reduce HIV-Related Risk Behaviours? *IMJM*, 17(3).
- Mallory, C. (2020). Parejas confiables y el riesgo de infección de VIH entre mujeres. *Horizonte de Enfermería*, 16(1), 39-47. <http://www.redae.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12732>
- McCuller, W.J. & Harawa, N.T. (2014). A Condom Distribution Program in the Los Angeles Men's Central Jail: Sheriff Deputies' Attitudes and Opinions. *Journal of Correctional Health Care*, 20(3): p. 195 - 202.
- Mehrotra, M. L., Westreich, D., McMahan, V. M., Glymour, M. M., Geng, E., Grant, R. M., & Glidden, D. V. (2019). Baseline Characteristics Explain Differences in Effectiveness of Randomization to Daily Oral TDF/FTC PrEP Between Transgender Women and Cisgender Men Who Have Sex With Men in the iPrEx Trial. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 81(3), e94–e98. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002037>
- Mendoza, L., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C., López, S., Núñez, A. & Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de transmisión sexual 2016-2021*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=A0AF868667A2EC2980193B6B710801E2?sequence=1>
- Mendoza, L., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C., López, S., Núñez, A. & Acuña, M. (2012) Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77 (4), 271-279.
- Minor Peters M. (2016). 'They wrote "gay" on her file': transgender Ugandans in HIV prevention and treatment. *Culture, health & sexuality*, 18(1), 84–98. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1060359>

- Moayedí Nia S., Taheri, L., Rouzbahani, N.H., Rasoolinejad, M., Nikzad, R., Ardebili, M.E., et al. (2019). HIV Prevalence and Sexual Behaviors Among Transgender Women in Tehran, Iran. *AIDS and Behavior*, 10.
- Moayedí-Nia, S., Taheri, L., Rouzbahani, N. H., Rasoolinejad, M., Nikzad, R., Ardebili, M. E., & Mohraz, M. (2019). HIV Prevalence and Sexual Behaviors Among Transgender Women in Tehran, Iran. *AIDS and behavior*, 23(6), 1590–1593. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-02380-w>
- Moncayo, J. (2017). *Educación, diversidad sexual y subjetividad: Una aproximación cultural-histórica a la educación sexual escolar en Cali-Colombia* [Tesis de Doctorado]. Universidad de Brasilia.
- Nguyen, P. T., Gilmour, S., Le, P. M., Onishi, K., Kato, K., & Nguyen, H. V. (2021). Progress toward HIV elimination goals: Trends in and projections of annual HIV testing and condom use in africa. *AIDS (London, England)*, 35(8), 1253-1262. doi:10.1097/QAD.0000000000002870
- Nugroho, A., Erasmus, V., Zomer, T.P., Wu, Q. & Richardus, J.H. (2016). Behavioral interventions to reduce HIV risk behavior for MSM and transwomen in Southeast Asia: a systematic review. *AIDS Care*, 29(1): p. 98 - 104.
- Pantalone DW, Holloway IW, Goldblatt AEA, Gorman KR, Herbitter C, Grov C. (2020). The Impact of Pre-Exposure Prophylaxis on Sexual Communication and Sexual Behavior of Urban Gay and Bisexual Men. *Arch Sex Behav.*;49(1):147-160. doi: 10.1007/s10508-019-01478-z.
- Posso, Jeanny Lucero, & Furcia, Ange La. (2016). El fantasma de la puta-peluquera: Género, trabajo y estilistas trans en Cali y San Andrés Isla, Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (24), 172-214. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.08.a>

- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A. , Borquez, A. , Silvantisteban, A., Deutsch, MB , Operario, D. (2015). Riesgo de VIH e intervenciones preventivas en trabajadoras sexuales transgénero. *The Lancet*, 385 (9964), 274 – 286. 10.1016 / S0140-6736 (14) 60833-3
- Poteat, T., German, D. & Flynn, C. (2016). The conflation of gender and sex: Gaps and opportunities in HIV data among transgender women and MSM. *Global Public Health*, 11(7 – 8), 835 - 848.
- Poteat, T.C., Keatley, J., Wilcher, R. & Schwenke, C. (2016). Evidence for action: a call for the global HIV response to address the needs of transgender populations. *Journal of the International AIDS Society*, 19(2).
- Prabawanti, C., Dijkstra, A., Riono, P. & Hartana, G. (2014). Preparatory behaviours and condom use during receptive and insertive anal sex among male-to-female transgenders (Waria) in Jakarta, Indonesia. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1).
- Ramanathan, S., Deshpande, S., Gautam, A., Pardeshi, D.B., Ramakrishnan, L., Goswami, P., et al. (2014). Increase in condom use and decline in prevalence of sexually transmitted infections among high-risk men who have sex with men and transgender persons in Maharashtra, India: Avahan, the India AIDS Initiative. *BMC Public Health*, 14, 1471 - 2458.
- Raspberry, C. N., Morris, E., Lesesne, C. A., Kroupa, E., Topete, P., Carver, L. H., & Robin, L. (2015). Communicating With School Nurses About Sexual Orientation and Sexual Health: Perspectives of Teen Young Men Who Have Sex With Men. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 31(5), 334–344. <https://doi.org/10.1177/1059840514557160>
- Rhodes, S., Alonzo, J., Mann, L., Downs, M., Andrade, M., Wilks, C., et al. (2014). The ecology of sexual health of sexual minorities in Guatemala City. *Health Promotion International*, 30(4).

- Rhodes, S. D., Alonzo, J., Mann-Jackson, L., Song, E. Y., Tanner, A. E., Garcia, M., Smart, B. D., Baker, L. S., Eng, E., & Reboussin, B. A. (2020). A peer navigation intervention to prevent HIV among mixed immigrant status Latinx GBMSM and transgender women in the United States: outcomes, perspectives and implications for PrEP uptake. *Health education research*, 35(3), 165–178. <https://doi.org/10.1093/her/cyaa010>
- Safika, I., Johnson, T.P., Ik Cho, Y. & Praptoraharjo, I. (2014). Condom Use Among Men Who Have Sex With Men and Male-to-Female Transgenders in Jakarta, Indonesia. *American Journal of Men's Health*, 8(4), 278 - 288.
- Santamaría Fundación. (2015). *Voces en contexto del Valle Cauca y Nariño. Conversaciones sobre la situación de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas (LGBT) víc timas de la violencia política y el conflicto armado en los municipios de Santiago de Cali, Santander de Quilichao, Popayán, Pasto y Tumaco*. Cali.
- Saura, S., Jorquera, V., Mascort, C., & Castellà, I. (2019). Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género [Gender meanings of the risk of sexually transmitted infections/HIV transmission among young people]. *Atencion primaria*, 52(3), 218–219. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.003>
- Sevelius, J. M., Neilands, T. B., Dilworth, S., Castro, D., & Johnson, M. O. (2020). Sheroes: Feasibility and Acceptability of a Community-Driven, Group-Level HIV Intervention Program for Transgender Women. *AIDS and behavior*, 24(5), 1551–1559. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02683-6>
- Severson, N., Muñoz-Laboy, M. & Kaufman R. (2014). At times, I feel like I'm sinning': the paradoxical role of non-lesbian, gay, bisexual and transgender-affirming religion in the lives of behaviourally-bisexual Latino men. *Culture, Health & Sexuality*, 16(2), 136–148.

- Shan, D., Yu, M., Yang, J., Zhuang, M., Zhuang, Z., Liu, H., et al. (2018). Correlates of HIV infection among transgender women in two Chinese cities. *Infectious Diseases of Poverty*, 7(123).
- Shaw, S.Y., Lorway, R., Bhattacharjee, P., Reza-Paul, S., du Plessis, E., McKinnon, L., et al. (2016). Descriptive Epidemiology of Factors Associated with HIV Infections Among Men and Transgender Women Who Have Sex with Men in South India. *LGBT Health*, 3(4).
- Sheinfil, A. Z., Giguere, R., Dolezal, C., Lopez-Rios, J., Iribarren, S., Brown, W., 3rd, Rael, C., Lentz, C., Balán, I., Frasca, T., Torres, C. C., Crespo, R., Febo, I., & Carballo-Diéguez, A. (2020). Information and Motivation Predict HIV-Serostatus Among a Population of High-Risk Men and Transgender Women Who Have Sex with Men. *AIDS and behavior*, 24(10), 2863–2871. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02835-z>
- Schneiders, M. L., & Weissman, A. (2016). Determining barriers to creating an enabling environment in Cambodia: results from a baseline study with key populations and police. *Journal of the International AIDS Society*, 19(4 Suppl 3), 20878. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.4.20878>
- Solá, M. (2014). Introducción. En *transfeminismos Epistemes, fricciones y flujos*. pp. 15-31. España: Editorial Txalaparta.
- Stahlman, S., Liestman, B., Ketende, S., Kouanda, S., Ky-Zerbo, O., Lougue, M., et al. (2016). Characterizing the HIV risks and potential pathways to HIV infection among transgender women in Cote d'Ivoire, Togo and Burkina Faso. *Journal of the International AIDS Society*. 19(2).
- Stone, S. (2015). El imperio contraataca. Un manifiesto postransexual. En P. Galofre y M. Missé (Eds.), *Políticas Trans. Una Antología de textos desde los estudios trans norteamericanos* (pp. 31-66). Barcelona: Egales Editorial.

- Sun, C. J., García, M., Mann, L., Alonzo, J., Eng, E., & Rhodes, S. D. (2015). Latino sexual and gender identity minorities promoting sexual health within their social networks: process evaluation findings from a lay health advisor intervention. *Health promotion practice*, 16(3), 329–337. <https://doi.org/10.1177/1524839914559777>
- Schutz, A. (1975). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amor-rortu.
- Tangmunkongvorakul, A., Chariyalertsak, S., Amico, K. R., Guptarak, M., Saokhieo, P., Sangangamsakun, T., et al. (2016). Sexual practices among men who have sex with men in Chiang Mai, Thailand: part of the antiretroviral pre-exposure prophylaxis trial. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 47(3).
- Thomas, L. (2017). *Antropología de la muerte*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Truong, H. M., Mehrotra, M., Montoya, O., Lama, J. R., Guanira, J. V., Casapía, M., Veloso, V. G., Buchbinder, S. P., Mayer, K. H., Chariyalertsak, S., Schechter, M., Bekker, L. G., Kallás, E. G., & Grant, R. M. (2017). International Sexual Partnerships May Be Shaped by Sexual Histories and Socioeconomic Status. *Sexually transmitted diseases*, 44(5), 306–309. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000601>
- Torres, H. (2014). El amor en tiempos de Fakebook. En *Transfeminismos, epistemes, fricciones y flujos*. pp. 237-250. España: Editorial Txalaparta.
- Turner, C. M.; Ahern, J.; Santos, G. M.; Arayasirikul, S. & Wilson E. C. (2019). Parent/Caregiver Responses to Gender Identity Associated With HIV-Related Sexual Risk Behavior Among Young Trans Women in San Francisco. *J Adolesc Health*, 65(4):491-497. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.04.032.

- UNAIDS. (2010). Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida. ONUSIDA. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC1958_GlobalReport2010_full_es_1.pdf
- Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Defreyne, J., Somers, A., & T'Sjoen, G. (2019). Sexual health, transition-related risk behavior and need for health care among transgender sex workers. *International Journal of Transgenderism*, 20(4, S1), 388–402. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1617217>
- Veronese, V., Van Gemert, C., Bulu, S., Kwarteng, T., Bergeri, I., Badman, S., et al. (2015). Sexually transmitted infections among transgender people and men who have sex with men in Port Vila, Vanuatu. *WPSAR*, 6(1).
- Wang, H., Chang, R., Shen, Q. et al. Information-Motivation-Behavioral Skills model of consistent condom use among transgender women in Shenyang, China. *BMC Public Health* 20, 394 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08494-y>
- Weissman, A., Ngak, S., Srean, C., Sansothy, N., Mills, S. & Ferradini, L. (2016). HIV Prevalence and Risks Associated with HIV Infection among Transgender Individuals in Cambodia. *PLoS ONE*, 11(4).
- Wickersham, J.A., Gibson, B.A., Bazazi, A.R., Pillai, V., Pedersen, C.J., Meyer, J.P., et al. (2017). Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Infections Among Cisgender and Transgender Women Sex Workers in Greater Kuala Lumpur, Malaysia: Results From a Respondent-Driven Sampling Study. *Sexually Transmitted Diseases*, 44(11).
- Wilkerson, J.M., Rhoton, J.M., Li, D., Rawat, S.A., Patankar, P., Rosser, S., et al. (2019). Information, Motivation, and Self-Efficacy Among Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in the State of Maharashtra, India. *Health Education & Behavior*, 46(2): p. 304 - 311.

- Yi, S., Plant, A., Tuot, S., Mun, P., Chhim, S., Chann, N., et al. (2019). Factors associated with condom use with non-commercial partners among sexually-active transgender women in Cambodia: findings from a national survey using respondent-driven sampling. *BMC Public Health*, 19.
- Yoon, Y. & Tangtammaruk, P. (2016). “Taking risk” in the era of HIV: A closer look at selling sex in Thailand. *Pertanika J. Soc. Sci & Hum*, 24, 179 - 188.
- Zafra-Tanaka, J., & Ticona-Chavez, E. (2016). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 625-632. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2544>
- Zea, M. C., Reisen, C. A., del Río-González, A. M., Bianchi, F. T., Ramirez-Valles, J., & Poppen, P. J. (2015). HIV Prevalence and Awareness of Positive Serostatus Among Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in Bogotá, Colombia. *American journal of public health*, 105(8), 1588–1595. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302307>
- Ziga, I. (2014). ¿El corto verano del transfeminismo? En *Transfeminismos, epistemes, fricciones y flujos*. pp. 81-90. España: Editorial Txalaparta..

III PARTE

Subjetividad y salud mental: el caso de un hospital público

*Subjectivity and mental health:
the case of a public hospital*

María Del Mar Pérez Arizabaleta

Universidad Antonio Nariño

Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-8537-6696>

✉ mariadelmarperezari@outlook.com

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Universidad Antonio Nariño

Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>

✉ jomoncayo@uan.edu.co

Resumen

Antecedentes: En la última década los estudios realizados alrededor de tratamientos psiquiátricos en el marco de hospitalizaciones no han centrado su atención en los desdoblamientos de producciones subjetivas que estos espacios traen tanto para el personal del servicio de salud como para pacientes. **Objetivo:** Describir las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el ser-

Cita este capítulo / Cite this chapter

Pérez-Arizabaleta, M. & Moncayo, J. E. (2022). Subjetividad y salud mental: el caso de un hospital público. En: Moncayo, J. E.; Orejuela, J.; Reyes, W. & Pérez-Arizabaleta, M. *Salud, subjetividad y estudios cualitativos. Aproximaciones a la salud sexual, física y mental*. (pp. 217-287). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Universidad EAFIT; Universidad Antonio Nariño.

vicio de hospitalización en una unidad de salud mental de la ciudad de Cali. Método: Cualitativo, constructivo- interpretativo, llevado a cabo en una Unidad de Salud Mental de la ciudad de Cali por medio de la observación participante, escritura de diarios de campo y la realización de dinámicas conversacionales y complemento de frases a cinco personas del servicio en salud y cinco pacientes. Resultados: Los hallazgos dan cuenta de la Unidad de Salud Mental como un espacio de producción y transformación de subjetividad respecto al servicio de hospitalización, tanto para el personal del servicio de salud como para pacientes. También permiten discutir las expresiones recursivas del personal frente a políticas neoliberales y con ello la ausencia de cuidados del sistema de salud sobre sus trabajadores y pacientes. Conclusiones: El trabajo con la salud mental desdobra sentidos subjetivos alrededor de la enfermedad mental, es por esta razón que el personal promueve tratamientos que son vistos por los pacientes como “cálidos y humanos”. Estas personas que prestan el tratamiento, por medio de sus acciones diarias impiden que las dificultades del sistema de salud (que se reflejan en la USM a manera de lentitud en los procesos administrativos) afecten a los pacientes. Por esta razón se afirma que la humanización de los servicios recae en el personal del servicio, sirviendo estos de “pararayos” ante todos los obstáculos administrativos con el fin de que no se vea afectado el paciente.

Palabras clave: subjetividad, producciones subjetivas, servicio de hospitalización, salud y enfermedad mental, tratamiento.

Abstract

Background: In the last decade, the studies carried out around psychiatric treatments in the context of hospitalizations have not focused their attention on the unfolding of subjective productions that these spaces bring both for health service personnel and for patients. **Objective:** To describe the emerging subjective productions of health

personnel and patients about the hospitalization service in a mental health unit in the city of Cali. Method: Qualitative, constructive-interpretive, carried out in a Mental Health Unit in the city of Cali through participant observation, writing field diaries and conducting conversational dynamics and complementing sentences to five people from the service in health and five patients. Results: The findings show the Mental Health Unit as a space for the production and transformation of subjectivity regarding the hospitalization service, both for health service personnel and patients. They also allow us to discuss the recursive expressions of the personnel in the face of neoliberal policies and with it the lack of care provided by the health system for its workers and patients. Conclusions: The work with mental health unfolds subjective senses around mental illness, it is for this reason that the staff promote treatments that are seen by patients as “warm and human”. These people who provide treatment, through their daily actions, prevent the difficulties of the health system (which are reflected in the USM as slow administrative processes) affect patients. For this reason it is affirmed that the humanization of the services falls on the service personnel, serving these as lightning rods in the face of all administrative obstacles so that the patient is not affected.

Keywords: subjectivity, subjective productions, hospitalization service, health and mental illness, treatment.

Introducción

Las cifras de enfermedades relacionadas con la salud mental aumentan de manera desproporcionada cada año. A esto se suman las secuelas a causa del Covid-19 relacionadas con los malestares y síntomas mentales que se generan de forma desproporcionada. A propósito de esto, desde hace más de dos décadas los estudiosos de los trastornos mentales han declarado que esto debería ser un asunto prioritario para la salud pública en América Latina y el Caribe, no obstante, la

inversión en esta dimensión de la salud ha sido ampliamente descuidada para los Estados (Kohn, Levav, Caldas, Vicente, Andrade, Caraveo, Saxena y Saraceno, 2005; Rodríguez, 2007).

En concordancia con lo anterior, desde los presupuestos de la teoría de la subjetividad y la metodología constructivo-interpretativa desarrollada por Fernando González Rey (2005, 2011), el presente trabajo expone la investigación, discusión y análisis de las producciones subjetivas emergentes en el marco del servicio de hospitalización de una Unidad de Salud Mental de Cali. Desarrollar la investigación bajo la teoría de la subjetividad permitió comprender la(s) manera(s) en que se organiza(n) las producción(es) subjetiva(s) sobre la hospitalización en la unidad de salud mental (USM) y reconocerla como un espacio vivo y transformador de producciones subjetivas. Este estudio reconoce los procesos socio-culturales como portadores de subjetividades, y a las personas (los participantes) a nivel individual y social como agentes dialógicos de la subjetividad social.

Un momento importante en la realización de este trabajo investigativo fue la revisión de la literatura, la cual se centró en la pesquisa de documentos alrededor de la salud mental, sus prácticas y finalmente sobre la hospitalización psiquiátrica. Esta búsqueda tuvo delimitaciones las cuales se relacionan con el transitar del trabajo de campo. Dicho de otra manera, la búsqueda de antecedentes no fue un momento que se culminó al inicio del proyecto, fue, por el contrario, un proceso de alimentación constante y transversal a todo el proceso investigativo.

Generalmente, en los estudios revisados es común encontrar una relación entre la concepción de la salud mental y su tratamiento, es decir que las prácticas terapéuticas en salud mental dependen de la perspectiva teórica con la cual se aborde. En este orden de ideas, los estudios mostraron que la psiquiatría –como representante de las ciencias de la salud– desarrolla intervenciones tanto hospitalarias como ambulatorias que tienen como punto de partida criterios

diagnósticos, evaluación de signos, tratamientos farmacológicos, factores genéticos y mediciones epidemiológicas de prevalencia de síntomas y análisis de factores de riesgo (Linares, 2002; Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a; Tobón, 2005; Haro, et al, 2006; Caron & Liun, 2010; Londoño et al, 2010; Aguilar, 2011; Moreno & Moriana, 2012; Posada, 2013; Gili, Roca, Basu, McKee & Stucker, 2013; Cuesta, Saiz, Roca & Noguera, 2016; Gómez, Aulí, Tamayo, Garzón & Casas, 2016; Hoover, Ruiz, Gómez & Rondón, 2016). Por su parte, los estudios socio-antropológicos desarrollan discusiones teóricas alrededor de dinámicas políticas, del mercado y sociales como ejes que determinan lo que se entiende socialmente como salud/enfermedad y trastorno mental (Galende, 1997, 2008; Vallejo, 2006; Stolkiner & Ardila, 2012; Samaniego, 2016; Clara, 2017); así mismo, otros autores abordan la relación entre sociedad-estructuras de poder y trastornos mentales o “locura” (Cooper, 1976; Clavreul, 1983; Foucault, 2001; Goffman, 2001; Hernández & Sarquis, 2009; Dimenstein, 2013).

Por otra parte, desde el psicoanálisis se encuentra –en gran cantidad– discusiones teóricas donde se plantea el dispositivo analítico como forma central para abordar la salud/enfermedad mental (Lacan, 1966; Braunstein, 2010; Castro, 2013, 2016; Laurent, 2014; Moreno, 2017; Quintero, 2017); en cuanto a los estudios empíricos en el marco de hospitalizaciones en salud mental, la práctica psicoanalítica estudia las oportunidades y vicisitudes del discurso del inconsciente en estos espacios (Belaga, 2002; Zenoni, 2006; Báez, Rodríguez, Karam y Veloza, 2008; Rodríguez, 2010; Castro, 2013, 2016; Oliveira, Rinaldi y Ferreira, 2015; Moreno, 2013; Rubinstein, 2002; 2011; Ordoñez & Moreno, 2018). Por último, se encuentran en menor proporción estudios que se interesan en abordar la salud mental en centros de hospitalización desde la perspectiva de la subjetividad. Estos realizan un análisis de la salud mental y los tratamientos hospitalarios y ambulatorios en clave de la subjetividad de los pacientes partiendo del reconocimiento de la singularidad de las personas

(Desviat, 2016) y de la discusión de la despatologización de la salud mental (Goulart, 2013; 2017).

Vale la pena resaltar que, en el marco de los estudios sobre salud mental en espacios de hospitalización, desde el enfoque médico existe una marcada línea de investigación que aborda la relación entre profesionales en salud con pacientes en centros de salud mental; este tipo de estudios concentran la atención en el análisis de satisfacción del servicio psiquiátrico por medio de la realización de encuestas realizadas a los pacientes (Eytan, Boyet, Gex-Fabry, Alberque y Ferrero, 2004; Buffoli, Bellini, Bellagarda, Di Noia, Nickolova y Capolongo, 2014; Fortin, Bamvita y Fleury, 2018). Este tipo de estudios también se interesan en conocer la percepción de la relación médico-paciente (Herrera, Gutierrez, Ballesteros, Izzedin, Gómez y Sánchez, 2010) desde la óptica tanto de los médicos (Calderón, Retolaza, Bacialupe, Payo y Grandes, 2009) como de los pacientes.

Aclarado lo anterior, los objetivos más comunes de la revisión de la literatura varían de acuerdo a la disciplina desde la cual se desarrollan. Desde el psicoanálisis el interés que prima está en desarrollar referentes conceptuales relacionados con el psicoanálisis aplicado (Lacan, 1966; Clavreul, 1983; Braunstein, 2010; Moreno, 2013; Quintero, 2017; Moreno, 2017). Desde el enfoque socio-antropológico, la documentación –que en su mayoría son artículos reflexivos– da gran relevancia al análisis del contexto en el cual “surge la locura” (Cooper, 1976; Foucault, 2001; Goffman, 2001, 2007; Vallejo, 2006; Hernandez & Sarquis, 2009; Moreno & Moriana, 2012; Stolkiner & Ardila, 2012; Dimenstein, 2013; Goulart, 2013; Bacallao & Bello, 2014; Díaz, 2015; Vázquez, 2015; Foucault 1976/2015; Desviat, 2016; Clara, 2017). Relacionado con el enfoque histórico-cultural, se desarrollan sistematizaciones y análisis de experiencias terapéuticas en contextos de salud mental, todos estos desde la salud mental comunitaria (Del Río, 2006; Rubinstein, 2009; Asociación civil, La Califata, 2013; Makowski, 2013; Díaz, 2015; Vázquez, 2015; Tortella et al, 2016; Desviat, 2016; Clara,

2017). En menor proporción, se encuentran estudios que se interesan en indagar la representación de la salud mental y su intervención en profesionales de servicios médicos de salud mental (Latorre, López, Montañéz & Parra, 2005; Jiménez, 2011; Ferreira, Frari, Pillon & Cardoso, 2012; Moreno & Moriana, 2012).

Respecto a los resultados de los estudios, estos se enfocan en la discusión de factores de riesgo de trastornos mentales, dinámicas sociales, políticas y económicas que se ponen en juego en el análisis de la salud y enfermedad mental y en el trabajo transdisciplinar. Con relación a los estudios de la subjetividad, estos se orientan a conocer lo que acontece subjetivamente en la vida del sujeto que padece algún trastorno mental, además de plantear posibles escenarios y métodos que permitan un tratamiento donde emerja la subjetividad y con ello la posibilidad de alivio del malestar. Estos escenarios y métodos parten del contexto social en el cual viven los sujetos y, por lo tanto, los resultados de estas investigaciones tienen una apuesta por tratamientos desde la salud mental comunitaria (Galende, 1997; Goulart, 2013; Bacallao & Bello, 2014; Desviat, 2016; Moreno, 2017). Desde el psicoanálisis los resultados se orientan a desarrollos teóricos sobre el método psicoanalítico y las dinámicas que giran en torno a él, se discuten conceptos claves del psicoanálisis como el inconsciente, la asociación libre y la transferencia a la luz de los fenómenos sociales (Lacan, 1966; Clavreul, 1983; Braunstein, 2010; Castro, 2013; Moreno, 2013; Laurent, 2014; Castro, 2016).

Hasta este punto, se puede decir que la revisión de la literatura proporciona un panorama de la literatura que desarrolla temas alrededor de la salud mental, sus prácticas y la hospitalización psiquiátrica. Esta revisión permitió ver los diferentes tipos de abordaje de la salud y enfermedad mental, que van desde la psiquiatría, lo socio-antropológico y el psicoanálisis, entre otros. Para los intereses de este estudio, se encuentra en Brasil una fuerte línea de trabajo desde la subjetividad. Goulart (2013) y Goulart, González Rey & Patiño (2019)

discuten la subjetividad de profesionales de la salud mental en el Centro de Atención Psicosocial de Brasil. Sumado a la escasez de literatura sobre el tema desde la subjetividad, se encuentra que el soporte empírico de las conceptualizaciones no ha sido un común denominador en las investigaciones previas; por empírico, aquí se entiende el uso de entrevistas a profesionales de salud, pacientes y familiares beneficiarios de algún tratamiento o programa de prevención en salud mental de Colombia (Báez, et al, 2008; Castro, 2013), estudios de caso (Rubinstein, 2009) y socialización de experiencias y supervisión de casos por parte de un grupo de investigación (Rodríguez, 2010).

Siguiendo esta línea argumentativa el presente trabajo tuvo como objetivo *describir las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el servicio de hospitalización en una Unidad de Salud Mental de la ciudad de Cali*, cuestión que implica el siguiente desarrollo: describir las expresiones de la subjetividad social del personal en salud y pacientes de una Unidad de Salud Mental alrededor del servicio de hospitalización; comprender los sentidos subjetivos alrededor de la salud/enfermedad mental del personal de salud y pacientes de una Unidad de Salud Mental de la ciudad de Cali; y, describir las expresiones de la subjetividad individual alrededor del tratamiento ofrecido por el personal del salud y recibido de los pacientes de Unidad de Salud Mental de la ciudad de Cali.

Por medio de lo anterior, este estudio pretendió, por una parte, que el análisis de la subjetividad alrededor los discursos, prácticas y normativas institucionales permitan el debate, contradiciendo de cierta forma, las lecturas deterministas de los espacios sociales; y, en segundo lugar, aportar al arsenal investigativo por medio del análisis de evidencia empírica.

Perspectiva teórica

En coherencia con la perspectiva teórica de la subjetividad que engloba los trabajos de este libro, la presente investigación se inscribe dentro del referente teórico expuesto en el apartado II, el cual tiene como fundamento los planteamientos sobre las producciones subjetivas expuestas por el autor Fernando González Rey.

De manera particular, en este capítulo se abordan los conceptos de *subjetividad*, *subjetividad social e individual*, *configuración* y *sentidos subjetivos*.

La *subjetividad* será entendida para esta investigación como un “sistema complejo, contradictorio, procesual que integra una relación dialéctica entre lo social y lo individual” (González Rey & Moncayo, 2017, p. 20). Por su parte, la *subjetividad individual* es entendida como “los procesos y formas de organización subjetiva de los individuos concretos donde aparece constituida la historia única de cada uno de los individuos” (González Rey, 2002, p. 241); y la categoría de *subjetividad social* –al igual que la *subjetividad individual*– hace referencia a la integración de múltiples factores que trascienden la expresión intencional frente a cualquier situación social. Con respecto a la *subjetividad social*, González Rey plantea:

El concepto de *subjetividad social* integra los elementos de significación y sentido que, producidos en las zonas de la vida social de la persona, se hacen presentes en los procesos de relación que caracterizan a todo grupo o agencia social en el momento actual de su funcionamiento. De la misma forma, la *subjetividad social* aparece constituida de forma diferenciada en las expresiones de cada sujeto concreto, cuya *subjetividad individual* está atravesada de forma permanente por esa *subjetividad social* (González Rey, 2002, p. 189).

De acuerdo a lo anterior, se puede entender que lo social deviene *subjetividad* en la historia de los individuos y de los espacios socia-

les donde ellos se expresan. Conforme a lo anterior, se entiende en este estudio que el servicio de hospitalización de la USM es un espacio donde confluyen subjetividades individuales. Si bien en el espacio hay unos lineamientos, reglas, discursos, etc., son las personas quienes dan forma a esos discursos, quienes los organizan subjetivamente y quienes producen subjetividad sobre ellos; por lo tanto, la subjetividad social se entiende como esas invenciones humanas construidas en el marco de un diálogo entre personas y espacios –en tanto comprenden normativas, reglas, discursos, etc.– que permiten expresiones de subjetividad social. En concordancia con lo anterior, se puede afirmar que cada individuo presente en la USM constituye un espacio desde el cual se puede entender la subjetividad social que se construye en dicho espacio, es decir que cada persona da cuenta mediante su discurso y acciones de la subjetividad social que dialogan en este espacio concreto espacio-temporal.

Por su parte, el *sentido subjetivo* es una categoría que enfatiza el carácter singular de las producciones subjetivas y el carácter generador de la psique humana. El *sentido subjetivo* es definido por González Rey como:

La unidad constituyente de la subjetividad que integra aspectos simbólicos, significados y emociones en una nueva organización, dentro de la cual estos elementos no tienen relaciones de causalidad. Entre lo simbólico, lo emocional y las significaciones en la organización de los sentidos existe una relación recursiva [...] Los sentidos subjetivos tienen un carácter histórico, en tanto son generadores de emociones y formas simbólicas que anticipan las acciones del sujeto a partir de su historia, pero, a su vez, están unidos inseparablemente a aquellas, representando un momento procesual permanente asociado a la acción del sujeto. (2002, p. 113).

En el marco de esta conceptualización es importante destacar la producción simbólico-emocional que se puede desarrollar de manera individual y social. Esta importancia de la emocionalidad cobra un valor a nivel ontológico ya que por medio de ello se reivindica la sin-

gularidad y el carácter generador del individuo, reanimando la discusión del valor de los procesos emocionales que la visión objetivista y positivista tiende a negar.

Por último, la categoría de *sujeto* es planteada como posibilidad de resistir y crear diferentes formas de subjetivación dentro de los espacios sociales y discursos hegemónicos. Este concepto no debe confundirse con la de individuo o persona, pues desde González Rey “sujeto” es aquel que da cuenta de posicionamientos subjetivos generadores de formas alternativas de subjetivación frente a situaciones o espacios sociales rígidos o cristalizados.

La teoría de la subjetividad permite un distanciamiento respecto al análisis de la salud/enfermedad mental y servicios de hospitalización en la medida en que los otros enfoques soportan sus análisis bajo determinismos sociales; esto pierde de vista la capacidad generadora de las personas y el carácter vivo y transformador de los espacios.

Sobre el servicio de hospitalización en una Unidad de Salud Mental

A continuación, se describe, a la luz del sistema de salud colombiano, la conceptualización sobre el *servicio de hospitalización*. Se aclara que, por medio de esto no se pretende en este apartado plantear afirmaciones a priori ni universales con relación al significado de la categoría hospitalización de salud mental. Por tal razón, se aclarará que los conceptos que a continuación se discuten parten de planteamientos institucionales y se exponen como contexto para el lector.

La hospitalización de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013), es un servicio definido como:

El conjunto de intervenciones y procedimientos necesarios para prestar servicios de salud de tipo clínico o quirúrgico dentro del ámbito in-

trahospitalario y en el que se hace necesario un cuidado permanente y unos recursos especializados para su atención. Con ellos se garantiza el diagnóstico o la terapia propios del ámbito intramural y con la logística inherente a un servicio hotelero. Se ingresa desde urgencias y ambulatorios (p. 81).

Por su parte, el servicio de hospitalización propiamente de la Unidad de Salud Mental del hospital que sirvió de contexto para el presente trabajo describe como objetivo principal:

Brindar atención integral tanto ambulatoria como en hospitalización, a pacientes con compromiso de su salud mental quienes tienen comorbilidad orgánica severa o presentan complicaciones psiquiátricas a raíz de su patología física. Además de brindar educación en Salud Mental a las diferentes Unidades Estratégicas de Servicio del Hospital Universitario del Valle y a la comunidad del sur occidente colombiano con alta calidad médica, humana y académica, siendo centro de formación de recurso humano para las diferentes áreas de la salud (documento propio del hospital del estudio, s/f, p. 2).

De acuerdo a lo anterior, en este espacio hospitalario, se brinda un *tratamiento* psiquiátrico a personas que tienen psicopatologías en su fase aguda o descompensada junto con otros tratamientos asociados que demanden atención por las otras especialidades médicas del hospital.

Con relación a la *salud mental*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que esta es “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad” (OMS, 2018a). La preocupación por la salud mental a nivel mundial está en ascenso (OMS, 2018b; 2018c; Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias, 2015b) aunque en muchas ocasiones la accesibilidad a los servicios de salud se restringe por el estigma y el desconocimiento frente a este tipo de malestares.

En consonancia con el marco conceptual de la teoría de la subjetividad de Fernando González Rey, se puede afirmar que, la hospitalización es un espacio en el cual confluyen subjetividades individuales, discursos, representaciones sociales e imaginarios sociales que alimentan la configuración subjetiva de la subjetividad social, formando un espacio único y singular.

Método

En concordancia con el objeto de estudio del presente trabajo –los procesos subjetivos–, la metodología de presente estudio toma distancia de la investigación que se caracteriza por elaborar instrumentos pre-determinados y rígidos para medir las variables y categorías previamente establecidas –y desarrolladas teóricamente– así como por la estandarización de los resultados para mostrarlos universales. Por el contrario, en esta investigación no se parte de una hipótesis que es sometida a comprobación, pues la teoría no es tomada como un presupuesto que debe comprobarse con los datos del campo (Creswell, 2005), por el contrario, la teoría es vista como un engranaje teórico que atraviesa la subjetividad del investigador (Creswell, 2005), y se presenta como un modelo al cual se le va dando vida en cada uno de los momentos de la investigación (González Rey & Mijtáns, 2017). En los siguientes párrafos se profundizará este último aspecto.

De acuerdo a lo anterior, la construcción de los resultados y discusión de esta investigación se desarrolla bajo una metodología constructivo-interpretativa; la investigación cualitativa consiste en un camino (no lineal) en el cual se analiza y reflexiona sobre la información (tanto leída como del trabajo de campo) de forma constante. Por tal razón, esta metodología no concibe el trabajo de campo como un momento exacto, sino como un proceso en el cual el investigador observa, piensa, reflexiona, cuestiona y discute con los participantes de forma constante y dialógica. Todos estos ires y venires del campo al escri-

torio y viceversa, permiten la construcción de modelos teóricos, que explican este fenómeno en particular, por medio de la inteligibilidad que se le va dando a las construcciones intelectuales del investigador en el curso de la investigación. Sobre esto, González Rey & Mijtáns (2017) plantean que “[...] una teoría solo puede aparecer como un recurso de inteligibilidad sobre el problema estudiado durante la investigación o la práctica profesional, como una construcción, no a priori de los contenidos que integran esta teoría” (p. 38). En este orden de ideas, es en el curso del proceso de investigación que se construye el entramado teórico y estos se tejen con base a las informaciones (trechos de información) del trabajo empírico.

Como se sigue de lo anterior, se puede afirmar que la epistemología cualitativa de Fernando González Rey se inscribe dentro de lo que Guba & Lincoln (2002a) denominaron *investigaciones de los nuevos paradigmas*²¹, refiriéndose a aquellos estudios e investigadores que centran su campo de interés en el “conocimiento social subjetivo e intersubjetivo y la construcción y cocreación activa de dicho conocimiento por parte de agentes humanos” (p. 55). Es por esto que se parte del hecho de que “los sentidos subjetivos y las configuraciones subjetivas deben construirse en la investigación y están legitimados por información que no aparece directamente en las expresiones de los participantes, pero que son esenciales para generar nuevas inteligibilidades teóricas sobre el problema estudiado” (González Rey & Mijtáns, 2017, p. 39. Traducción propia de la autora).

De acuerdo con lo anterior, se hace necesario declarar que los principios metodológicos del estudio son los mismos que los planteados en la investigación del apartado II. Estos son:

²¹ De acuerdo a Guba & Lincoln (2002b), los investigadores de los nuevos paradigmas son los teóricos críticos, constructivistas y los investigadores participativos/cooperativos, todos estos distanciándose del positivismo y pospositivismo.

1. Legitimación de lo singular como instancia de producción de conocimiento.
2. La investigación en las ciencias antro-po-sociales como un proceso de comunicación dialógica.
3. La epistemología cualitativa y el carácter constructivo interpretativo del conocimiento.

Bajo la guía de los anteriores principios, la estrategia de investigación del presente estudio es producto de la creación propia de la investigadora, quien a modo de *quilt maker*, como bien lo menciona Becker, “el investigador cualitativo utiliza las herramientas estéticas y materiales de su oficio, y es capaz de desplegar estrategias de toda clase, métodos y materiales empíricos que se encuentren disponibles” (citado por Denzin & Lincoln, 2012, p. 50). De acuerdo a lo anterior, el investigador se sirve de diferentes instrumentos con el fin de obtener del campo información de calidad más que cantidad de información valiéndose de la adopción de principios de la etnografía²² para la creación de un escenario social de la investigación que permita la introducción al campo y el levantamiento de información que trascienda lo “políticamente correcto²³”.

A continuación, se presentará lo que González Rey (2010) denomina construcción del escenario social de la investigación, lo cual hace referencia al proceso y estrategias que crea el investigador para propiciar un espacio de confianza con los participantes en el trabajo de campo. Esto es de vital importancia en la medida en que se busca trascender el formato de recolección de datos en un solo momento y

²² En el año de 1993 González Rey discutía sobre el valor de las investigaciones antropológicas en el estudio de los fenómenos sociales por el hecho de develar la dimensión subjetiva en el camino de pretender introducirse en una cultura específica.

²³ Con la expresión “trascender lo políticamente correcto” se hace referencia a superar respuestas automáticas asociadas a los ideales de la época y morales de turno.

se busca el acercamiento a un proceso de levantamiento de la información que implica crear estrategias para levantar, aclarar, analizar, cuestionar y reflexionar la información que será la materia prima de la escritura de los resultados y discusión.

Construcción del escenario social de la investigación

El trabajo de campo se llevó a cabo en el área de hospitalización de la Unidad de Salud Mental de un Hospital Universitario de Cali. A este espacio se asistió en la jornada de la mañana, dos veces por semana desde agosto de 2019 a octubre 2019 y el mes de noviembre se asistió cuatro veces por semana, esto con el fin de hacer un seguimiento más estrecho a los pacientes que pudieran ser participantes del trabajo.

La construcción del escenario social de la investigación, inició meses antes de la inmersión en el área de hospitalización de la Unidad de Salud Mental. El procedimiento de inscribir el proyecto en el Comité de Ética tuvo una duración de seis meses y acarreó dos dificultades: por una parte, implicó sortear un tiempo de espera que daba cuenta del alto volumen de trabajos que debían ser revisados por el Comité y, por el otro lado, el tiempo de espera implicó una discusión epistemológica y metodológica de la forma de hacer investigación desde la psicología y la medicina. Frente a lo primero en mención, es pertinente exponer que sin la participación del médico especialista en psiquiatría (co-investigador) en el proyecto de investigación, probablemente el trabajo se hubiera demorado mucho más tiempo en su tramitación en el Comité de Ética. Alrededor del segundo mes de su revisión por el Comité de Ética, este realiza la solicitud de elaborar una entrevista semiestructurada que diera cuenta de categorías e indicadores. En consenso con el equipo de investigación, se construyó un instrumento y se envió al Comité con el fin de acatar sus solicitudes y no retrasar más tiempo la iniciación en el trabajo de campo.

Como se puede apreciar, la construcción del escenario social de la investigación comienza con el hecho de sortear obstáculos que impedían iniciar el trabajo de campo los cuales fueron removidos con la mediación del médico psiquiatra co-investigador del proyecto quien facilitó la apertura de la USM y con ello la observación participante.

En este punto es pertinente aclarar que, al tratarse de una investigación cualitativa, la flexibilidad ha permitido no forzar las informaciones recogidas en el trabajo de campo a los objetivos previamente establecidos. Es por esta razón que los objetivos establecidos al inicio, se han transformado. Sin perder de vista la esencia del proyecto, la investigación ha hecho un viraje, pasando del interés de indagar sobre la *relación profesionales de la salud- pacientes: algunas consideraciones sobre la atención en salud mental en un Hospital de la ciudad de Cali a cuestionarse sobre las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el servicio de hospitalización en una Unidad de Salud Mental de la ciudad de Cali*. Este cambio se sustenta en las siguientes razones:

- Pretender abordar la “relación profesionales de la salud- pacientes”, dejaba por fuera personajes de vital importancia inmersos en la sala, tal es el caso de los estudiantes.
- La inmersión en el trabajo de campo dio cuenta que en el día a día de la sala se exponen, en forma de discurso y de acto, subjetividades individuales –propias de cada persona– que convergen en la configuración subjetiva social de la USM. Por esta razón, permitir la apertura al diálogo y emergencia de discursos con relación a la historia de vida, la formación y la experiencia en el campo de la salud mental –y no solamente a la relación profesionales de salud-paciente– llevó a la obtención de valiosa información sobre las dinámicas, procesos, prácticas, representaciones y experiencias del área de hospitalización.

- La dialogicidad entre los procesos subjetivos (subjetividad individual y social), permitió conocer que más allá de la relación entre dos grupos de personas (personal de salud/pacientes), los datos del trabajo de campo mostraron que el comportamiento en la sala está estrechamente relacionado con las formas de concebir-se y pensar-se como individuos y sujetos inmersos en dinámicas hospitalarias. Esto permitió dar cuenta de las formas en que las personas del servicio (profesionales, estudiantes y pacientes) emergen como sujetos críticos y reflexivos frente a un espacio que, desde afuera, pareciera ser rígido por sus directrices y normativas (tanto institucionales como nacionales).

Bajo el nuevo énfasis, la investigación incluyó a todas las personas que se encuentran inmersas en el campo, es decir, el espacio de hospitalización de la Unidad de Salud Mental, en el horario de la mañana durante los días de observación. Con todas estas personas se sostuvieron conversaciones enmarcadas en lo cotidiano del trabajo de campo. Estos son:

Tabla 3. Participantes.

Profesionales del servicio	Estudiantes	Pacientes
Médico psiquiatra, enfermeros (tres por cada turno rotativo), una secretaria, enfermera jefa ²⁴ , un médico general, dos psicólogas, una terapeuta ocupacional, una trabajadora social.	Grupo de entre 3 y 4 estudiantes de último año de Medicina que rotan cada tres semanas.	El cupo total de la sala es de 22.
	Grupo de tres estudiantes de último año de Terapia Ocupacional que rotan cada semestre.	Por lo general el cupo permanece lleno, no obstante, el mes de octubre tuvo semanas con un cupo total de 8 a 10 pacientes ²⁵ .
	Un estudiante de último año de Enfermería que rota cada 3 meses.	
	Una estudiante de Enfermería jefe.	
	Grupo de cinco estudiantes de Psicología que rotan cada año.	

Fuente: Elaboración propia (2020).

En el inicio del trabajo de campo, la investigadora fue percibida como una extraña para los participantes (sobre todo por el personal de salud, no tanto por los pacientes), muchos la percibían desde un rol de evaluadora. El apoyo en las actividades de trabajo social permitió que este imaginario fuera cambiando. Además, hubo dos sucesos en particular que permitieron la apertura de la confianza de personal

²⁴ Durante el tiempo de la observación participante este cargo tuvo considerables cambios. En el primer mes y medio de la observación, la sala contaba con dos enfermeras jefes, una encargada de la atención clínica y la otra de lo administrativo. No obstante, la enfermera encargada de lo clínico salió para después reincorporarse. Una vez esta persona se reincorpora, la jefe encargada del servicio administrativo es retirada de la sala.

²⁵ El establecimiento y cancelación de convenios con EPS es una cuestión que afecta directamente los cupos de la sala. De igual manera, la ausencia de psiquiatras en consulta externa es una situación que hace descender el número de pacientes hospitalizados. Más adelante, en los resultados, se describirá esto.

hacia ella: primero, se presentó un caso de crisis de angustia en un estudiante de enfermería el cual fue abordado e intervenido por la investigadora por encargo del médico líder del servicio en vista de que no se encontraba la psicóloga de la sala. Este suceso generó confianza por parte del equipo. Segundo, en otro día de trabajo de campo se presentó un robo del bolso de la investigadora dentro de la sala lo cual generó la movilización de recurso humano para recuperarlo lo que creó un espíritu de compañerismo y apoyo con el resto del equipo. Estos dos sucesos permitieron la integración y confianza del personal hacia la investigadora y viceversa. Después de esto, se da inicio a las entrevistas con el personal de salud de la USM.

Ahora bien, con respecto a las estrategias empleadas para conseguir información, se tomó prestado de la etnografía la observación participante (Malinowski, 2013; Guasch, 2002; Angrosino, 2007), escritura de diarios de campo (Creswell, 2005), descripción densa (Geertz, 2003) y la intención de implicarse en el contexto con el fin de lograr un entendimiento de la realidad desde el punto de vista del nativo. En concordancia con lo anterior, el formato primordial de recolección de información fue el diario de campo, de igual manera se realizaron conversaciones espontáneas (con anotaciones en diario de campo), dinámicas conversacionales orientadas bajo ejes temáticos (con grabación y transcripciones) y complementos de frases tanto al personal de salud (profesionales y estudiantes) como a pacientes.

El complemento de frases es un instrumento que permite que el participante escriba lo que piensa y/o siente sobre unos inductores cortos que el investigador ha planteado. Este instrumento, igual que las conversaciones, busca la expresión de las producciones subjetivas de las personas. Por su parte, las conversaciones buscan “la emergencia del sujeto desde un compromiso total con su expresión” (p. 72), partiendo del hecho que todo trecho de información es valioso en tanto es la expresión viva del participante que habla. Sobre las dinámicas conversacionales González Rey (2006), plantea:

La ruptura epistemológica estímulo-respuesta, hace que reivindicemos en nuestra metodología los sistemas conversacionales, los que permiten al investigador descentrarse del lugar central de las preguntas, para integrarse en una dinámica de conversación, que va tomando diversas formas y es responsable por la producción de un tejido de información que implique con naturalidad y autenticidad a los participantes. Los elementos que nos indican la cualidad del clima en que la información aparece, tienen, dentro de esta perspectiva, un valor esencial para juzgar su legitimidad (p. 69).

Las conversaciones bajo ejes temáticos fueron grabadas con la autorización de los participantes. Se consolidaron un total de diez grabaciones de las cuales cinco fueron a pacientes y cinco a personal del servicio. Los criterios de selección de los pacientes se decidieron en discusión con el equipo de trabajo. Estos se basaron en dos criterios del examen mental psiquiátrico: juicio de realidad no comprometido y pensamiento lógico; de igual manera, la edad de estos participantes debía exceder los 18 años. En el grupo del personal de salud, se contó por lo menos con una persona de cada disciplina que tuviese un período mínimo de seis meses en dicho espacio. Estos criterios de selección excluyeron a la trabajadora social y a la jefa de enfermería actual ya que no cumplían los criterios de inclusión (llevaban menos de seis meses en la sala). Junto con el psiquiatra líder de la USM se definió que el consentimiento informado de ingreso al Hospital de los pacientes, podía ser usado como consentimiento informado del presente estudio, esto cobijado bajo el carácter “Universitario” del Hospital, es decir, que todo paciente acepta esta connotación cuando firma el consentimiento de ingreso.

Es pertinente mencionar que tanto el proceso de consolidación de un lugar en el campo, como la creación de estrategias de levantamiento de la información y el análisis de la información por medio de la construcción de categorías y ejes temáticos dan cuenta del carácter constructivo interpretativo de la presente investigación, pues el en-

frentamiento al campo, la discusión de lo ocurrido cada día, el pensar la forma de abordar al personal y la forma de profundizar la información, han sido construcciones llevadas a cabo en el transitar de la investigación.

En resumen, en lo que respecta a la metodología el trabajo se divide en cuatro momentos. Estos son:

1. Formulación del proyecto inicial con base en la revisión de la literatura.
2. Presentación del proyecto en el Hospital y con esto la recepción de sugerencias y ajustes del personal médico y del Comité de Ética del Hospital. Formulación de instrumentos de recolección de datos de manera inicial por sugerencia del Comité de Ética.
3. Construcción del escenario social de la investigación, dentro del espacio de la Unidad de Salud Mental. Simultáneo a esto, se realizaron ajustes de los instrumentos, a saber, rejillas de observación (consignadas en diarios de campo), entrevistas y complemento de frases.
4. Una vez recolectada la información, la fase de escritura de resultados se consolidó. En un primer momento, con base al objetivo de investigación (*describir las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el servicio de hospitalización en una unidad de salud mental de la ciudad de Cali*) se delimitaron categorías de análisis que estuvieron presente en la lectura de cada una de las entrevistas y diarios de campo. En la medida que se realizó la lectura de los datos, se identificaron estas categorías iniciales y otras emergentes; estas se crearon en el programa Nvivo como nodos y posteriormente se transformaron en tema que hace referencia a cada uno de los apartados expuestos en los resultados.

Tabla 4. Procedimiento de análisis de la información. Identificación, categorías y temas.

Categorías iniciales	Categorías emergentes	Temas
Categoría 1. Producciones subjetivas sobre prácticas institucionales desde el punto de vista del personal de salud	Producciones subjetivas sobre: (1) Normativas locales y nacionales. (2) La precarización en el campo laboral de la salud.	La USM como un espacio micro social de la crisis de la salud colombiana
Categoría 2. Producciones subjetivas sobre la “enfermedad mental”	Producciones subjetivas sobre: (1) La vocación y servicio por el cuidado del otro.	“La enfermedad mental ya no es algo ajeno a uno”: Nuevos sentidos sobre la salud y la enfermedad mental.
Categoría 3. Producciones subjetivas sobre el servicio de hospitalización desde el punto de vista del personal de salud	Producciones subjetivas sobre: (1) El estigma social respecto a la enfermedad mental. (2) El abandono familiar y social como consecuencia de la enfermedad mental.	¿Por qué estoy aquí si yo no estoy loco?: Producciones subjetivas de pacientes asociadas al servicio de hospitalización.

Fuente: Elaboración propia (2020).

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del trabajo investigativo. En este apartado hay tres subtítulos, en los cuales se presenta una primera parte donde se describieron las expresiones de subjetividad

social de los participantes alrededor del proceso de hospitalización; posterior a esto, se aborda la comprensión de los sentidos subjetivos alrededor de la salud/enfermedad mental y los de subjetividad individual alrededor del tratamiento del personal del servicio, y, por último, se describen estas mismas expresiones (sentidos subjetivos y subjetividad individual) en los pacientes. Vale la pena precisar que en el marco del abundante material del trabajo de campo, con el fin de no exceder la extensión del presente documento, se han elegido fragmentos del diario de campo, conversaciones y complementos de frases que dan ejemplo y clarifican el tejido constructivo-interpretativo de las informaciones.

Producciones subjetivas emergentes alrededor del servicio de hospitalización en una Unidad de Salud Mental

La USM como un espacio micro social de la crisis de la salud colombiana

El sistema de salud colombiano está organizado por niveles de complejidad de atención estructurados y organizados de manera piramidal en cuya base se atienden los casos básicos y en la medida en que se acerca al vértice se atienden los casos de mayor complejidad. Dentro de estos niveles de atención, el Hospital en el cual se encuentra la Unidad de Salud Mental, escenario del presente estudio, se inscribe en los niveles II y III. Estos hacen referencia a atención ambulatoria, de hospitalización especializada y de resolución de problemas de alta complejidad.

El hospital público en Colombia es una Empresa Social del Estado (ESE) prestadora de Servicios de Salud. Con la Ley 100 de 1993 se convierten “... los hospitales públicos en entes administrativos descentralizados con autonomía financiera y patrimonio propio” (López, Urrea & Navarro, 2006, p.93). Adicionalmente, con esta Ley se cambió la forma de financiación hospitalaria, ya que se pasó de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda. Esto quiere decir que en lugar de

financiar la oferta de servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas (subsidio a la oferta), se comenzó a financiar a entidades privadas (Entidades Promotoras de Salud, EPS) para que administrasen los recursos públicos de la salud en un modelo de intermediación financiera. Este nuevo modelo se correspondió con las necesidades del modelo neoliberal en salud que profundizó la privatización de la salud y en un principio diferenció el acceso a los servicios de salud de la población de acuerdo a la capacidad de pago. Además, las EPS obtenían mayores réditos en el ejercicio de la administración en salud en la medida en que negaran prestación de servicios a los pacientes.

La transformación de un hospital público a una institución prestadora de servicios trajo consigo la exigencia de la autosostenibilidad. Con la Ley 100 de 1993, muchos hospitales del país cayeron en la clasificación de *situación financiera con riesgo medio o alto*. De acuerdo a la reforma de la Ley 100 mediante la Ley 1438 de 2011, toda ESE categorizada en riesgo medio o alto debería someterse a un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Por esta razón, en el año 2014 el Hospital del presente estudio se vio compelido a adoptar y ejecutar dicho Programa, no obstante un año después este no mostró los resultados esperados y el pasivo del Hospital se incrementó de una forma significativa hasta tal punto de sumirlo en una grave crisis financiera que condujo al cierre de muchos servicios. Así entonces, en el año 2016 se inicia un proceso de restructuración de pasivos –cobijada bajo la Ley 550 de 1999²⁶– en el cual se autoriza a la Gerencia iniciar y culminar acciones encaminadas a enderezar acciones presupuestales de la ESE. Una de las acciones tomadas dentro de este Programa de Saneamiento Fiscal que más repercutió en el equipo de trabajo de la USM del presente trabajo estribó en la reducción de la planta del personal con el objetivo de reducir gastos y costos, acción tomada en el tercer trimestre del año 2016.

²⁶ Ley conocida como Insolvencia Económica.

Siguiendo los planteamientos teóricos de González Rey, se puede decir que las dinámicas histórico-contextuales de la crisis en el sector salud a nivel nacional alimentan la subjetividad individual la cual emerge en la subjetividad social presente en la USM. En cercanía de los planteamientos de González Rey (2015), Roudinesco (2005) y Braunstein (2013) también han realizado críticas a las exigencias externas nacionales e internacionales que recaen sobre los espacios de hospitalización psiquiátrica.

Todo el contexto anterior se plantea debido que, al iniciar el trabajo de campo las conversaciones con el personal del servicio de la USM giraron, en su mayoría, a este hecho. Dentro de sus relatos y expresiones se conoció cierta molestia que daba cuenta de la percepción de un “sistema de salud que mercantiliza la vida”. Es por esta razón que, este fue un tema que se ahondó en las conversaciones; respecto a esto dos participantes exponen:

Doctora: Estoy cansada de una EPS que no autoriza nada. Hay una paciente que lleva en el Hospital 45 días y esta EPS no autoriza nada.

Investigadora: ¿Y eso no le sale más costoso a la EPS?

Doctora: Se supone que sí. Pero como ellos se declararon en bancarrota, ellos no sienten la obligación de pagar. Entonces les da igual que la paciente esté aquí y que pasen los días. (Comunicación personal, diario de campo, agosto 22 de 2019).

Las EPS y el sistema de salud: Son unos empresarios que negocian la vida de las personas que aportan a ellas. (Complemento de frases, terapeuta, noviembre 20 de 2019).

Lo que más me agota es: la falta de recursos en un sistema de salud que no cubre las necesidades del ser humano (Complemento de frases, terapeuta, noviembre 20 de 2019).

En la conversación sostenida y en el complemento de frases expuesto, algunos participantes manifestaron condiciones de “agotamiento” con relación al trabajo en el servicio de hospitalización y también desconcierto y cuestionamientos sobre el deterioro de la salud de los ciudadanos por cuenta del modelo de intermediación financiera. Esto se puede observar cuando la doctora expresa que está “cansada de una EPS”, en un día donde se notaba su agotamiento y angustia en su rostro; y, cuando la terapeuta relaciona el agotamiento del trabajo con el sistema de salud y esto a su vez con “negociar la vida”.

Expresiones como las anteriores llevaron a indagar más sobre la Ley de la salud en Colombia con el fin de comprender aquellas cuestiones normativas que también hacen parte de la subjetividad social de la hospitalización en la USM. Con relación a esto, se considera que los discursos del personal del servicio de salud mencionados dan cuenta de desdoblamientos de la Ley 100 dictada en 1993 y de la crisis del Hospital del año 2016, que no debemos olvidar fue producto –tardía– de la apertura neoliberal del sistema de salud colombiano. A su vez, los fragmentos expuestos, permiten mostrar que la situación de la re-estructuración, según los entrevistados, es percibida de manera latente y se hace viva en la USM.

En la medida en que se conversaba, en la cotidianidad de la USM, sobre el Programa de Reestructuración del Hospital, salieron a flote expresiones que daban cuenta de la molestia que les causa, a algunos participantes, las contrataciones realizadas por medio de contratos por prestación de servicios (conocidos como contratos por OPS) ejecutados por cooperativas que tercerizan el trabajo (fenómeno de tercerización laboral). De esto se colige que la subjetividad social en la USM atraviesa las producciones subjetivas a partir de la emergencia de sentidos alrededor de la incertidumbre laboral. Sobre esto, una de las psicólogas expresa lo siguiente:

Aquí vemos que el día de mañana nos pueden despedir. Eso así no tiene sentido. Imagínate que hace un tiempo como tres años, en el Hospital

eran como 900 trabajadores nombrados. Ahora, si mucho, hay 100. De aquí de la sala son pocos, el Doctor Líder que se jubila en diciembre y el vigilante de consulta externa que también ya está que se jubila. A los demás, en cualquier momento nos pueden sacar. Todo el resto, estamos por agremiación (Comunicación personal, diario de campo, agosto 15 de 2019).

En el fragmento anterior, la participante manifiesta un sinsentido frente a su trabajo relacionado con la posibilidad de ser despedida en cualquier momento. Por lo tanto, la situación de crisis del Hospital es una cuestión que está presente de alguna manera en la organización subjetiva del personal de salud en el sitio de trabajo desde la incertidumbre laboral. Hasta aquí se puede decir, con base en los fragmentos del diario de campo expuesto, que, tanto la crisis de la salud como los despidos masivos (situación que afectó al personal directamente) se expresan subjetivamente en el personal de salud mediante sentimientos de incertidumbre y molestia ante la amenaza latente de ser despedido en cualquier momento.

A pesar del panorama anterior, en el cual el personal del servicio de la USM se organiza subjetivamente desde lo incierto, también se observa en las conversaciones sostenidas en la cotidianidad, que el discurso crítico frente al sistema de salud de los trabajadores nombrados en cargos públicos, es acompañado por manifestaciones de resistencia política, camaradería y solidaridad. Aquí un ejemplo:

Aquí, en el 2016 nos despidieron a muchos. Muchos de los que estábamos nombrados y pensábamos teníamos el trabajo fijo por ser contratación con el Estado. Nosotros, la mayoría, nos juntamos e hicimos una carta a la Comisión Nacional de Servicio Civil, comunicando lo que estaba pasando y solicitando apoyo. La respuesta fue que no nos podían despedir, entonces nosotros hicimos una petición al Gerente del Hospital, pero él creía que el despido masivo se podía hacer así porque sí. Pues imagínese que después de casi un año sin trabajar, teniendo las deudas a tope, debiendo servicios y pidiendo prestado para comer, nos llama de nuevo el mismo Gerente, a reincorporarnos al trabajo. El Gerente se dio cuenta

que despedir a los nombrados no era algo fácil, y menos cuando estamos a puertas de jubilarnos. Ahora, nosotros tenemos a favor una demanda al Hospital por el obrar de ese señor en su momento (Comunicación personal, diario de campo, octubre 31 de 2019).

En el fragmento anterior, la participante expresa la solidaridad y organización entre compañeros con el fin de solicitar sus derechos laborales como empleados públicos nombrados. Teniendo esto como referencia, se puede plantear que este suceso jurídico que emprendieron, como respuesta a los despidos masivos, afianzó vínculos entre compañeros trabajadores y, de cierta manera, el compromiso con el trabajo en el Hospital.

Todo lo anterior, fue mostrando un vínculo emocional que el personal de salud de la USM ha establecido con este espacio. Las conversaciones fueron mostrando que para muchos de ellos, el Hospital significa la única fuente posible de empleo y para algunos de ellos, la única experiencia en el campo laboral. Por tal razón, desistir de sus trabajos, significaba renunciar, en gran medida, a lo que habían construido hasta el momento en el plano de lo laboral y profesional. Sobre esto, durante la cotidianidad se expresaron manifestaciones como la siguiente:

Pensar en no volver aquí nunca fue una opción para mí. Este Hospital me lo ha dado todo. Lo público me lo ha dado todo. Yo soy graduada de Administración de Empresas de la Universidad del Valle y al graduarme inicié mi trabajo aquí. Pensar en salirme de lo público nunca ha sido una opción para mí, cuando esto es lo que me lo ha dado todo (Comunicación personal, diario de campo, octubre 31 de 2019).

En lo anterior, las palabras de la participante dan cuenta de su manifestación respecto al compromiso con la institución desde un vínculo tejido a nivel personal con el sector público, esto da cuenta de sentidos subjetivos respecto al sitio de trabajo el cual es atravesado, desde el componente vocacional. A su vez, siguiendo a González Rey (2002, 2007), podemos decir que la configuración subjetiva del trabajo

se organiza con relación a una historia de vida y procesos de identidad donde el estudio y el trabajo en lo público, en este caso, sirven como movilizador de recursos para buscar la forma continuar siendo empleados por el hospital.

Es importante destacar aquí, a propósito del compromiso con el Hospital y el trabajo en la USM, lo conversado cuando se discutía sobre el equipo terapéutico el cual tiene que liderar. El Doctor en la dinámica conversacional expresa:

Se han dado manifestaciones de mucho amor a la Unidad hace unos años los sacaron a ellos porque sacaron a todo mundo que tuviera por contrato, me quedaba con un auxiliar no más, y todo el equipo se me acercó. Me dijeron “Doctor ayúdenos con el pasaje y nosotros venimos y trabajamos. Estuvieron trabajando como tres días sin recompensa”, y eso es básicamente compromiso y el compromiso lo da el respeto que se les tiene a ellos y el amor por lo que hacen (Dinámica conversacional, Doctor, noviembre 14 de 2019).

El médico con sus palabras manifiesta un alto grado de solidaridad y compromiso con el personal de enfermería en los momentos de los despidos masivos del Hospital. Los últimos dos fragmentos, uno del diario de campo y el otro de una dinámica conversacional con el doctor líder de la sala, muestran expresiones sobre el compromiso, amor y vocación que se han consolidado en el marco del trabajo en esta USM y del trabajo con la salud mental.

Con las condiciones de trabajo expresadas hasta el momento, se puede decir de acuerdo a lo observado en el trabajo de campo, que el “compromiso”, “amor” y “vocación”, entre otros sentidos subjetivos, coexisten con las exigencias de rentabilidad que le hace la administración del hospital a la USM. Esta situación contrasta con las posturas de vocación frente a lo clínico-asistencial, y se relaciona con la delimitación de “Institución Prestadora de Servicios” que

genera profesionales preocupados por demostrar indicadores que demuestren la solvencia económica. Respecto a esto, en una conversación que pretendía buscar estrategias para generar ingresos a la USM, se discutió:

Profesional administrativa: Hay que mover la consulta externa de la USM.

Profesional clínica: Yo estoy moviendo todo en hospitalización. Ya coordiné con los estudiantes para hacer sesiones grupales con los pacientes y ya estamos imprimiendo publicidad y repartiéndola en el Hospital. Mejor dicho, no es sino que usted me dé la orden que yo tengo al equipo armado para eso.

Doctor: Sí, es necesario. Tenemos que crear estrategias para atraer personas y más ahora que varias EPS han cancelado el servicio con nosotros. Las sesiones grupales es una buena idea. (Comunicación personal, diario de campo, agosto 20 de 2019).

La conversación sostenida por los trabajadores expone estrategias empleadas para cumplir con las exigencias administrativas del Hospital. De acuerdo con esto, y a las observaciones en el trabajo de campo, se pudo distinguir que en el contexto de la sala los empleados implicados directamente en el reporte de indicadores que demuestren solvencia económica de la USM, asumen la USM como una unidad prestadora de servicios tal como se declara deben ser los hospitales públicos conforme a la Ley 100 de 1993. Los profesionales preocupados por dar cuenta a esta directriz de ofrecer servicios para facturar y lograr solvencia económica de la USM, actúan en muchas ocasiones, conforme a la lógica administrativa, que cumple a su vez con discursos neoliberales alrededor de la salud (Ley 100 de 1993). Sin pretender elaborar juicios de valor, más bien basándonos en lo observado en el trabajo de campo, se aprecia que mientras una parte de este equipo de trabajo se preocupa por la atención y el cuidado de los pacientes,

otros se preocupan por generar estrategias administrativas que permitan atraer clientes a la USM. No obstante, las exigencias administrativas, de facturar y vender los servicios de la salud, causan tensión en el personal a tal punto de crear malestar dentro del equipo de trabajo y/o suscitar el deseo de renuncia del personal.

Al conversar la exigencia de la solvencia económica exigida a la USM por parte del Hospital con el personal médico de esta sala de hospitalización (médicos generales, médicos especialistas, médicos internos y médicos residentes), ellos expresan, con cierto descontento, la imposibilidad de poder cumplir con esta exigencia. Sobre esto expresan que difícilmente las especialidades médicas clínicas (la psiquiatría es una de ellas) logran adquirir elevadas cifras de “facturación”, caso contrario le sucede a las especialidades quirúrgicas.

Resulta evidente que trabajar sobre la base del solo interés de incrementar indicadores produce tensiones que generan malestares personales en el sitio de trabajo. Tal es el caso de la renuncia de dos médicos de consulta externa y la re-ubicación de una jefe de enfermería. Todos estos, presionados por la solvencia económica de la USM, y de acuerdo a compañeros de la sala, “no lograron vivir la sala como un espacio ameno pues las preocupaciones de facturar atravesaban su quehacer”.

Para concluir este apartado, vale la pena mencionar que pese a las manifestaciones de “agotamiento” y de “incertidumbre laboral” presente en la USM, estas tensiones en el orden de lo laboral, no se ven reflejadas en la percepción del servicio ofrecido a los pacientes. Ejemplo de esto son los siguientes complementos de frases sobre “El personal de salud que atiende”, del cual dieron cuenta los participantes:

El personal de salud que atiende: 1A. No he tenido problema. A veces hablan mal del Hospital pero eso es mentira (Complemento de frases, P1, noviembre 5 de 2019).

El personal de salud que atiende: Ha sido muy profesional y me ha ayudado en lo que he necesitado (Complemento de frases, P2, noviembre 6 de 2019).

El personal de salud que atiende: Buenas personas, con vocación (Complemento de frases P3, noviembre 14 de 2019).

El personal de salud que atiende: Excelente, 1A. Entre esos el enfermero que me quiso ver diferente y fue mi barbero. (Complemento de frases, P4, noviembre 19 de 2019).

El personal de salud que atiende: Todos muy atentos, prestos siempre a ayudar (Complemento de frases, P5, noviembre 6 de 2019).

De acuerdo a estos complementos de frases de los pacientes, ellos atribuyen al servicio que reciben del personal sentidos subjetivos alrededor de la vocación y profesionalismo, entre otros. Con esto se expone que la valoración, de estos pacientes, respecto al servicio es positiva y esto se relaciona con el hecho de que el personal del servicio organiza de forma particular las producciones subjetivas alrededor de la crisis hospitalaria, de tal forma que blindan a los pacientes de todo lo que ocurre alrededor de las cuestiones administrativas.

**“La enfermedad mental ya no es algo ajeno a uno”:
Nuevos sentidos sobre la salud y la enfermedad mental**

Pese al panorama anterior, cargado en gran medida de aspectos que generan agotamiento en el personal, es necesario resaltar que existen manifestaciones de “compromiso”, “amor” y “gratitud” frente al trabajo con la hospitalización en la USM, las cuales emergen en el personal de salud a pesar de las dificultades con las que se encuentran. Estas son sobre el trabajo en el servicio de hospitalización de la USM y se organizan de acuerdo a las historias de vida de cada persona, historias que reconocen el trabajo, la salud, la salud/ enfermedad mental y lo público desde diferentes perspectivas (González Rey, 2015).

En el transcurso del trabajo de campo, durante las observaciones y conversaciones realizadas, se identificó que los recuerdos sobre la inserción en el campo laboral de la salud mental, cobraban importancia cuando se indagaba sobre el trabajo en la hospitalización de la USM. Las primeras experiencias en el trabajo (que resultaron ser en la misma USM), fueron significativas, a nivel emocional para la mayoría de las personas del personal del servicio de salud. El ingreso laboral al sector Salud y específicamente en el área de la Salud Mental se produjo de maneras diferentes en cada uno de los trabajadores de la USM; no obstante, este espacio de hospitalización abrió las puertas al trabajo con la salud mental para la mayoría de ellos; unas puertas que ellos decidieron mantener abiertas en el momento en que decidieron, y deciden cada día en el presente, continuar el trabajo en la USM. Un ejemplo de esto es el caso de un enfermero y terapeuta de la sala. Estos, discuten sobre su inicio en el trabajo con la salud mental lo siguiente:

Enfermero: cuando yo hice los tres meses ahí, la jefa me ofreció, dijo que me quedara ahí. Yo creo que ella vio mi interés y gusto por lo que hacía. No me quede por lo del sueldo, porque me pagaban seis meses después de entrar, al séptimo mes, yo tenía que esperar para ver reflejado mi primer sueldo. Por esa época, otro compañero me ofreció un trabajo que de hecho era también una unidad de salud mental y como eso me gustó, fui de una, sin pensarlo (Dinámica conversacional, enfermero, noviembre 12 de 2019).

Terapeuta: Cuando yo era estudiante de terapia hice mi práctica por acá por este espacio. Me parecía un espacio horrible. Horrible porque en ese tiempo nosotros como estudiantes no teníamos que participar de la revista, no éramos tenidos en cuenta, simplemente llegábamos a encerrarnos en este espacio porque ni siquiera podíamos salir a los pasillos, ni a tener acceso a las historias clínicas. Para nosotros poder acceder a las historias clínicas nos tocaba hacer un protocolo e ir hasta allá a leerlas, pero no nos permitían con facilidad. De hecho, no teníamos contacto directo

con el paciente ni siquiera con los profesionales. Y, fuera de eso, había un olor muy característico. Un olor a orines. Era muy bonito el espacio, era mucho más bonito que ahora, pero yo siento que era muy frío el manejo con el equipo, con los pacientes entonces yo pasé por aquí y dije “Jamás” (Dinámica conversacional, terapeuta, noviembre 20 de 2019).

En lo conversado con los participantes, estos manifestaron vivir la experiencia de la práctica de formación –como requisito de grado– en la misma USM en la que laboran hoy en día y aunque sus discursos son diferentes, estas experiencias permitieron el inicio de un camino lleno de conocimientos que se van construyendo y nutriendo a lo largo del tránsito en diferentes espacios sociales. Sobre su práctica de pregrado menciona el enfermero, connotaciones de “interés” y “gusto” por el trabajo en la USM, y la terapeuta connotaciones percibidas como “negativas”. De acuerdo a esto, se infiere que el personal que ha sido formado en el pregrado²⁷, con prácticas en la USM, tiende a consolidar un sentido de pertenencia con su trabajo, el cual se moviliza desde el plano de lo emocional. De igual manera, se puede observar en el fragmento del enfermero que su vinculación en la USM en el pregrado fue aquello que le permitió proyectarse en ese campo de la salud para su posterior empleabilidad. Por lo tanto, para estas personas la USM significó el escenario que hizo posible su formación como profesionales.

En la medida en que se conversaba sobre este tema, con el personal del servicio de salud, se empezaron a levantar indicadores alrededor de las posibles transformaciones alrededor de la forma de percibir y entender la salud y enfermedad mental que permitió el hecho de trabajar en la USM. Verse inmersos en el trabajo con la salud y la enfermedad mental diariamente, ha permitido a los participantes consolidar conocimientos y cuestionar prejuicios que los llevan a abordar

²⁷ Se plantea “pregrado” con el fin de referirse, también, a carreras técnicas o tecnológicas.

la hospitalización psiquiátrica por fuera de las expresiones de exclusión, estigmatizantes. Sobre esto, la terapeuta menciona en el marco de la dinámica conversacional lo siguiente:

Terapeuta: Al inicio cuando yo empecé, en mi primer trabajo, cuando yo empecé a leer de todo, yo decía “juemadre yo tengo esto y esto también y esto también”. Entonces concluí que en la medida en que uno tenga algo de acá, de acá y de acá, supuestamente tiene salud mental (Dinámica conversacional, terapeuta, noviembre 20 de 2019).

Llama la atención que al inicio de la carrera laboral, en el campo de la salud mental, la terapeuta asumía, con cierto temor, conocer que varios de sus comportamientos obedecían a criterios de diagnósticos. No obstante, también da cuenta de un cambio de posición frente a ello, pues el hecho de compartir características diagnósticas ya no significa para ella una cuestión que resulte preocupante. Hasta el momento, lo discutido indica que esta USM se convierte en un espacio transformador donde se organizan nuevas producciones y sentidos subjetivos alrededor de la salud y la enfermedad mental, que permiten pasar desde una mirada estigmatizante de la salud mental a una mirada que permite la suspensión de prejuicios.

Como se viene discutiendo, la USM como espacio que permite la organización de nuevas producciones subjetivas alrededor de la salud y enfermedad mental, fue tema de varias conversaciones durante el trabajo de campo. De acuerdo a esto, se puede plantear que la formación en salud mental atraviesa el componente simbólico-emocional de representar, vivir y ofrecer un servicio para la salud y la enfermedad mental; la experiencia de trabajar con ello permite construir y movilizar pensamientos y características estigmatizantes de la salud mental. Sobre esto mismo, uno de los estudiantes menciona su cambio de percepción frente a la salud mental en el siguiente fragmento de la dinámica conversacional:

Estudiante: uno también tiene un concepto totalmente errado de un paciente psiquiátrico, y me pasó muchísimo... yo tenía un concepto totalmente distinto, en cuanto yo creía que un paciente psiquiátrico era de los típicos digamos, como muchas veces en las películas que mantienen alucinados, que mantienen con delirios ¿sí?, y pasaba mucho... aquí me di cuenta que no, un paciente psiquiátrico incluso puede tener hasta más introspección y hasta más autorreflexión que una persona normal. Normal entre comillas digámoslo así, que no tiene un trastorno mental pues de base como tal, y muchas veces lo que necesitan es digámoslo así, es simplemente ser escuchados, y lo coloqué también, que... que son pacientes que también tienen mucho en su esfera psicológica y en su esfera de lo emocional como tal (Dinámica conversacional, estudiante, noviembre 7 de 2019).

El estudiante menciona que antes de ingresar a su práctica en la USM imaginaba a pacientes “alucinados”, no obstante, al igual que lo discutido por la terapeuta líneas atrás, esto fue transformándose en la medida en que desarrollaba su trabajo. El tiempo transitado en la USM le permitió conocer todas las posibilidades terapéuticas (introspección y autorreflexión) que los pacientes pueden desenvolver en la sala y con esto re-organizar subjetivamente lo que es la salud y enfermedad mental y el trabajo con ello.

Sumado a lo anterior, sobre la transformación en la forma de concebir la salud mental y su relación con el hecho de trabajar diariamente con ello, una de las psicólogas menciona que cuando le ofrecieron el espacio de trabajar en la USM lo primero que pensó fue que eso “era para locos. Yo por allá no entro”. Tanto la psicóloga como otros miembros del personal de salud expresaron, en los complementos de frases, formas de concebir la salud mental desde sentidos que se alejan del estigma. Aquí algunos ejemplos:

La Salud Mental: Es un hilo muy delgado que en cualquier momento se puede romper (Complemento de frases, terapeuta, noviembre 20 de 2019).

La Salud Mental: Es una problemática a nivel mundial, que nos está afectando de manera directa y requiere ser tomada en cuenta desde todas las esferas (Complemento de frases, psicóloga, noviembre 8 de 2019).

Los complementos de frases anteriormente descritos, como también los fragmentos de dinámicas conversacionales ya expuestos, son expresiones de la subjetividad que permiten dar cuenta que la forma de producir sentido sobre la salud y enfermedad mental, se transforma en la medida en que se interactúa en espacios sociales que permitan conocer las dinámicas desarrolladas en el cuidado de las mismas. En un principio el temor e incertidumbre inunda la mirada hacia los pacientes psiquiátricos, pero con el tiempo y el diálogo e interacción en diferentes espacios, esta visión cambia y allana el camino para considerar, reflexionar y pensar la salud, enfermedad mental y la “locura como un aspecto del cual todos tenemos un poco” (Complemento de frases, terapeuta, noviembre 20 de 2019). Tal es el caso, que el personal de la USM concibe la salud mental como algo en lo cual cualquier persona se puede ver afectada en cualquier momento. Con lo anterior, se expresa que el personal de la USM, en sus expresiones que dan cuenta de su subjetividad individual, expone producciones subjetivas que son el entretejido en los múltiples espacios sociales por los cuales han transitado.

Lo expuesto hasta aquí indica que las expresiones estigmatizantes respecto a la salud y enfermedad mental –propias de la sociedad, en general– han sido transformadas en la medida en que se trabaja y se comparten experiencias de vida con la enfermedad mental o las crisis psiquiátricas. Dentro de estas experiencias de vida pese a que la USM se convierte en un espacio de producción de nuevos sentidos, de

acuerdo a la presencia en las dinámicas cotidianas de la USM, se pudo observar que hay situaciones en las cuales confluyen expresiones estigmatizantes por parte del personal del servicio; estas suceden en gran medida en forma de bromas y burlas en la actividad de la revista médica. De acuerdo a la dinámica conversacional con el doctor líder de la sala, todo indica que hay una intencionalidad de permitirse la broma sobre la enfermedad mental en el espacio de revista. Este participante menciona:

Doctor: El trabajo con pacientes con enfermedad mental es tensionante, es doloroso, enfrentarnos el saber que no podemos hacer nada, eso es mucho más doloroso. Para el equipo médico es frustrante. Enfrentarse a una serie de limitaciones administrativas que tenemos, o algunos excesos administrativos, algo del personal, es mucho más tenaz. Y a veces las revistas eran tensionantes. Por eso empecé, hago bromas con el personal, en estos días a la trabajadora social le dije entre comillas que matará a ese tipo. Ella sólo me contestó “no doctor, no puedo hacer una cosa de esas”, ella casi entra en pánico. Yo pienso que la risa es una herramienta terapéutica, y un equipo que trabaja con salud mental, a pacientes tan enfermos que llegamos a momentos donde podemos hacer bromas, que pienso que nos permite, distensionarnos. Entonces la revista la empleo para eso, como elemento terapéutico. (Dinámica conversacional, Doctor, noviembre 14 de 2019).

Las palabras del médico dan cuenta de la broma en la revista médica como una posibilidad de contrarrestar la “tensión”, el “dolor” y la “frustración” que co-existe en el trabajo con la salud y enfermedad mental. En este espacio, salen a flote expresiones estigmatizantes en forma de broma con relación a las dificultades que se tienen con las limitaciones terapéuticas para el tratamiento de ciertas personas hospitalizadas por crisis psiquiátricas. Este mismo fragmento de la conversación muestra la broma como mecanismo de catarsis que promueve un servicio basado en el respeto, tal es el caso que el par-

ticipante menciona: “prefiero que los comentarios fuertes se digan en revista que frente a un paciente. En revista, yo puedo corregir de manera respetuosa”. Esto permite plantear que la promoción del respeto y el liderazgo del médico son dos cuestiones que también están presentes en la subjetividad social de la USM.

Por otro lado, y con relación a lo discutido en el marco de antecedentes expuesto al inicio del artículo, se puede afirmar que el tratamiento empleado para el abordaje de la salud mental se relaciona con la disciplina desde la cual cada persona se desempeña. De acuerdo a los participantes, cada profesión trae consigo una forma de ofrecer un tratamiento que se relaciona con diferentes maneras de concebir a las personas diagnosticadas (pacientes); un ejemplo de esto se encuentra cuando el profesional en terapia ocupacional plantea que su objetivo terapéutico se centra en lograr la funcionalidad del paciente, sin importar qué diagnóstico tenga; desde la psiquiatría el objetivo terapéutico se centra en el motivo de consulta que, por lo general, está relacionado con un trastorno severo del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico que pone en riesgo la vida del paciente o la integridad física de otras personas que conviven con el paciente.

En la medida en que se compartían los espacios de intervención con los enfermeros, terapeutas, médicos y psicólogos, fue posible observar que el tratamiento ofrecido por cada persona del servicio de la USM se relaciona con una historia de vida –basada en la formación y vivencia de experiencias singulares para cada participante–, con la forma de consolidar y ofrecer un tratamiento. Respecto a esto, el médico líder de la sala discute:

Cuando dicto un tratamiento debo olvidarme de mi yo personal y enfocarme única y exclusivamente en las necesidades que tiene mi paciente. Debo bloquear mis emociones... Yo pienso que tendríamos que despojarnos y pensar: ¿Qué es lo que es mejor para el paciente? Yo tengo que llegar a poder entender un poco qué es lo

que los pacientes necesitan... el paciente es el que permite darme cuenta qué es lo mejor para él, y qué herramientas tiene, y es lo que yo busco: lograr que mi paciente viva mejor sin hacerle daño a nadie, sin hacerse daño a él, así las herramientas que él utilice sean para mi forma de ver “perversas”, en eso nada tengo que ver como persona. Entonces el enfoque es lo que el paciente necesita, cuando tú como terapeuta lo logres ver, vas a poder ayudar a ese paciente, porque no necesariamente lo que es mejor para uno como terapeuta es lo mejor para el paciente, yo pienso que en esto me ha ayudado la practicidad médica, pues por medio de esta propongo un objetivo terapéutico al inicio y me dispongo a cumplirlo (Dinámica conversacional, Doctor, noviembre 14 de 2019).

Las palabras del médico exponen puntos significativos sobre el tratamiento en la USM. Por una parte, la importancia de orientar el objetivo terapéutico hacia la necesidad del paciente, y por otra parte, desarrollar el tratamiento desde la practicidad médica. Estas dos cuestiones se relacionan en la medida en que la practicidad médica es lo que le permite concentrar la atención y conocimiento en la necesidad propia del paciente y no en aquella que el profesional considera debería ser la necesidad del tratamiento en la hospitalización.

Durante el trabajo de campo, fue evidente el valor que cobra la actividad de la revista médica. Este espacio junto con el de la entrega de turno de enfermería inicia el día en la USM. Resulta importante destacar que la revista médica es el espacio donde se reúnen y dialogan todas las profesiones que hacen parte del servicio de hospitalización de la USM. Debido a la importancia de esta actividad, esto fue un tema que no se pasó por alto durante las conversaciones sostenidas con el líder de la sala. Sobre esto, menciona lo siguiente:

Doctor: Uno de los motivos de hacer la revista diaria, porque cuando yo llegué aquí se hacía dos veces a la semana, era que cuando me reunía con el equipo ya mi equipo había intervenido y hubo situa-

ciones en las que dije que no podía intervenir de esa manera. La única manera que yo vi, que pudiéramos tener un direccionamiento, en función de las necesidades del paciente, es en el día a día. El día a día me permite decirle a la Doctora, “doctora no le hable tan duro al paciente”, en muchas ocasiones me encuentro con que me responden “es que le estoy hablando bien”, entonces respetuosamente contestó: “ese es tu modo de ver y ser, pero el paciente no lo entiende así”. Este espacio también me permite recordarle al equipo que estamos al servicio de la necesidad del paciente, no de una necesidad que suponemos debería ser la del paciente (Dinámica conversacional, Doctor, noviembre 14 de 2019).

Con lo expresado en el fragmento anterior, se observa que el doctor líder de la sala implementó la revista médica de forma diaria como estrategia de conocer las diferentes formas en que el personal del servicio da un tratamiento a los pacientes, y con ello conocer la necesidad desde la cual se está realizando la intervención. Este espacio también lo utiliza para direccionar el tratamiento, siempre en función de las necesidades del paciente; con esto nos permite plantear que la psiquiatría es la disciplina que orienta toda intervención en el marco del tratamiento ofrecido por el servicio de hospitalización de la USM.

El tema sobre las diferentes formas en que el personal del servicio de la USM ofrece un tratamiento en el marco de la hospitalización se abordó desde varias perspectivas. Como se ha venido desarrollando, las conversaciones con el doctor líder del equipo y las observaciones cotidianas fueron fundamentales para ello. Además de lo anterior, fue importante indagar el tema de la interdisciplinariedad con los participantes. Cuando se indagó esto en las conversaciones, la gran mayoría de los participantes mencionó que “siempre hay un lugar para cada discurso, para cada profesión», no obstante en conversaciones con estudiantes quedan al descubierto lecturas que hacen notar que es la medicina la profesión que decide qué hacer o no con cada paciente. En una conversación con estudiantes, estos plantearon:

Diana: ¿Viste lo que le pasó a la psicóloga hoy en revista?

Claudia: ¡Uy sí! Que ella dio toda la historia de vida de un paciente, y dio mil explicaciones y cosas y lo único que se preguntó después de eso fue “¿Con qué medicamento esta?” (Comunicación personal, diario de campo, septiembre 17 de 2019).

La conversación de las estudiantes da cuenta, como se ha venido mencionando, pese a que es desde el discurso, que los profesionales expresan que toda disciplina tiene cabida en la discusión de los pacientes en la revista, las acciones observadas en el trabajo de campo, demuestran lo contrario. Con esto se expone que la discusión en la revista médica se basa en un tratamiento médico. No obstante, todo indica que los procesos de intervención se realizan de forma individual, desde cada profesión se construye un espacio terapéutico basado en sus propios lineamientos. Sin embargo, parece que es por esta primacía de la psiquiatría que las notas en el sistema se describen desde la psicología a manera de “seguimiento” por medio del S.O.A.P (subjetivo, objetivo, análisis y plan de manejo), donde lo subjetivo y objetivo corresponden a apartados del examen mental psiquiátrico.

¿Por qué estoy aquí si yo no estoy loco?: Producciones subjetivas de pacientes asociadas al servicio de hospitalización

Los pacientes, en el momento del ingreso a la hospitalización en la USM, asocian de manera casi refleja, este espacio con el cuidado psiquiátrico y seguidamente con “la locura”. Pensamientos expresados en los diálogos como: “yo no estoy loco” fueron las primeras expresiones en el momento del ingreso al servicio de hospitalización. Los participantes, describen que, imaginaban encontrar en la USM un espacio “lleno de locos”, lo cual significa “personas llevadas por los medicamentos” (Dinámica conversacional, P1, noviembre 5 de 2019) y personas a las cuales ignoran en tanto “yo siento que a los locos se les

ignora” (Dinámica conversacional, P2, noviembre 6 de 2019). De igual manera, algunos de ellos mencionaron sentir “temor” cuando se les anunció el ingreso, un temor que discutía con la expectativa de lo que fuera a ocurrir y con la necesidad de ser atendido, el P1 menciona respecto a esto: “tenía miedo, pero dije que iba a ver porque de pronto me ayuda” (Dinámica conversacional, P1, noviembre 5 de 2019). En este orden de ideas, la asociación de hospitalización psiquiátrica con locura es una cuestión que se pone en el plano de las conversaciones con los participantes, un ejemplo se expone a continuación:

Investigadora: Cuéntame la historia de cómo llegas a la USM, ¿quién tomó la decisión? ¿Cómo fue ese llegar aquí?

P3: Bueno, primero que todo, mi familia. Lo que ha sido el mes de octubre y este mes no ha sido fácil para mí. Mi hermana fue diagnosticada esquizofrénica paranoica. En este momento está en la casa, pero ha sido muy duro para toda mi familia. Ella de un momento a otro empezó a leer la Biblia y a ser demasiado extremista con las cosas que hace. Empieza a juzgar a los demás. Ella tiene 22 años, es auxiliar de cocina. Ella estaba trabajando, dejó el trabajo. También terminé con mi pareja, después de eso hubo un problema con unos amigos. Resulta que yo tuve un tipo de depresión que yo me tiré a la calle dos meses, sin hacer nada. Sin trabajar también. Pero pues, yo no estoy loco, sino que me dieron ganas de no hacer nada, de un momento a otro eso fue así. Y bueno, por todo eso terminé aquí.

Investigadora: ¿Cómo así eso de “yo no estoy loco”? ¿Qué es eso de “ser loco”?

P3: La gente siempre relaciona que la gente que está en la calle es loca o que no tiene familia. La locura se relaciona con la falta de apoyo, diría yo. (Dinámica conversacional, P3, noviembre 14 de 2019).

En la conversación sostenida con el P3, se puede observar como asocia el hecho de haber llegado a la hospitalización por diversas cuestiones que le sucedieron en el último tiempo. No obstante, vale la pena resaltar la forma en que niega la “locura” de forma espontánea y a su vez cómo relaciona la locura con las personas que no tienen apoyo ni familia. Se puede analizar que el “temor” relacionado con la hospitalización psiquiátrica es una expresión de la subjetividad social alrededor de la salud mental en la cual se relaciona de manera casi refleja la enfermedad mental con locura.

Lo anterior, se evidencia con mayor fuerza al discutir sobre la locura con los participantes, por ejemplo, en las conversaciones y entrevistas emergieron imaginarios sociales relacionados con el consumo excesivo de medicamentos y con la indiferencia y/o rechazo de la sociedad hacia el enfermo mental. Por lo tanto, frente a la locura emergen producciones subjetivas que parecen estar relacionadas con connotaciones estigmatizantes. Algo que da cuenta de esto fue el hecho de que los pacientes entrevistados negarán el diagnóstico cuando se les preguntaba por ello; todos plantearon no saberlo o por lo menos se aprecia una ausencia de información al respecto.

Otro ejemplo de lo anterior, al indagar, en el complemento de frases, sobre la Unidad de Salud Mental, uno de los participantes se cuestiona sobre la locura y además asocia la hospitalización en la USM exclusivamente con el hecho de consumir sustancias psicoactivas, de no ser por esto se hubiera negado a la hospitalización. El participante nunca menciona tener un diagnóstico y considera la locura como algo ajeno a él. Vale aclarar que con esta afirmación no se pretende “acusar” al paciente de “loco”. Lo que se pretende es hacer énfasis en evitar la enunciación de la palabra “locura” y por lo tanto, se analiza que esta sigue organizándose subjetivamente en los participantes desde la estigmatización.

La Unidad de Salud Mental: ¿Será que estoy loco? Yo no estoy loco. Será que estoy aquí porque mi Dios no quiere que salga a la calle” (Complemento de frases P4, noviembre 19 de 2019)

Investigadora: Usted que cree que es la **salud mental**

P4: Donde tratan los enfermos, los locos. Yo casi no acepto el hecho de estar aquí

Investigadora: Me decía que estaba aquí por lo del consumo.

P4: Si no hubiera sido consumidor no hubiera aceptado estar acá. (Dinámica conversacional, P4, noviembre 19 de 2019).

En el fragmento anterior se puede observar como el P4 se cuestiona y seguido a ello rechaza la locura. Esto da cuenta de producciones subjetivas asociadas a la locura que permanecen planteándose desde la estigmatización. Por lo tanto, las expresiones de los pacientes parecieran sugerir de una cristalización de sentidos que alimentan la subjetividad social alrededor de la enfermedad mental, la cual organiza sentidos subjetivos alrededor de la locura, y la locura como aquello excluido socialmente y, por lo tanto, cargado de connotaciones negativas y estigmatizantes.

A causa de la cristalización de estos sentidos –estigma– asociados con la enfermedad mental, una paciente manifiesta que el trato en la hospitalización es diferenciado para los que están locos y los que no. Sobre esto, ella expresa:

P2: Como fue ese sentirme extraña... Pues mira que yo me acoplé muy bien, pues yo creo que me acoplé muy bien porque primero pues el trato por parte de los enfermeros fue como muy acogedor. O sea me hizo sentir como segura, que no sé, en un lugar que me van a tratar no como loca sino como un lugar que necesitas ayuda

y aquí estamos para eso. Un lugar donde me van a cuidar, un tratamiento de cuidado no de locura.

Investigadora: ¿Cuál es la diferencia entre esos dos?

P2: Eh, porque yo siento que a los locos se les ignora, como que están en medio de su proceso, de su crisis, pues, ahí, pero no pasa nada más, o sea no es como yo sentarme contigo y decirte todo al trasfondo de lo que paso, porque de pronto no sé, sería un poco incoherencias o cosas así que de pronto uno no lo prestaría mucha atención o digamos el proceso sería diferente conmigo, que tu estés hablando, sentada conmigo y yo pues estoy contándote todo lo que pasó del trasfondo de las cosas. (Dinámica conversacional, P2, noviembre 6 de 2019).

Con sus palabras, la participante manifiesta un tratamiento diferenciado para las personas que están locas y las que no. Pareciera que el cuidado no se asocia con la locura, más bien, esta se organiza subjetivamente desde el acto de ignorar o de la exclusión. El hecho de no incluirse bajo la connotación de enfermedad mental, le permite a ella distanciarse de ese tratamiento apartado del cuidado que ella considera se les ofrece a los locos. Por lo tanto, le permite incluirse en el marco del cuidado como tratamiento.

Por otra parte, es importante mencionar que pese a la cristalización en las producciones subjetivas alrededor de la enfermedad mental, las expresiones de la subjetividad social sobre la hospitalización psiquiátrica presentes en los discursos individuales de los participantes presentan algunas transformaciones que se hace importante mencionar. Si bien la connotación social de la enfermedad mental genera “temor” a la hospitalización en la USM, estas connotaciones parecen sufrir cambios en la medida en que, según lo expresado por los pacientes, se encuentran con una atención cálida y de escucha activa del personal del servicio. Esta nueva organización de sentidos atribuidos

a la hospitalización, se puede ejemplificar con lo que menciona el siguiente participante sobre su proceso en la USM:

Cuando a mí me dijeron que me iban a traer acá, yo pensé que esto era para locos, claro está que yo no pensé en decir que no. Pero sí pensé que si me meten allá, me voy a volver más loco. Es lo que dice la gente que nunca ha estado en un sitio así. Pero ya cuando llegué acá, es diferente. Cuando vi a los muchachos, los enfermeros, el médico, ya uno acá ve las cosas tan diferentes. Incluso yo no quería ni ir a comer allá al comedor. El primer día me llevaron la comida a la habitación, pero al otro día la enfermera me dijo que por qué no iba al comedor y compartía allá. Y yo tenía como ese temor de compartir. Pero mirá que fui y el muchacho que está conmigo en la habitación me dijo que él no iba por allá que no le gustaba, yo lo invité porque yo comparto mucho con la gente por el medio en que yo trabajo. Entonces tomé la decisión y me gustó. Ahora, me voy para allá, me siento, me pongo a charlar con los muchachos, compartimos e interactúo con la gente y eso también ayuda a disipar mucho.

Ese es el primer pensamiento que uno tiene, ¿no? Pero ya después cuando uno se da cuenta las cosas son diferentes. Uno tiene una cosa muy tenaz, como decir el psiquiátrico, uno piensa que la salud mental es para locos, pero mirá que ahora que estoy aquí veo que es muy diferente. Aunque yo sabía que me iban a ayudar, estaba con ese temor.

Yo pensaba “qué tal todo ese poco de locos allá”, que pena decirlo allá. Pero mira que ya se me cambió totalmente el pensamiento. Hasta sería capaz de recomendarle a alguna persona de esto porque esto acá le ayuda mucho a reflexionar a uno, es como un sitio de reposo (Dinámica conversacional, P1, noviembre 5 de 2019).

En el fragmento anterior, P1 expresa que el día que llegó a la USM tenía miedo de relacionarse con los demás compañeros, no obstante,

en la medida en que el personal lo alentó a salir de la habitación, él se permitió conocer el espacio y con el paso de los días sentirse seguro. Por lo tanto, con el pasar de los días de hospitalización, la relación con el personal, con los compañeros de la sala y con las dinámicas que se construyen por el diálogo de todos, permite la organización de nuevos sentidos subjetivos atribuidos a la hospitalización, se pasa de concebirla como un “sitio donde están los locos” a pensarla como un espacio de reposo y reflexión, se podría decir que hay una transformación de la hospitalización que va de percibirla como un espacio “temeroso” a uno que promueve el “reposo”.

Sumado a lo anterior, se puede observar que el trabajo del personal de la USM permite desdoblamiento de producciones subjetivas por fuera del “temor” que suscita la connotación de la enfermedad mental. Siguiendo lo observado y lo expuesto aquí, se puede conjeturar que, en este espacio de la USM el trato con el personal del servicio permite, por una parte, la re-organización de sentidos subjetivos respecto a la hospitalización en salud mental y, además, evidencia que la tensión vivida por el personal debido a las exigencias neoliberales de auto-sostenibilidad de la USM no se expresan bajo ninguna circunstancia en la atención con el paciente. Esto último quiere decir que los pacientes son ajenos, aparentemente, a las consecuencias de la crisis del Hospital y a las tensiones que esta situación despierta en el personal. Por lo tanto, se puede afirmar que el vínculo emocional que se teje con el personal del servicio es sumamente importante para el tratamiento, pues permite matizar la idea del temor asociado a la hospitalización y los contratiempos y tensiones administrativas.

Sumado a lo anterior, y con relación a lo discutido en el apartado anterior sobre el tratamiento psiquiátrico como pilar de la hospitalización, cabe resaltar, que si bien el tratamiento se organiza desde la medicina, los pacientes valoran la escucha que se les da por parte de todas las personas del servicio. Es de esta manera que P1 manifiesta lo siguiente:

Investigadora: ¿Qué piensas que es lo que más te ha servido aquí en el tratamiento que te ofrecemos?

P1: Definitivamente el sentirme escuchado. Eso y la compañía que me brindan lo ha sido todo. Me he dado cuenta que por fuera hablo con poca gente y por lo tanto no tengo con quien descargar mis problemas. Estar aquí y hablar mi historia y mis problemas con los psicólogos y también con los enfermeros, me ha ayudado a organizarme (Dinámica conversacional, P1, noviembre 5 de 2019).

El participante manifiesta la importancia de la escucha que el personal del servicio le ofrece. Además, vale la pena resaltar que valora una escucha que relaciona con compañía; para él son estas dos cuestiones son las que más le han ayudado en su proceso de hospitalización. La valoración de la escucha y la compañía permite entrever cómo la construcción de vínculos se hace importante en el tratamiento hospitalario. Al parecer es gracias a esto, al tejido emocional que se establece con el personal, que los pacientes sienten pueden lograr la recuperación. En este orden de ideas, los nuevos sentidos subjetivos asociados a la hospitalización se re-organizan y pasan de ser considerados como un espacio donde “cuidan a los locos” a uno donde se permite el reposo y, además, un espacio donde “se dopa a la gente” a un lugar donde “se es escuchado”.

Al conocer la importancia que trajo para P1 el trabajo de escucha del personal del servicio, se decide indagar más sobre ello. Es de esta manera que se conoce, por medio de la voz de los pacientes, la importancia que tiene para ellos la compañía y escucha del personal de enfermería. Los pacientes reconocen que el trabajo de los enfermeros es fundamental para la recuperación. Sobre los enfermeros, un paciente comparte lo siguiente:

Los enfermeros: son los que lo atienden a uno. Son una parte muy primordial. Son los que están con uno realmente en los

momentos en que estás en crisis, en los momentos difíciles. En el momento que estás hospitalizado en ellos se encuentra el apoyo. Son un apoyo para los enfermos. Ellos están muy pendientes de uno y uno empieza a confiar en ellos para lo que se necesite. El día que yo llegué, ellos me escucharon. Los muchachos se sentaron conmigo y me escucharon el problema y eso le ayuda mucho a uno. Uno trata de sacar eso que uno tiene y que la gente entienda por qué pasaron las cosas y por qué uno está aquí, no es porque uno quiera o porque uno haya querido hacerse daño sino por situaciones difíciles que han pasado. Entonces los muchachos me escucharon (Dinámica conversacional, P2, noviembre 6 de 2019).

La P2 manifiesta el apoyo incondicional que ha recibido de los enfermeros. Sumado a lo que expresaba P1, esta participante resalta la importancia del apoyo y la confianza de los enfermeros en los momentos difíciles, además la comprensión que le ofrecen. Cabe resaltar que el apoyo incondicional puede estar asociado al hecho de que los enfermeros son esas personas del servicio que cubren turno las 24 horas del día. Es decir, que son las personas que están todo el tiempo a cargo del cuidado de los pacientes. Esto, es quizá, una cuestión que les permite crear un vínculo más estrecho y entablar lazos de confianza con los pacientes.

Partiendo de las manifestaciones de los pacientes sobre la escucha activa de todo el personal, durante el trabajo de campo se decidió indagar este tema con el personal del servicio. Fue una sorpresa para un enfermero saber que el trabajo al cual llama “brindar compañía” fuera tan bien valorado por los pacientes. Sobre su acto de escuchar a los pacientes, manifiesta:

Enfermero: Realmente no sabía que eso repercutía tanto en ellos. La verdad, sin querer queriendo uno termina atrapado, uno sentado ahí, escuchándole sin poderse ir. A mí me tocó un paciente que él lloraba mucho, y se le veía en la mirada como esa

desesperación de pedir ayuda, eso hizo que realmente yo me quedaré a su lado a simplemente escucharlo... Al principio me costó trabajo, fue un proceso porque, pues, uno no está acostumbrado a que uno sea la persona a la que se le descargan emocionalmente. (Dinámica conversacional, enfermero, noviembre 12 de 2019).

El enfermero por medio de su relato expresa que el acto de escuchar lo lleva a cabo de forma espontánea, por tal razón nunca pensó que eso fuese a repercutir tanto en la recuperación de los pacientes, pues de acuerdo a lo relatado por los pacientes, ellos perciben una relación entre “escucha” y “recuperación”. Los enfermeros, sin darse cuenta ofrecen una escucha que cobra valor terapéutico para los pacientes. El ofrecimiento de una escucha silenciosa, por medio de la cual no hay interferencia de prejuicios es valorado como uno de los aspectos más sobresalientes de la recuperación. Es importante mencionar aquí, que las devoluciones ofrecidas por el personal de enfermería –desde el discurso o desde el silencio– son producto de la forma particular de cada uno de concebir a los pacientes, la salud y enfermedad mental. Este tipo de escucha, que es reconocida como terapéutica por los pacientes, no es una directriz del protocolo de hospitalización, no obstante, puede relacionarse con el respeto y cuidado que el doctor líder de la sala inculca para que esté presente en el trato con los pacientes.

Frente al panorama de la valoración de la escucha espontánea y la compañía, fue pertinente indagar sobre el tratamiento farmacológico. Frente a este, los pacientes mostraron desconocimiento y mencionaron expresiones como “si lo dicta el médico hay que cumplirlo”. La mayoría de los participantes organiza subjetivamente el tratamiento farmacológico como una orden del médico –al cual le depositan plena confianza del cuidado de la salud– que hay que cumplir con el fin de mejorarse y poder salir a casa. Esto pone en evidencia que la caducidad del tratamiento farmacológico se asigna una vez se dé la orden de salida de la USM.

Discusión

El servicio de hospitalización como tratamiento a la salud/enfermedad mental, cuando se trata de crisis, tiene como principal fuente de intervención la psiquiatría. A lo largo del tiempo se han levantado fuertes críticas, las cuales juzgan al tratamiento psiquiátrico de instrumentalizar la patología obedeciendo a mercados capitalistas (Cooper, 1976), la violación de derechos humanos asociado a las formas coercitivas de control (Basaglia, 1977, 2008), reduccionismo biológico de la clasificación (Braunstein, 2010, 2013; Laurent, 2014) y patologización la vida cotidiana (Roudinesco, 2005), entre otros.

El presente estudio comparte las críticas en mención y, se une al debate, de acuerdo a los datos empíricos expuestos en los resultados y a la teoría de la subjetividad de González Rey (2002). Si bien la hospitalización en salud mental es un espacio donde se reduce el individuo a un tratamiento orgánico-farmacológico y que los procesos administrativos recaen sobre los profesionales del servicio generando “agotamiento”, lo diferencial de este estudio es que permite discutir la existencia de diversas producciones subjetivas que se desdoblán ante ello.

De igual manera, la perspectiva teórica de la subjetividad de González Rey permitió conocer el espacio de la USM por fuera del determinismo social y con ello reconocer la capacidad generadora de las personas que transitan en él. Esta plataforma teórica de la subjetividad rescata la singularidad dentro del análisis de los diferentes fenómenos sociales y con esto se aleja de la conceptualización de subjetividad como un reflejo de lo externo (conceptualización arraigada a perspectivas sociológicas) (Moncayo, 2017). Recordemos aquí que la subjetividad individual da cuenta de configuraciones de sentidos subjetivos relativamente estables de una persona, y que, la subjetividad social es el producto del diálogo entre subjetividades individuales; por lo tanto, no hay estructura social que determine subjetividades. Siguiendo

esta línea argumentativa, sobre el distanciamiento de determinismos, los resultados expuestos también permiten tomar distancia del determinismo inconsciente del psicoanálisis que desconoce, en ocasiones, la capacidad consciente, generadora y reflexiva del ser humano (González Rey, 2011). Como tercer punto, a propósito de lo determinismo, se destaca el distanciamiento de esta perspectiva frente a la concepción mecanicista del funcionamiento orgánico, y además del conocimiento a priori de los síntomas y la enfermedad que guían el análisis e intervención desde la medicina. En concordancia con Goulart (2017) y González Rey (2011), se puede plantear que, desde la perspectiva de la subjetividad, sin desconocer el componente orgánico, hay un énfasis en el análisis de las dimensiones histórico-culturales como constitutivas de la subjetividad humana.

Sumado a lo anterior, es posible plantear que las producciones subjetivas –en el marco de lo social– sobre la crisis del Hospital y el manejo a la salud a nivel nacional recaen sobre el personal del servicio de salud y se expresan a modo de “agotamiento”. Respecto a esto, Ardila (2016), discute que la apertura neoliberal en la salud, que trajo consigo la Ley 100 de 1993, es percibida desde los trabajadores médicos como una situación que mengua la condición laboral, el capital intelectual y la autonomía profesional. Si bien algunas de estas cuestiones las comparten los participantes del presente estudio, es pertinente mencionar que las producciones subjetivas en el orden del “compromiso”, “vocación” y “solidaridad” permiten que esos desdoblamientos neoliberales no repercutan sobre el servicio que se ofrece a los pacientes. Con esto se quiere decir que la apertura al mercado neoliberal en Colombia, si bien trajo consigo dinámicas que se encuentran hoy latentes en una crisis hospitalaria y que si bien repercuten en los empleados del Hospital, estos mismos han sido recursivos en sus diferentes formas de afrontar la situación. Se analiza que dentro de este marco de recursividad, los sentidos subjetivos alrededor de la vocación por el trabajo y por lo público tienen gran influencia.

Adicional a lo anterior, y con relación a las producciones subjetivas alrededor de la salud/enfermedad mental, de acuerdo a los pacientes, se puede afirmar que existe una cristalización en los sentidos subjetivos asociados con la enfermedad mental como “locura” y la “locura” con connotaciones de “abandono social” o “silenciamiento”. Se puede afirmar que la connotación estigmatizante respecto a la locura siempre ha existido; Foucault (1976/2015) discutía que desde la Alta Edad Media (siglo XII al XIV), hasta la actualidad la “locura” ha estado asociada a connotaciones de enfermedad, la ridiculez, ignorancia, sin razón y debilidad humana. Todas estas connotaciones, vistas a la luz de Foucault, se relacionan con los sentidos subjetivos de “silenciamiento social” –con relación a lo expresado por los pacientes sobre el dopaje por exceso de medicamentos y a la afirmación de ignorar a los enfermos mentales– expresadas por los pacientes que participaron de este estudio. Vale mencionar que estas producciones subjetivas asociadas a la salud y la enfermedad mental, no cambiaron en los pacientes durante el servicio de hospitalización. Por su parte, desde el personal del servicio, las expresiones alrededor de la salud mental dan cuenta de nuevos sentidos subjetivos desde la des-estigmatización expresando que esta es una situación de la cual no se está exento y que nos afecta a todos como sociedad. Por lo tanto, para estos últimos participantes en mención, la USM sirve como espacio transformador de producciones subjetivas respecto a la salud/enfermedad mental.

Con relación a las expresiones de subjetividad individual alrededor del tratamiento, es válido plantear que si bien el tratamiento hospitalario tiene como columna vertebral el componente psiquiátrico-farmacológico también queda demostrado en las acciones diarias de la USM, cuando el pragmatismo médico se superpone frente a otros abordajes, como lo es el psicológico y de terapia ocupacional, para los pacientes, que lo farmacológico no es considerado como la esencia del tratamiento. Más allá de los fármacos, ellos expresan que el hecho de sentirse escuchados en cualquier momento, les permite concebir

la sala como un espacio de reflexión y reposo. Por lo tanto, los pacientes valoran la escucha espontánea de los trabajadores como pilar del tratamiento. Si bien, la hospitalización en la USM, concuerda con lo discutido por Foucault (1976/2015) respecto al hecho de conferirle el cuidado de los “locos” a la psiquiatría, interviniendo ellos desde la búsqueda de causas y soluciones al malestar mental por medio de tratamientos que buscan la inmediatez, el menor dolor posible y la eficacia, los pacientes organizan subjetivamente el servicio de hospitalización más allá de lo psiquiátrico, proporcionándole sentidos de un espacio que permite la reflexión gracias a la escucha que encuentran en el servicio. Desde González Rey (2015), podemos plantear que esto sucede porque la USM es un espacio vivo lleno de subjetividad, donde si bien transitan imperativos y normativas que intenta organizar y hacer de la USM un espacio rígido, la interacción entre las subjetividades individuales da vida a desdoblamientos por fuera de las normativas establecidas.

Por medio de lo anterior se plantea que la hospitalización en esta USM se puede concebir como un espacio vivo, contradictorio y transformador de producciones subjetivas tanto para el personal de salud como para los pacientes. Para el personal de salud, el estigma asociado al trabajo en la hospitalización psiquiátrica se transforma en la medida en que se labora en ese espacio. Se pasa de connotaciones de desgaste a unas de aprecio y vocación. A propósito de los sentidos asociados a la salud/enfermedad mental los resultados permiten exponer que el hecho de trabajar y convivir con la enfermedad mental sensibiliza al personal de salud considerándola como una dolencia de la cual no se es ajeno; en esta medida, el personal se esfuerza por ofrecer un trato cálido y humano.

De acuerdo a lo anterior, la empatía con el paciente que genera el hecho de no considerarse ajeno a una enfermedad mental, repercute en el hecho de asumir la humanización como un proceso al cual se le da vida “en carne propia”; con esto la literatura concuerda con el hecho

de plantear la importancia de la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización en la atención de los usuarios (Correa, 2016; Santacruz, 2016).

Para los pacientes, la construcción de nuevos sentidos subjetivos de la hospitalización pasa del “temor” a la comprensión y concepción de la misma desde el reposo y reflexión; estos nuevos sentidos asociados a la hospitalización se relacionan con el hecho de sentir un espacio en el cual se sienten escuchados. Se puede afirmar que las nuevas producciones subjetivas alrededor de la hospitalización, se deben al hecho de compartir con el personal de salud, vivir, convivir, conocer y transitar en ese espacio.

Con relación a esto, y de acuerdo a González Rey (2011), la dialogicidad (en tanto diálogos y relaciones) entre los diferentes individuos que interactúan en un espacio social –en este caso, los participantes– genera condiciones que propician la generación de nuevos sentidos subjetivos que permiten la movilización de las configuraciones subjetivas en torno a la hospitalización. El carácter dinámico de las configuraciones subjetivas permite el diálogo con los sentidos subjetivos que emergen mediante las nuevas –y diversas– situaciones de la vida.

Conclusiones

Elaborar un trabajo de investigación en el área médica desde la psicología y bajo una metodología cualitativa, constructivo-interpretativa no fue tarea fácil. El proceso previo a la inmersión en el campo advirtió las mayores dificultades, pues la lectura del proyecto de investigación a los ojos de un Comité de Ética Médica trajo contratiempos. La demanda por un proyecto productivo y generalizable para el Hospital, llevó a planteamientos iniciales que se fueron modificando con el tiempo; vale reconocer que fue el proceso del trabajo en el campo lo que generó confianza al equipo de investigación para demostrar que más que buscar verdades y

generalizaciones, nos centramos en dar inteligibilidad con los datos empíricos a las producciones subjetivas sobre el servicio de hospitalización, esto, permitió caminos interesantes para comprender el objeto de estudio y dejó sugerentes cuestiones para pensar en estudios posteriores.

A manera de obstáculos, cabe mencionar también que los preceptos, con los cuales se llegó al campo, alrededor de la metodología cualitativa y su carácter comprobatorio heredado de los estudios experimentales generaron contratipos en el momento de ver la riqueza de las producciones subjetivas que se organizan en la dinámica diaria del servicio de hospitalización de la USM. Superar la visión comprobatoria de la investigación, y adoptar el marco conceptual y metodológico elegido, permitió responder a la pregunta y objetivos de investigación sobre las producciones subjetivas emergentes del personal de salud y pacientes sobre el servicio de hospitalización en una unidad de salud mental de la ciudad de Cali. La inteligibilidad con los datos permitió describir el espacio de la USM como un espacio vivo y transformador de sentidos, donde los participantes mediante el diálogo de discursos y acciones organizan nuevas producciones subjetivas alrededor de la hospitalización.

Con relación a esto, nos permitimos exponer la organización de nuevos sentidos subjetivos alrededor de la hospitalización, la cristalización de los mismos alrededor de la enfermedad mental y las diferentes expresiones de recursividad que desdobra el personal, ante un panorama desalentador del sistema de salud colombiano, con el fin de ofrecer un servicio hospitalario cálido y oportuno fueron hallazgos que vale la pena destacar.

Los datos discutidos permiten concluir, que la humanización es un discurso expuesto en el hospital, de manera constante, por medio de procesos de formación al personal de salud. No obstante, en el plano de la práctica, la humanización recae en el personal de salud y en los recursos propios que desdobra para “blindar” al paciente de los obstá-

culos administrativos, vale mencionar que estos recursos se relacionan con la vocación y empatía que tiene el personal hacia el Hospital, los pacientes y el cuidado del otro.

Como conclusión declaramos que si bien los resultados dan cuenta de la existencia de diversas formas recursivas del personal para ofrecer un buen servicio, para nada estamos validando que la calidad del servicio y la humanización del mismo deba recaer de forma exclusiva en el personal, por el contrario, con esto se deja en evidencia una ausencia de políticas y normativas a nivel de salud que promuevan, desde la estructura, condiciones que permitan al personal soliviar la carga y exigencias administrativas. Por esta razón, afirmamos que el fortalecimiento de la humanización de los servicios de salud demanda una organización administrativa que dé cuenta de procesos que generen menor agotamiento en el personal de salud, más que procesos de constante formación y capacitación.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, A. (2011). Identificación de factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia. *Acta biológica Colombiana*, 16, (3), 129-137. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=319027888009>
- Angrosino, M. (2007). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Ardila, A. (2016). *Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De la profesión liberal al trabajo explotado*. Tesis de Doctorado: Universidad Nacional de Colombia.
- Asociación Civil La Califata, Salud Mental y Comunicación. (2013). *Informe Anual*. Argentina. <http://lacolifata.com.ar/wp-content/uploads/2015/07/Informe-Anual-2013.pdf>

- Bacallao, G. & Bello, B. (2014). El método clínico, situación actual, Revisión bibliográfica. *Acta Médica del Centro*, 8, (2), 131-138. <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=50461>
- Báez, J., Rodríguez, R., Karam, J. & Veloza, J. (2008). Factibilidad de intervención en la psicosis desde el psicoanálisis en un programa institucional de inclusión social. *Revista Tesis Psicológica*, (3), 100-115. <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139012667010.pdf>
- Basaglia, F. (1977). *La mayoría marginada (la ideología del control social)*. Barcelona: Editorial Laia.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Belaga, G. (2002). *El psicoanálisis aplicado a las instituciones asistenciales*. Texto inédito. Noche en la Escuela de Orientación Lacaniana. www.eol.org.ar/jornadas/jornadas_eol/011/textos/millas.doc
- Braunstein, N. (2010). Crítica de la clasificación internacional en psiquiatría. En Braunstein, N. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. (p.p.11-28). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en Psiquiatría*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Buffoli, M., Bellini, E., Bellagarda, A., Di Noia, M., Nickolova, M. & Capolongo, S. (2014). Listening to people to cure people: the Lp-Cp-tool, an instrument to evaluate hospital humanization. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita*, 26, (5), 447-455.
- Calderón, C., Retolaza, A., Bacigalupe., Payo, J. & Grandes, G. (2009). Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas or-

ganizativas. *Revista Atención Primaria*, 41, (1), 33-40. doi:10.1016/j.aprim.2008.04.003

- Caron J. & Liu, A. (2010). Descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can*, 30, (3), 84-94. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20609292>
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *CS*, (11), 73-114. <https://doi.org/10.18046/recs.i11.1567>
- Castro, X. (2016). *Salud mental y atención psicocial. Reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental*. http://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/81118
- Clara, M. (2017). Comunicar la diferencia: un proyecto radial realizado en México por personas con experiencia de internamiento psiquiátrico. *Dixtin*, (26), 96-101. <http://dx.doi.org/10.22235/d.v0i26.1387>
- Clavreul, J. (1983). El orden médico. En Clavreul, J, *El orden médico* (p.p. 39-51). Barcelona: Industrias Gráficas.
- Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y anti psiquiatría*. [Versión Adobe Reader]. <https://colectivoantipsiquiatria.files.wordpress.com/2014/08/psiquiatria-y-antipsiquiatria-david-cooper-colectivoantipsiquiatria-wordpress-com.pdf>
- Correa, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista CUIDARTE*, 7, (1), 1227-1231. <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359543375011.pdf>

- Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. USA: Pearson Education.
- Cuesta, J., Saiz, J., Roca, M., & Noguera, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría biológica*, 23, (2), 67-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>
- Del Río, M. (2006). *Creación artística y enfermedad mental*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). <http://eprints.ucm.es/7419/1/T29445.pdf>
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2012). Introducción general. La investigación cualitativa como disciplina y como práctica. En Denzin, N. & Lincoln, Y. (Coords.). *El campo de la investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa*. Vol. I. Barcelona: Gedisa.
- Desviat, M. (2016). El arte en la salud mental. *Átopos*, (17), 2-4. <http://www.atopos.es/index.php/component/content/article?id=228>
- Díaz, R. (2015). La rehabilitación psiquiátrica. En Medina, M., Sarti, E. & Quintanar, T. *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (p.p. 217- 224) México: Conacyt.
- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS*, 11, 43-72. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S201103242013000100003&script=sci_abstract&tlng=es
- Eytan, A., Bovet, L., Gex-Fabry, M., Alberque, C. & Ferrero, F. (2004). Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *Eur Psychiatry*, 19, (8), 499-501.
- Ferreira, A., Frari, S., Pillon, S. & Cardoso, L. (2012). Current professional practice in Brazilian mental healthcare services. *Revista de*

Salud Pública 14, (6), 935-945. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/32311/42483>

- Fortin, M., Bamvita, J.& Fleury, M. (2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen´s Behavioral Model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63, (2),103-114.
- Foucault, M. (1976/2015). *Historia de la locura en la época clásica I*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2001). Una conciencia política. En Foucault, M, *El nacimiento de la clínica una arqueología de la mirada médica* (p.p. 42-63). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Madrid: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Geertz, C. (2003) Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En Geertz, C. *La interpretación de las culturas* (pp. 18-40). Madrid: Editorial Gedisa.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 22, (1), 103-108. doi: 10.1093/eurpub/cks035
- Goffman, E. (2001). El modelo médico y la hospitalización psiquiátrica. En Goffman, E, *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (p.p. 315-375), Buenos Aires: Amorrortu
- Goffman, E. (2007). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Gómez, C., Aulí, J., Tamayo, N., Gil, F., Garzón, D. & Casas, G. (2016) Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, (1), 39-49. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650839007>
- González Rey, F. & Mijtáns, A. (2017) *Subjetividade Teoria, epistemologia e método*. Brasil: Alínea Editora.
- González Rey, F. & Moncayo, J. (2017). *Subjetividad, cultura e investigación cualitativa. Los antecedentes desde la personalidad y el método clínico*. Bogotá: Editorial Aula de Humanidades.
- González Rey, F. (1993). Psicología social, teoría Marxista y el aporte de Vigotsky. *Revista Cubana de Psicología*, 10, (2-3), 164-169.
- González Rey, F. (2002). *Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico-cultural*. Buenos Aires: Thomson.
- González Rey, F. (2005) *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. Trad. Marcel Aristidis Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. (2006). *Investigación cualitativa y subjetividad*. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- González Rey, F. (2010). *Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información*. Mc Graw Hill.
- González Rey, F. (2011). *Subjetividade e saúde. Superando a clínica da patologia*. Brasil: Cortes Editora.
- González Rey, F. (2015). *Saúde, cultura e subjetividade: Uma referencia interdisciplinar*. Centro Universitario de Brasilia.

- Goulart, D. (2013). *Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental*. (Tesis de maestría). Brasília: Universidad de Brasília.
- Goulart, D. (2017). *Educação, saúde e desenvolvimento subjetivo: Da patologização da vida á ética do sujeito* [Tesis de doctorado]. Universidad de Brasília.
- Goulart, D., González Rey, F. & Patiño, J. (2019). El estudio de la subjetividad de profesionales de la salud mental: Una experiencia en Brasilia. *Athenea Digital*, 19, (3), 1-21. e2548. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2548>
- Guasch, Ó. (2002). *Cuadernos metodológicos*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (2002a). Controversias paradigmáticas, contradicciones y confluencias emergentes. En Denzin, N. & Lincoln, Y. (Coords.). *Paradigmas y perspectivas en disputa*. España: Gedisa. (pp. 38-78).
- Guba, E. & Lincoln, Y. (2002b). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Denman, C. & Haro, J. (Comps.). *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social*. México: Colegio de Sonora, (pp. 113-145).
- Haro, J., Palacín, C., Vilagul, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. & Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD- España. *Revista Medicina y Clínica*, 126, (12), pp. 445-451. Recuperado de <http://public-files.prbb.org/publicaciones/e144ec9a-b14a-4cfd-bc18-56bf5c447ae6.pdf>

- Hernández, O., & Sarquis, Z. (2009). El encierro institucionalizado. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 12, (1), 47-63. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/17703/16879>
- Herrera, N., Guitierrez, M., Ballesteros, M., Izzedin, R., Gómez, A. & Sánchez, L. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12, (3), 343-355.
- Hoover, R., Ruiz, R., Gómez, C. & Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, (1), 31-38. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000500006
- Hospital Universitario del Valle. (s/f). *Acuerdo de reestructuración de pasivos del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” – E.S.E.* <http://www.huv.gov.co/web/ACUERDOSHUV/acuerdo%20mayo%2016%20.pdf>
- Jiménez, J. (2011). El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, (112), 735-751. 10.4321/S0211-57352011000400011
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo, J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, (5), 229-240. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v18n4-5/229-240>
- Lacan, J. (1966). *Psicoanálisis y medicina. El lugar del psicoanálisis en la medicina.* Conferencia en La Salpêtrière el 16 de febrero de 1966.

- Latorre, J., López, J., Montañéz, J. & Parra, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Revista Atención Primaria*, 36, (2), 85-92. <https://doi.org/10.1157/13076608>
- Laurent, E. (2014). La crisis post-DSM y el psicoanálisis. En *Latigo Lacaniano*. Primera parte. <http://www.latigolacaniano.com/assets/la-crisis.pdf> Segunda parte: <http://www.latigolacaniano.com/assets/ltgzo-4-la--crisis-post-dsm.pdf>
- Linares, I. (2002). Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría (tesis de doctorado). Universidad de Valladolid: España.
- Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B., Ochoa, N., Hurtado, M., Gómez, Y., Uribe, A., Rojas, A., Pinilla, M., Villa, D., Villegas, M., Arango, A., Restrepo, P. & López, I. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17, (1), 59-68. Recuperado de http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/7943/1/Londo%C3%B1oNora_2010_FactoresRiesgoPsicosociales.pdf
- López, I., Urrea, J., Navarro, D. (2006). Aplicación De la Teoría de Restricciones (TOC) a la gestión de facturación de las Empresas Sociales del Estado, ESE. Una contribución al Sistema de Seguridad Social en Colombia. *Innovar*, 16, (27), 91-100. <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v16n27/v16n27a06.pdf>
- Makowski, S. (2013). Interferencias: una radio realizada por personas con sufrimiento psíquico en México. *Revista CS*, (11), 283-308. <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n11/n11a10.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias. (2015a). Encuesta Nacional de Salud Mental, Tomo I. Bogotá: Javegraf. Re-

cuperado de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2015b). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Tomo 1. Javergrag: Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 1441 de 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

Moncayo, J. (2017). *Educación, diversidad sexual y subjetividad: Una aproximación cultural-histórica a la educación sexual escolar en Cali- Colombia* [Tesis de Doctorado]. Universidad de Brasilia.

Moreno, E. & Moriana, J. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35, (4), 315- 328. Recuperado de <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/sm3504315.pdf>

Moreno, M. (2013). Psicoanálisis e intervención social. *Revista CS*, (11), 115-142. <https://doi.org/https://doi.org/10.18046/recs.i11.1568>

Moreno, S. (2017). El diagnóstico en la clínica: Entre el protocolo funcional y el arte ético. En Cuéllar, U. (Ed.), *Nuevas construcciones subjetivas: malestares hoy* (p.p. 75-83). Medellín: Editorial EAFIT.

Oliveira, F., Rinaldi, D. y Ferreira, M. (2015). *El psicoanálisis puesto a prueba en la institución pública de salud mental: clínica y política*. http://www.convergenciafreudlacan.org/inove4/php/download.php?gal_id=400.

Ordoñez, A. & Moreno, M. (2018). Psicoanálisis e institución. Sobre la aplicación del psicoanálisis en dispositivos institucionales. *Revista Affectio Societatis*, 15, (28), 196-227. <http://aprendeenlin->

ea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/327256

Organización Mundial de la Salud (2018b). Esquizofrenia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Organización Mundial de la Salud. (2018a). Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2018c). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica Instituto Nacional en salud*, 33, (4), 1-3. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001

Quintero, J. (2017). *El sujeto de la clínica*. Cali: Editorial Bonaventuriana.

Rodríguez, J. (2007). La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*, 71, (2), 117-124. http://spu.org.uy/revista/dic2007/04_asm.pdf

Rodríguez, R. (2010). Disertaciones acerca de los resultados del proyecto de intervención desde el psicoanálisis sobre el problema de la psicosis y la inclusión social. *Revista Tesis Psicológica*, (10), 11-29. <http://190.242.99.229/index.php/TesisPsicologica/article/viewFile/225/219>

Roudinesco, É. (2005). *El paciente, el terapeuta y el Estado*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Rubistein, A. (2002). Algunas consideraciones sobre la terminación de los tratamientos con orientación psicoanalítica en las instituciones públicas. *Anuario de investigaciones*, (10), 399-410. <http://>

www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/114_adultos1/material/archivos/algunas_consideraciones_sobre_la_terminacion_de_los_tratamiento.pdf

Rubistein, A. (2009). Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales. *Anuario de Investigaciones*, (16), 147-156. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a53.pdf>

Rubistein, A. (2011). Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica: recorridos y conclusiones preliminares. *Anuario de Investigaciones*, (18), 133-143. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100067

Samaniego, A. (2016). Hacia una salud mental colectiva. *Revista Asociación Especialidad de Neuropsiquiatría*, 36, (130), 553-556. Doi: 10.4321/S0211-57352016000200017

Santacruz, J. (2016). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Rev Univ. Salud*, 18, (2), 373-384.

Stolkiner, A. & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva Latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. (23), 57-67. de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf

Tobón, F. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23, (1), 1- 13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023113.pdf>

- Tortella, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., Jiménez, S., Hervás, G., García, A., García, J., Fernández, F., Botella, C., Barrantes, N. & Baños, R. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Revista Clínica y Salud*, 27, 65-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.002>
- Vallejo, A. (2006). Medicina indígena y salud mental. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, (2), 39-46. http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/398/401
- Vázquez, A. (2015). Manejo psicoterapéutico de la depresión y otros trastornos psiquiátricos. En Medina, M., Sarti, E. & Quintanar, T. *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (p.p. 195- 207) México: Conacyt.
- Zenoni, A. (2006). Orientación analítica en la institución psiquiátrica. En: *Bitácora Lacaniana. Revista electrónica de la Nueva Escuela Lacaniana*, (1), mayo 2006. https://www.yukei.net/wp-content/uploads/2007/01/a_zenoni-orientacion-analitica-en-la-institucion-psiquiatrica.pdf

IV PARTE

Entre médicos y pacientes. Una entrada etnográfica en la atención en salud a sujetos diabéticos

*Between physicians and patients.
An ethnographic entry into the health care of diabetic subjects*

Wilmar Reyes Sevillaño

Universidad Cooperativa de Colombia
Cali, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0002-7255-696X>
✉ wilmarh.reyes@campusucc.edu.co

Johnny Orejuela

Universidad EAFIT
Medellín, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0001-9181-463X>
✉ jorejue2@eafit.edu.co

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Universidad Antonio Nariño
Cali, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>
✉ jomoncayo@uan.edu.co

Resumen

La enfermedad crónica entraña un padecimiento de orden subjetivo que es preciso conocer, comprender y explicar, pues redefine en alto grado el posicionamiento de los sujetos dentro de la estructura social. El presente es un estudio sobre la experiencia subjetiva del padeci-

Cita este capítulo / Cite this chapter

Reyes, W.; Moncayo, J. E. & Orejuela, J. (2022). Entre médicos y pacientes. Una entrada etnográfica en la atención en salud a sujetos diabéticos. En: Moncayo, J. E.; Orejuela, J.; Reyes, W. & Pérez-Arizabaleta, M. Salud, subjetividad y estudios cualitativos. Aproximaciones a la salud sexual, física y mental. (pp. 289-342). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Universidad EAFIT; Universidad Antonio Nariño.

miento de la diabetes, en el que se tienen en cuenta su cronicidad, su cualidad de degenerativa, las numerosas exigencias anudadas a su tratamiento y lo que todo ello implica para la cotidianidad de la vida tanto del enfermo como de su círculo más cercano.

Se respondió a la pregunta: *¿Cómo las condiciones sociales y subjetivas se entrecruzan e inciden en las maneras en que aparece la diabetes, se le da sentido y se vive con ella?* Para alcanzar tal cometido se centró la mirada principalmente en el individuo enfermo, sus discursos y sus saberes, pero sin descuidar el análisis de las experiencias de los otros actores implicados en el proceso salud-enfermedad-atención, a saber: médicos, enfermeros y familiares del enfermo.

Dado que el interés por la dimensión subjetiva de la enfermedad es la cuestión central de esta investigación, nos valem los planteamientos que sobre la subjetividad hacen: Foucault, al referirse a los diferentes métodos de normalización –y prácticas de control– que surgen de la relación entre poder y saber, Elias, a propósito de la relevancia de la posición ocupada en el tejido humano y las redes de interdependencia que en él tienen lugar y que a su vez dan paso al equilibrio entre la coacción social y la coacción interna y Bourdieu, con sus reflexiones en torno al *campo*, el *habitus*, los *capitales* y la *violencia simbólica*. La unión de estas tres propuestas teóricas obedeció a que estas permiten articular lo micro y lo macro ya que dan lugar a la historia, la posición social, la cultura, las prácticas, los hábitos, las disputas y las condiciones objetivas que operan en el proceso salud-enfermedad.

A partir de esta investigación es posible argumentar que la enfermedad crónica causa *división subjetiva* puesto que su padecimiento remite a una dimensión individual e íntima que fractura la identidad y pone en crisis el yo previamente construido, por lo que el cuerpo deviene extraño y productor de malestar. Ahora bien, dado que la enfermedad es, además, un fenómeno social, también vale afirmar que con ella viene aparejada una *ruptura biográfica* que interroga los marcos de sentido

previamente configurados y definidores de la relación con los otros y con el entorno. La enfermedad cuestiona lo historizado.

Palabras clave: subjetividad, salud, enfermedad, relación médico-paciente, sistema de salud.

Abstract

Chronic illness involves a subjective disorder that must be known, understood and explained, since it redefines to a high degree the positioning of the subjects within the social structure. This is a study on the subjective experience of diabetes, which takes into account its chronicity, its degenerative quality, the many demands placed on its treatment and what all this implies for the daily life of both from the patient as from his nearest circle.

The question was answered: how do social and subjective conditions intersect and influence the ways in which diabetes appears, is given meaning and lives with it? To achieve this goal, the focus was mainly on the sick individual, his discourses and his knowledge, but without neglecting the analysis of the experiences of the other actors involved in the health-disease-care process, namely; doctors, nurses and relatives of the patient.

Given that the interest in the subjective dimension of the disease is the central question of this research, we make use of the approaches that they make about subjectivity: Foucault, when referring to the different normalization methods -and control practices- that arise from the relationship between power and knowing. Elias, with regard to the relevance of the position occupied in the human fabric and the interdependence networks that take place in it and that in turn give way to the balance between social coercion and internal coercion. And Bourdieu, with his reflections on the countryside, ha-

bitus, capital and symbolic violence. The union of these three Theoretical proposals were due to the fact that they make it possible to articulate the micro and the macro since they give rise to history, social position, culture, practices, habits, disputes and objective conditions that operate in the health-disease process.

From this research it is possible to argue that chronic disease causes subjective division since its suffering refers to an individual and intimate dimension that fractures identity and puts the previously constructed self in crisis, so that the body becomes strange and produces discomfort. Now, since the disease is also a social phenomenon, it is also worth affirming that with it comes a biographical rupture that questions the previously configured and defining frames of meaning of the relationship with others and with the environment. The disease questions the historical.

Keywords: Subjectivity, health, disease, relationship doctor-patient, health system.

Introducción

El presente capítulo es el resultado de la articulación entre la tesis doctoral del becario y el proyecto de investigación, con especial énfasis en la relación entre subjetividad, método cualitativo y salud. Asimismo, pretende resaltar la pertinencia de la investigación cualitativa aplicada a los fenómenos de la salud física, mostrando su valía tanto teórica como metodológica en cuanto abre la posibilidad de reconocer la dimensión subjetiva que atraviesa la salud en general, y, específicamente, para este capítulo, lo relacionado con la experiencia del padecimiento crónico. Es un trabajo a propósito del padecimiento de la enfermedad crónica, particularmente para el caso de la diabetes. A partir de la palabra de los sujetos se exploran las tribulaciones que atraviesan la mentada experiencia; centrándonos en la relación

médico-paciente-sistema de salud. Partimos de la premisa de que este (des)encuentro constituye el insumo fundamental para comprender las maneras como la enfermedad produce división subjetiva y ruptura biográfica en quienes la padecen.

Así pues, aquí se analiza cómo la enfermedad crónica pone en tela de juicio la identidad e impone nuevas lógicas relacionales entre el enfermo y los otros, afectando la cotidianidad en general. El malestar físico y subjetivo, los conflictos, el temor, la ansiedad, la tenacidad y las tácticas presentes en quienes experimentan el padecimiento, también son materia de este ejercicio investigativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) define la diabetes como:

Una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Según datos de la misma OMS, “En 2016 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes y en 2012 la hiperglucemia provocó otros 2,2 millones de muertes” (OMS, 2016), esto debido a que de la diabetes pueden desprenderse otras enfermedades cardiovasculares que ponen en riesgo la vida: daño renal (nefropatía diabética), daño en los nervios (neuropatía diabética), infartos, retinopatía y osteoporosis, entre otras.

Dada la gravedad del impacto físico y las demandas que supone su cuidado, la diabetes se erige como una enfermedad que trasciende la dimensión orgánica para instalarse en el escenario general de la co-

tidianidad de quien la padece. Algunos estudios (clásicos y recientes) dan cuenta de la mentada multidimensionalidad.

Analizando cómo experimentan el padecimiento de la diabetes los habitantes de un barrio (colonia) popular en ciudad de México, Mercado (1996), llama la atención sobre la importancia de describir de forma rigurosa el contexto social, cultural y económico de la población que se quiere estudiar, para, a la postre, indagar cómo actúa la persona enferma respecto a las condiciones sociales en las que vive. El autor sostiene que el suyo, “es un trabajo sobre el sufrimiento, la incapacidad, la forma cómo valoran, viven y enfrentan día a día una enfermedad crónica las personas de un sector popular” (p. 11). Es decir, se apunta a desentrañar el mundo de significados que subyace bajo el orden social. Para el autor es importante considerar tres momentos cuando se pretende analizar la experiencia de la enfermedad: 1. la aparición del padecimiento, 2. el momento del diagnóstico y 3. su fase reciente. En su trabajo, Mercado (1996) logró mostrar el desencuentro entre las elaboraciones del sentido común, y el discurso científico, puesto que; “las representaciones que han elaborado sobre la misma (la diabetes) no reflejan en forma directa la orientación o los contenidos de los programas de educación para la salud que se les han ofrecido” (p. 255). Esto pone de relieve dos aspectos, por un lado, permite evidenciar la manera desafortunada en que ingresa –se impone– el discurso biomédico en los diferentes grupos sociales y, por otro, muestra las estrategias de los sujetos que se resisten a abandonar totalmente la cosmovisión que ha dado sentido a sus vidas.

Es en esa suerte de diálogo entre la biomedicina y la experiencia de los individuos, donde el mencionado Mercado (1996) explora el sentido dado a la enfermedad, para posteriormente afirmar que la diabetes se presenta como extraña no solo para el sujeto que la padece, sino también para el entorno en sí; por ello manifiesta que “de acuerdo a sus narraciones, la diabetes ni forma parte de las nosologías del me-

dio donde nacieron y crecieron, ni conocían la terapéutica empleada para su tratamiento en el conjunto de prácticas que estaban acostumbrados a manejar” (p. 256). Por lo tanto, la diabetes aparece como algo procedente del entorno: “[...] su padecimiento tiende a ser visto y valorado como uno de los efectos y consecuencias del medio urbano que les rodea” (p. 156). Sin embargo, asumir la enfermedad como “venida de afuera”, favorece que, mediante el contacto con las experiencias de otros diabéticos, los sujetos puedan entender muchos conceptos que antes se presentaban confusos, lo que a la postre les permite comprender su padecimiento desde lo individual (asumiendo responsabilidades) y desde lo estructural, es decir, considerando que ambos factores son fundamentales en la aparición y el “desarrollo” de la diabetes.

A partir de las narrativas de mujeres a lo largo del mundo, Mendenhall (2019), muestra cómo la diabetes se materializa en las sociedades y, en consecuencia, en las experiencias individuales. Para ella, no solo lo biológico explica la enfermedad, sus características y posible tratamiento; se precisa, además, considerar lo cultural, lo social y el contexto en general en el que tenga lugar la vivencia del padecimiento. Mendenhall (2019) hace un análisis transversal de las experiencias reportadas en su investigación para, a partir de ahí, argumentar que la diabetes se relaciona con la internalización del dolor emocional, la ansiedad y la depresión cuando la historia de vida ha estado atravesada por la pobreza, la marginación, el racismo, la violencia de género, el estigma por el padecimiento de otras enfermedades como el VIH, la reubicación forzada, la opresión y la violencia estructural, entre otros factores. Para la autora “estas narrativas integran la experiencia personal con las respuestas psicológicas y biológicas para revelar cómo la cultura y la sociedad se encarnan en una vida complicada” (p. 13). Bajo estos preceptos hace una crítica a la salud pública y la medicina por adoptar “una perspectiva de riesgo que se centra en los problemas físicos más visibles, excluyendo las interacciones entre los recuerdos persistentes, las emociones poderosas y las respuestas somáticas que afectan la forma en que se percibe y experimenta la diabetes” (p. 27).

Estas formas de la medicina no son para nada despreciables, por supuesto. El llamado que hace la autora es a ampliar este espectro para que sean reconocidas otras dimensiones generalmente olvidadas desde la biomedicina y que podrían favorecer tanto la prevención como el tratamiento de las enfermedades crónicas en general.

Los casos presentados por Mendenhall (2019) ilustran un desencuentro entre los médicos y los pacientes en el que la pobreza se erige como principal factor. En un fragmento de entrevista muestra la queja de una mujer frente al médico y sus demandas: “El médico me ha dicho que guarde los medicamentos en la nevera, pero, no tengo electricidad y tampoco nevera” (p. 5). Entendemos que este es un caso extremo, y no pretendemos usarlo para generalizar. Su referencia tiene que ver con la utilidad que reporta para exponer uno de los motivos por los cuales para médicos y sujetos diabéticos la enfermedad crónica ocupa diferente estatus en el escenario de la vida cotidiana. Cuando hay otros factores más apremiantes los cuidados frente a la enfermedad crónica pasan a segundo plano, lo que suele redundar en el no seguimiento de la orden médica, y ello en el malestar de los médicos con sus pacientes *no adherentes*.

El trabajo que referenciamos se sustenta teórica y empíricamente en la noción de *sindemia*, pues, esta apunta a comprender, “cómo las condiciones sociales y de salud interactúan de manera significativa a través de vías sociales, biológicas y psicológicas, y están impulsadas por fuerzas sociales y políticas” (p. 9). Esto es lo que se define como *sinergia* de problemas de salud y vulnerabilidad económica, racial, emocional y de género, entre otras. La noción de *sindemia* “Deriva de la fenomenología crítica para considerar cómo los procesos macro-sociales moldean experiencias subjetivas” (Mendehall, 2019, p. 25). Desde esta postura se procura dar luz a aspectos que, debido a la mirada biologicista tradicional, quedan invisibilizados o no se reconocen como directamente relacionados con las enfermedades crónicas.

Finalmente, Mendenhall (2019) presenta cinco formas de *repensar la diabetes*: 1. La diabetes debe entenderse como una enfermedad de la pobreza y no exclusivamente como una enfermedad producto de la modernización, debido a la diversidad con que se manifiesta biológica, social y culturalmente; 2. La diabetes siempre es sindémica entre las personas económica y socialmente vulnerables; 3. El diagnóstico (de diabetes) cambia la percepción del cuerpo y la condición física “convertirse en diabético implica un ajuste de cuentas respecto a lo que significa lo cultural, lo social y lo personal” (p. 140). 4. La vida social de la diabetes está fundamentalmente determinada por la cultura y la sociedad, por lo que se puede experimentar de maneras diferentes según cada contexto; 5. Las intervenciones frente a la diabetes deben emplear el pensamiento sindémico, pues “ninguna intervención será exitosa si no atiende lo mental, lo corporal y el sufrimiento social de la vida cotidiana” (p. 145). Así pues, esta investigación favorece la comprensión de las posibles articulaciones entre lo estructural y lo individual en la configuración del padecimiento de la enfermedad crónica.

En una línea de trabajo similar, Lerman (2016) sostiene que la obesidad, violencia estructural y simbólica, inestabilidad política, diabetes y depresión componen una sindemia que impacta con mayor intensidad a las personas y grupos con nivel socioeconómico bajo y que acumulan otras condiciones de marginalidad. Su investigación tuvo lugar en Puerto Rico y se desarrolló a partir de métodos mixtos. Según este autor, la diabetes pasó de ser la enfermedad de la opulencia a convertirse en una que afecta de manera desproporcionada a los pobres (...) debido a la sobreabundancia y el consumo excesivo de alimentos baratos y pobres en nutrientes (pero altos en azúcar, grasa y sodio), a la falta de oportunidades realistas de practicar actividad física y tener acceso a alimentos saludables, y a la mayor angustia psicológica debido a la falta constante de acceso a vivienda, atención médica y apoyo social (p. 3).

Lerman (2016), coincidiendo con Mendenhall (2019), encuentra en la pobreza y las desventajas que entrañan, el principal elemento pro-

ductor y reproductor de la diabetes y las patologías y el sufrimiento asociados. Sostiene que, en Puerto Rico, la violencia estructural da lugar a políticas que amplían la brecha entre ricos y pobres. Estas diferencias, refiere, se encuentran en el acceso a los servicios de salud, las dificultades para conseguir empleo y la distribución desigual de recursos económicos por sectores, lo que afecta la calidad de los servicios educativos, entre otros. Sostiene, además, que el racismo también configura la sindemia, pues, conduce y manifiesta “la segregación residencial, la falta de desarrollo profesional y de movilidad social, la distribución desigual del dinero, los recursos valiosos y los alimentos” (Lerman, 2016, p. 83). La mezcla de estas condiciones da lugar a la violencia simbólica que problematiza las relaciones interpersonales en tanto mina la identidad de los sujetos y los conduce a establecer relaciones cargadas de agresividad, por ejemplo, debido al desempleo, “Los hombres pueden abusar de las mujeres (violencia doméstica) por frustración reprimida, esto, por no poder mantener sus familias, pues sienten comprometida su identidad como hombres” (p. 83). Esta referencia resulta importante porque como veremos en este capítulo, el padecimiento de la diabetes pone en cuestión el yo y lo que con él se ha historizado.

En los trabajos que asumen esta postura se resalta la capacidad de agencia de los sujetos y las formas cómo enfrentan los distintos padecimientos, e incluso, cómo eligen cuáles de sus males paliar. No obstante, “[...] la agencia de los pacientes con diabetes tipo 2 para administrar su enfermedad se ve afectada, entre otros, por las deficiencias del sistema de salud” (Pesantes et al, 2019, p. 93). Ahora bien, si argumentamos que los sujetos hacen una suerte de escogencia de sus batallas, no resultaría descabellado plantear, a modo de hipótesis, que los mismos deciden no atender las exigencias del tratamiento puesto que las condiciones no están dadas para ello y el servicio de salud aparece como obstáculo y no como facilitador. Pesantes et al (2020) hablan de “carga del tratamiento” para analizar la complejidad del uso del

medicamento y el seguimiento de las órdenes médicas. Estudiando las experiencias de personas de bajos ingresos que viven con diabetes tipo 2 en Lima, Perú, encontraron que “los componentes emocionales, socioeconómicos y estructurales juegan un papel crucial en las capacidades de los pacientes para seguir las recomendaciones prescritas” (p. 85). Las capacidades aludidas por los autores deben ser comprendidas en dos vías: unas referidas a las condiciones objetivas y/o materiales y otras referidas a los aspectos subjetivos, cognitivos y emocionales que atraviesan la experiencia del padecimiento. Los sujetos deciden y actúan dentro de estas lógicas, sin embargo, argumentan los mismos autores, su capacidad de autogestión no es reconocida, mientras que “la ‘culpa’ de una mala gestión frente a una condición crónica como la diabetes, siempre recae en el paciente” (p. 93). El concepto de sindemia constituye una perspectiva teórico-empírica amplia para la comprensión, el análisis y la posterior intervención en los diferentes problemas de salud que impactan cada vez con mayor intensidad los distintos grupos sociales.

Como hemos visto, la experiencia del padecimiento de la diabetes entraña malestar subjetivo y sufrimiento (Montesi 2017; Page, 2019; Hirsch & Alonso, 2020). En razón de ello, Leiton-Espinoza, et al (2019) se preguntaron por “[...] el impacto emocional en el camino de aprender a vivir con ‘la diabetes’” (p. 696). Para alcanzar su propósito plantearon un estudio cualitativo fenomenológico a partir de entrevistas en profundidad. Ahí definieron cuatro unidades de significado, a saber: sufrimiento, miedo, resignación y fe en Dios. Encontraron que la depresión es común entre los sujetos diabéticos, básicamente debido a sentimientos de tristeza, minusvalía, angustia, desesperanza y culpa que acompañan la experiencia, y que les conducen, bien sea a vivir con el sufrimiento y el temor de aceptar la enfermedad, o bien a resignarse y tener fe en Dios para vivir con su condición. Así, “[...] el sufrimiento que expresan los pacientes se debe a que la diabetes se convierte en una enfermedad de mucho cuidado por su fisiopatología, factor

de riesgo cardiovascular, demencia, caídas, infecciones, depresión y deterioro funcional.” (Leiton-Espinoza, et al., 2019, p. 700). Esa presencia constante de la enfermedad conduce a que la vida cotidiana en general resulte amenazante. Pues, como los autores sostienen, desde el momento del diagnóstico deviene un impacto emocional que prosigue con el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad.

El comienzo:

Interés en la experiencia de enfermar de diabetes²⁸

Mi interés en las maneras en que la gente vive y enfrenta la diabetes nació hace algunos años, cuando me desempeñaba como psicólogo –gestor de autocuidado– para un programa de promoción y prevención (PyP) en salud, programa de riesgo cardiovascular (RCV) que hoy es objeto de mi observación. Durante aquella experiencia laboral atendí un alto número de personas con diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA). Allí pude notar que con ambas patologías devienen sensaciones de malestar subjetivo que hacen problemática la experiencia de enfermar. No obstante, las manifestaciones más intensas de sufrimiento anudado a la enfermedad física se vislumbran en quienes padecen DM. En estos sujetos es evidente el sufrimiento, el malestar, la angustia, la soledad, el “exceso de compañía”, el acompañamiento, las pérdidas, las ganancias secundarias, el temor a la muerte, la incertidumbre, la pasividad, el cuidado y las estrategias de afrontamiento...

Estas manifestaciones del impacto subjetivo de la enfermedad suscitaron muchas preguntas, pero había una que, para aquel entonces, y en razón al objetivo de mi actividad laboral, era crucial tratar de responder: ¿Por qué es tan difícil para los sujetos diabéticos, seguir las recomendaciones respecto al tratamiento (adherirse) contra la

²⁸ Dado que lo presentado en adelante resultó de una etnografía, se presenta escrito en primera persona.

dm, si lo que se busca es beneficioso para la propia salud? Por supuesto, aquella pregunta –un tanto ingenua– aún no había pasado por la “ruptura epistemológica” necesaria para ser respondida a través de la psicología y el psicoanálisis, disciplinas que concentraban mi interés en aquel momento. En esa misma época inicié mis estudios de maestría (en psicología) y esa pregunta empezó a guiar el camino de la investigación a realizar en dicho escenario académico. Adentrarme en la búsqueda de la respuesta a mis interrogantes sobre la adherencia al tratamiento me llevó a comprender rápidamente que la mentada dificultad frente a la adherencia obedecía a “obstáculos subjetivos”.

Aludir a la falta de adherencia como algo aunado a la subjetividad implicaba –al menos en aquel momento y para esa investigación– asumir que los sujetos no son del todo conscientes de sus impedimentos para asumir las demandas del tratamiento, es decir, que su incapacidad de adherirse al tratamiento no responde –necesariamente– a elecciones caprichosas o a actos de rebeldía conscientes y deliberados. No es que la gente quiera –al menos de manera consciente– morirse.

Se hizo preciso entonces, comprender que existen obstáculos de los que los sujetos no pueden dar cuenta, que escapan a su entendimiento y, en consecuencia, a la posibilidad de ser verbalizados, lo que finalmente anula la posibilidad de resignificar la experiencia frente a la enfermedad y su tratamiento. Esto, por supuesto, constituye el punto central de los desencuentros que no pocas veces se presentan entre el personal asistencial (médicos y enfermeros) y los pacientes, pues los primeros suelen reducir la mentada imposibilidad a falta de voluntad, pereza, irresponsabilidad o deseos de morir, entre otros.

En la investigación mencionada me di a la tarea de conocer y tratar de comprender cómo se presentan dichos obstáculos. Inicié el trabajo de campo en diciembre de 2014, en ese momento como “participante observador” (Amezcu, 2000, p. 32) por lo que mi mirada hacia los pacientes se transformó; ya no era solo la del psicólogo que intentaba

favorecer en los sujetos la resignificación de la experiencia de padecer diabetes, sino, además, la del investigador que procura resolver interrogantes. Algunos de estos cuestionamientos podían “resolverse” en la consulta, empero dicho proceso solía generar más preguntas, más dudas, más hipótesis y menos certezas. Ello me condujo a realizar entrevistas en profundidad y observaciones en los diferentes escenarios de la clínica (salas de espera, filas en la farmacia, porterías, etc.) para favorecer la comprensión de lo encontrado en los diferentes discursos de los pacientes a lo largo de la práctica clínica.

Durante aquel proceso se identificaron cuatro obstáculos subjetivos que resultaban problemáticos para la adherencia al tratamiento: 1 Los pacientes entienden el tratamiento como una imposición del “otro” que no compromete su deseo, 2 no logran establecer transferencia con el médico, puesto que consideran a este distante, 3 no logran integrar simbólicamente la enfermedad a su historia y 4 la familia no pocas veces, es percibida como obstáculo y no como sistema de apoyo. Si bien, cada uno de estos impedimentos fue discutido y analizado en la investigación, como es normal, al finalizar la misma surgieron muchos otros interrogantes, ya no solo respecto a la adherencia al tratamiento, sino en general sobre la experiencia de vivir con diabetes.

Con aquel excedente de inquietudes construí la propuesta de investigación para iniciar mis estudios de doctorado en Sociología. Aquel documento se tituló: *Determinantes sociales de la salud y la enfermedad: la diabetes como problema social*, y tenía por fin: “Establecer cuáles son los determinantes sociales, históricos y económicos de la salud y la enfermedad, particularmente en el caso de la diabetes, buscando establecer verdaderos modelos de intervención que ofrezcan maneras eficientes de abordar la problemática”.

Por supuesto, el ingreso en la disciplina, el rigor del ejercicio académico con todos sus matices y tras producir varias versiones, la propuesta maduró hasta convertirse en un proyecto de investigación doctoral,

cuyo objetivo general es: “Analizar la experiencia subjetiva de enfermar de diabetes, considerando los diferentes elementos que configuran las relaciones que establece el sujeto diabético con su cuerpo, con los suyos y con el sistema de salud”. En ese momento fui invitado a participar de la investigación *Sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en relación con el VIH en población clave, mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en las ciudades de Cali y Medellín*, la cual dio lugar a este libro. En dicha articulación se consolidó la subjetividad como noción central para la investigación doctoral en tanto aquella permite comprender los avatares que entraña la experiencia de la salud y la enfermedad como fenómenos individuales y colectivos. Además, siendo ambas investigaciones de corte cualitativo resultó valioso el diálogo directo que enriqueció los procesos y los resultados.

El ingreso al campo

Antes de que el proyecto fuese aprobado, inicié el largo trámite para volver a la Clínica en la que había realizado la anterior investigación. La diligencia fue larga, tardó alrededor de nueve meses. En enero de 2018 regrese, pero ahora como “observador participante” (Amezcu, 2000, p. 32). Socialicé la investigación con la Directora Médica (me había reunido con ella antes de iniciar el proceso burocrático, ella me había dado recomendaciones para que este tuviera éxito). Ahí ella conoció los objetivos y las actividades que yo realizaría dentro de la institución. Por supuesto, reclamó que, “en pro del beneficio de ambas partes”, yo apoyará en los procesos de adherencia a los pacientes “medio desordenaditos”. Ello dio pie a la primera de muchas “negociaciones” respecto a mi lugar dentro del campo: acepte ver algunos –y solo algunos pacientes–, le confirmé que mi interés ya no se centraba solo en los pacientes no adherentes y le dije que solo yo manejaría mi agenda, es decir, solo yo asignaría las citas que se consideraran pertinentes. Ella aceptó, no del todo complacida. Luego vino mi petición:

un espacio en cual trabajar. Me asignaron un consultorio, en el primer piso de la Clínica y frente a una de las salas de espera.

Paso seguido, la Directora me invitó a conocer parte del equipo de trabajo del programa de riesgo cardiovascular (RCV), excepto a los médicos, quizás para no interrumpir sus consultas. La última parada fue en el consultorio del Enfermero Jefe del programa, un hombre joven que llevaba muy poco tiempo vinculado a la institución. La Directora Médica nos presentó, le contó sobre mi investigación y luego se retiró para que yo le contara más. El Enfermero y yo conversamos algunos minutos, compartimos impresiones respecto a la diabetes, los pacientes, el servicio y los médicos. Él se mostraba fuertemente crítico frente al manejo administrativo que se les daba a algunos asuntos desde la institución y también respecto al estatus del que gozan los médicos “solo por ser médicos”. Sin embargo, dichas “confesiones” no respondían al desarrollo de una empatía inmediata, ni nada que se le pareciera, obedecían a que él apelaba al *secreto profesional* que acompaña el ejercicio de la psicología y al manejo discreto de los datos que conduce la empresa investigativa, cuando se realiza con personas.

Con el enfermero la negociación giró alrededor de la misma propuesta, él también solicitó asistencia con los pacientes no adherentes, mi respuesta también fue la misma: “solo algunos”. Por mi parte, le solicité me permitiera asistir como observador a sus consultas y como observador participante a los talleres educativos bajo su coordinación, a lo que él accedió sin ningún tipo de restricción.

Puesto que en ese primer momento no tuve la posibilidad de contactar directamente a los médicos del programa, me comuniqué con ellos por correo electrónico; les conté sobre la investigación, sobre mi pasado en el programa y les solicite su colaboración en dos sentidos: acceder a responder una entrevista y permitirme estar como observador durante la atención a los pacientes de programa de rcv. Mientras esperaba sus respuestas concentré el ejercicio de observación participante en

tres de los cuatro escenarios de mi interés: las salas de espera, la consulta con el enfermero y las actividades de educación (el otro escenario es el de la consulta con el médico). Estos primeros ejercicios sirvieron fundamentalmente para refinar las guías de observación previamente construidas y, por supuesto, para familiarizarme con el terreno, pues más allá de no ser “nuevo” en el lugar, mi condición había cambiado.

Así transcurrieron los primeros días; pasando el tiempo entre las consultas del enfermero y las salas de espera (las actividades de educación son solo una vez al mes), siempre llevando mi diario de campo. En las consultas la escritura se limita a breves frases para recordar que luego, en otro espacio, se desarrollan en su totalidad. En las salas de espera, en cambio, la escritura es constante (y solo se suspende para conversar con quienes esperan).

Luego de un par de semanas recibí la respuesta de uno de los médicos del programa, él se mostró interesado y complacido con la invitación, aceptó participar de la misma y en las dos actividades solicitadas; un par de días más tarde nos reunimos y tuvimos una larga conversación respecto a la enfermedad, el sufrimiento de los pacientes y la salud pública en el país que, según él, “cada vez está peor”. En este caso la relación resultó más amable, menos formal y sin los tintes jerárquicos que atravesaron el encuentro con la Directora Médica, ni la distancia que se presentó con el Enfermero. Dos días después del encuentro inicié la observación en la consulta médica.

Ahora bien, me he referido a las negociaciones necesarias para mi ingreso al campo y, puede llamar la atención que no he dado cuenta de negociaciones con otros actores participantes de la dinámica del servicio, a saber, el personal administrativo y los pacientes. Esto se debe básicamente a que, respecto a la relación con estos sujetos, “mientras que la presencia física no representa en sí un problema, la actividad investigadora sí puede presentarlo” (Hammersley & Atkinson, 1994, p. 71). Así, para los trabajadores administrativos mi presencia suele

pasar desapercibida, soy uno más en las, generalmente atiborradas, salas de espera; desde luego, algunos me conocen, pero limitan su interacción conmigo al saludo formal y típico de las relaciones jerárquicas que se establecen entre los rangos administrativos (bajos y medios) y el personal asistencial. Por el lado de los pacientes sucede algo similar, ellos asumen que soy un paciente que espera ser atendido. Cuando tengo que contarle a un paciente sobre mi *verdadero lugar* en el campo, suelo decirles que estoy escribiendo un libro y que me interesa saber cómo se vive con diabetes. Considero que esta suerte de renuncia a la negociación, con estos sujetos en particular, favorece los objetivos del presente ejercicio etnográfico. Pues como afirman Hammersley & Atkinson (1994):

La negociación del acceso es una cuestión de equilibrio. Las ganancias obtenidas y las concesiones otorgadas en las negociaciones, así como las consideraciones éticas y estratégicas, deben darse conforme se juzgue más conveniente, según los propósitos de la investigación y las circunstancias que la rodean (p. 87).

Sobre mi presencia en las consultas, vale anotar que mi profesión en este caso representa una ventaja, pues el médico y el enfermero siempre me presentan ante los pacientes como “el doctor Wilmar, psicólogo del programa de RVC y quien hoy está acompañando la consulta”. Esto sucede inmediatamente los pacientes ingresan al consultorio, generalmente antes de tomar asiento ya saben quién soy, es decir, mi profesión justifica mi presencia, nadie pregunta qué hago o por qué estoy allí. Este aparente –y solo aparente– desinterés por el intruso puede obedecer a dos aspectos; por un lado, al hecho de que la psicología, desde el discurso del sentido común, suele identificarse con el ámbito y las disciplinas de la salud²⁹ y, por otro lado, a que las decisiones del personal asistencial no se discuten.

²⁹ Quizás si me presentaran como un estudiante de Sociología o como un investigador que hace una etnografía mi presencia resultaría injustificada, innecesaria y hasta molesta para los pacientes.

La experiencia de la enfermedad y la relación con el sistema de salud: seis proposiciones

A continuación, presento seis proposiciones que responden al ejercicio de observación mencionado y pretenden evidenciar cómo operan las relaciones y los ejercicios de poder en el proceso *salud-enfermedad-atención* y su papel en la experiencia del padecimiento de la diabetes.

Los médicos hablan del cuerpo enfermo del paciente, pero niegan a este su presencia y la posibilidad de la palabra. Se refieren al enfermo, ignorando al sujeto

Enrique es un hombre de 29 años, blanco y obeso que asiste a cita de control para la diabetes. Llega solo a la consulta, saluda, se sienta en silencio, entrega al médico sus documentos y espera que sean revisados. Enseguida, hay al menos treinta segundos de absoluto silencio que terminan cuando el médico me mira y afirma: “Él (*Enrique*) es resistente a la insulina, sin embargo, las pruebas muestran que hay mejoría: la hemoglobina glicosilada (HbA1c)³⁰ *paso de 11.1 a 7.7, muy cerca de metas, o sea, menos de 7.0*”. Luego inicia una conversación con el paciente:

M (médico)- ¿Estás haciendo ejercicio? (pregunta, sin quitar la mirada del monitor)

P (paciente)- No, doctor, no me queda tiempo

M- Me mira y exclama: ¡¿ves?! Mientras abre sus brazos y encoge sus hombros. Continúa preguntando ¿y la dieta?

P- Umm pues no mucho, la verdad, aunque no como azúcar

³⁰ Prueba en sangre que mide los niveles de glucosa en sangre durante los tres meses anteriores a su toma. Esta prueba representa uno de los medidores más importantes respecto a la calidad y la forma en que se sigue el tratamiento contra la DM

M- Me mira de nuevo y dice: Así es complicado, no se cuida, pero está cercano a las metas y, sabes a qué se debe... a que usa un buen medicamento no POS³¹. Sin embargo, eso no elimina el riesgo de complicaciones (inicia una extensa explicación sobre las mismas. Siempre dirigiéndose a mí).

Durante esta conversación el médico nunca miró al paciente, cuando preguntaba dirigía su mirada al monitor o a los exámenes médicos y cuando hablaba se dirigía a mí. Yo siempre guardé silencio procurando controlar mis gestos, lo que implicaba un esfuerzo en doble vía; pues no quería que el médico asumiera que desaprobaba sus apreciaciones, pero tampoco, que Enrique me viera como un cómplice que estaba ahí para reforzar las sanciones que a él se dirigían. De cualquier forma, entendía que, desde la perspectiva del paciente, yo estoy del lado del médico y la institución y ese lugar, al menos en el primer encuentro es inalterable.

El paciente por su parte esperaba, no estaba expectante, más bien se mostraba inquieto, afanado, sus brazos cruzados y su mirada fija (en el escritorio) y sería evidenciaban cierto malestar, pues se *hablaba de él, pero no con él*. Se limitó a obedecer; contestaba cuando se le preguntaba y hacia lo que se le pedía.

M- Pasa a la camilla (el paciente se levanta en silencio y obedece) presión arterial bien, párate aquí (el paciente se quita los zapatos y se sube a la báscula) ... bueno, aquí si estamos pasados, vas a tener que darte tiempito para hacer ejercicio

P- Sí, va a tocar, me voy a poner en esas

M- A ver cómo está el azúcar (toma la glucometría), también bien.

P- Sí, es que, como le digo, no como azúcar

³¹ Plan Obligatorio de Salud.

En ese momento el médico se dirige de nuevo mí para decir: “te imaginas si se cuidara... estaría pasado, pero el problema es que como el medicamento hace todo el trabajo él cree que no necesita hacer más que tomárselo”. Acto seguido me hace una solicitud: “ayúdame con él, a ver si mejora esa adherencia” (lo que solicita es una intervención por psicología); yo me dirijo al paciente y le pregunto si está de acuerdo, él acepta de manera condescendiente, lo que me hace pensar que no va asistir, no obstante, programamos una cita para la semana siguiente, cita a la que, efectivamente no se presentó.

Esta viñeta suscita varios elementos que es preciso considerar:

- a. El insumo fundamental de la consulta lo constituyen las *pruebas biomédicas*, estas son las que abonan el terreno y marcan el curso que tomará el encuentro, las preguntas que los médicos hacen se desprenden de los valores ahí descritos. De ahí surgen las dudas y también las certezas, cuando los valores son adecuados se pone en cuestión el comportamiento de los sujetos, como en este caso, más aún si la apariencia del paciente no corresponde con lo que la biomedicina describe. La obesidad de Enrique pone en tela de juicio, no la veracidad de los resultados, sino el papel de él como enfermo, en la consecución de los mismos. Se asume que las prácticas no son (en este caso) las responsables del control de la enfermedad, y la farmacología se presenta como confiable y útil, pues funciona más allá del desatinado estilo de vida del paciente.
- b. En la experiencia aquí descrita la mirada permite varias interpretaciones: por un lado, se presenta como una herramienta; pues el médico la usa (negándola) para mostrar al paciente su desaprobación respecto las prácticas desatendidas y la dirige a mí en busca de complicidad que refuerce el regaño. Rehusarse a mirarlo directamente es pues una forma de marcar distancia con el paciente, de refrendar la relación de dominación y su orden jerárquico, relación y orden que me incluye, pues es como si se hablase entre

los que “entienden”, dejando por fuera a quien carece de capital cultural para participar de la conversación y, en consecuencia, no puede comprender. Por otro lado, cabe anotar que los pacientes suelen reclamar la mirada de los médicos, ya sea porque asumen que es un acto mínimo de cortesía e interés y/o porque precisan ser vistos para que su salud sea vigilada (“voy a que *me vea* el médico”). Que no los miren es asumido como una suerte de pérdida del panóptico al que son sometidos (y están “naturalmente” acostumbrados) en las salas de espera. Sin embargo, hay que mencionar que la mirada del médico nunca carece de su matiz controlador y punitivo, incluso si lo que se mira son los exámenes biomédicos y/o la historia clínica, la vigilancia sigue su curso, ya que estos documentos funcionan como muestra del interior del cuerpo, es como si este se hiciera transparente.

Los pacientes por su parte, suelen dirigir su mirada al médico, prácticamente en todo momento, sin importar quien habla, o si hay silencio. Mirar es un acto de reverencia y respeto. La mirada solo se desvía momentáneamente, y parece perderse, frente a la espera de la opinión del experto, durante ese momento esta se posa en los documentos, en un rincón del consultorio o en el monitor del computador.

- c. Hay aspectos que son desoídos por los médicos durante el encuentro clínico, y no me refiero a lo que no se permite contar, al contrario, hago alusión a lo que se dice y se oye, pero no se escucha, no es analizado con la profundidad que se debería. En el ejemplo citado, cuando el paciente afirma que *no consume azúcar*, adjudicando a ello –y al consumo de medicamentos–, sus buenos resultados en las pruebas médicas, está poniendo en escena la manera en que entiende y significa la enfermedad y el tratamiento. Aspecto que, claro está, debe ser explorado, pues sólo a partir de conocer y comprender cómo los sujetos conceptualizan la enfermedad, será posible acompañar al paciente en una suerte de *resignificación* de la experiencia que le permita asumir mejor sus cuidados.

- d. *Obediencia no es igual a pasividad.* Aunque en la viñeta que presento pareciese que el paciente es un sujeto pasivo que se somete a la palabra, el silencio y las órdenes del médico, es preciso argumentar que, por el contrario, él se reconoce como sujeto de derecho, por ello tiene una postura frente a la enfermedad y el tratamiento. Él actúa y su acción no se limita solo a reaccionar. Por ello asume que no necesita seguir dietas y/o hacer ejercicio. Por otra parte, que acceda –de manera condescendiente– a programar una consulta por psicología representa también una forma de conducirse frente a la relación con el médico, pues entiende que su negativa redundaría en un discurso –tipo regaño– respecto a asuntos que ya conoce y tiene claros. Entonces, concede al médico lo que le demanda, mas no acude a la cita. Enrique es pragmático.
- e. Finalmente, este caso permite ilustrar uno de los motivos que sustentan el estatus y la relevancia de la medicina respecto a otras ciencias, me refiero a su *eficacia*. La biomedicina ha demostrado a médico y paciente, que es efectiva, que funciona. Lo paradójico es que, este caso, el éxito del medicamento resulta generador de malestar para el médico y, por el contrario, genera en el paciente la sensación de que todo marcha bien. Es por este motivo que, no pocas veces, el sujeto enfermo se pierde a sí mismo dentro del discurso de la biomedicina –como si lo naturalizara–, al punto de convertirse en resultadista y reduccionista respecto a la salud y la enfermedad.

Los criterios para describir la calidad del servicio responden a valores morales

Estoy en una sala de espera mientras llega el momento de reunirme con un médico para contarle sobre la investigación. La sala está llena, hay alrededor de 30 personas que van y vienen, hacen fila para reportarse y autorizar su cita, los que ya lo hicieron, simplemente esperan mientras ven televisión o miran sus celulares, pocos conversan entre sí, sus rostros reflejan cansancio e incertidumbre.

Para mi fortuna, veo a una paciente que conozco de cuando trabajé en la Clínica, ella me recuerda y me saluda levantando la cabeza. Se sienta cuatro filas más adelante, yo espero un par de minutos (mientras trato en vano de recordar su nombre) luego voy y me siento a su lado; en ese momento pensaba que sería bueno que tardaran en llamarla, pues esa sin duda era una buena oportunidad para avanzar en el trabajo de campo:

W- Hola ¿cómo le ha ido? Pregunto

P- Pues, bien... ahí, en la lucha

W- De manera directa pregunto: ¿cómo va esa diabetes? (la pregunta podría resultar un tanto violenta si no fuera porque conozco su situación hace tiempo y la trate como paciente)

P- Pues ahí... un día me atiende una señora de apellido Monsalve, otro día una tal Vanessa, otro día el doctor Saúl... entonces no me gusta porque, por ejemplo, usted puede que me acierte a mí en lo que yo tengo y sus medicamentos me sirvan, pero otro día me manda con otro y él me manda otra cosa... ¿si me entiende? Entonces yo la próxima cita con Saúl, yo le voy a decir que ¿cuál es el problema, que me cambian de médico? que el otro día yo pedí una cita con él y no me la dieron, me la dieron fue con una tal Vanessa... bueno y la muchacha que me atendió (en la caja) me dijo que él (Saúl) no estaba, y la cita para este mes me la dieron con él... entonces para qué le meten mentiras a uno... si es que él ya se aburrió de atenderme a mí ¡porque yo soy muy cansona, muy mal paciente!, pues diga ¡no la atiendo más! y ya, se acabó el problema, y mándeme con otro ¿si me entiende? Como me pasó con Leydi (otra médica); yo con Leydi peleé, con esa de ojos verdes, ¿por qué peleé con ella...? porque si yo por ejemplo estoy enferma y voy donde ud. como médico, ¿cuál es la obligación suya?... atenderme a mí y bregar conmigo hasta

donde pueda, no decir lo que ella dijo... “Hasta que usted no baje esa presión y esa azúcar no vuelva donde mí”, yo le dije: listo, yo no vuelvo... ¿qué me tocó hacer? Me dieron cita con el doctor Gómez. Para mí ese es un excelente médico, porque a mí me dio con el chiste, con el problema que yo tenía. Entonces, una vez ella (Leydi), me preguntó que por qué no había vuelto, y yo le dije porque usted es muy grosera, eso que usted me dijo no se le dice a nadie... y pues ella dijo que era charlando, y yo le dije ¡eso no son charlas! Porque su obligación es atenderme a mí... si a ella le pagan es por lo que nosotros pagamos ¿sí o no? (Yireth, G. Comunicación personal, 28 de noviembre de 2019)

W- Bueno, me ha contado dos casos: uno en el que le fue bien con el médico y otro en el que no fue así. ¿Usted en general se siente bien atendida, respetada por el equipo terapéutico que la atiende?

P- Primero sí, últimamente no, por la cambiadera de médico, porque si yo estoy pagando un servicio y pido cita con tal médico, con él me la deben dar porque yo estoy exigiendo que me la den con usted porque yo estoy pagando ¿sí o no? Yo no estoy mendigándole a nadie... en este momentico yo me siento defraudada. Además, hay unos que uno les muestra los exámenes que ha mandado otro y ni siquiera le mandan nada a uno pa' eso, y la obligación de ellos es mandarme medicamentos pal problema que yo tenga, así no sea de la diabetes o la hipertensión, el otro día me salió una infección urinaria en un examen, pero como el examen no lo había mandado Vanessa, que fue la que lo vio, entonces solo me dijo lo que salió y no me mando nada ¡ahí me quede con el problema!

W- Pero, ¿usted ha manifestado eso, se lo ha dicho a ellos?, ¿les ha dicho que está insatisfecha?

P- De manera enérgica y agitando los brazos responde: ah, eso, eso es perdido, eso es perdido, para qué, para qué, da igual, da

igual que yo me sienta satisfecha o que no me sienta satisfecha... uno, uno al nivel de ellos es un inferior

W- Un inferior ...

P- O sea, como que no le prestan como mucha importancia, como que ¡yo soy médico! Y usted es una paciente... da igual

W: Ud siente...

P- Sí, sí es que así es, así es... últimamente he desistido de volver, pero no puedo porque necesito la insulina y eso es muy caro y si no vengo no me la dan (en ese momento es llamada a la consulta). Se pone de pie y se despide: ¡nos vemos, voy a ver con qué me salen hoy!

Yireth evalúa el servicio teniendo en cuenta tres aspectos: 1) la posibilidad de tener un mismo médico siempre que asista a la consulta, es decir, ella valora y considera necesario que se siga un proceso. 2) que el médico sea respetuoso y amable, que no use palabras duras, ofensivas o que puedan resultar dolorosas. Que no marque la distancia que ya ella reconoce que existe. 3) que el médico ejerza sus funciones (y poder) y recete medicamentos, pues “para eso le pagan”.

En otras palabras, lo que la mujer espera es que el médico responda al imaginario que se tiene en las clases populares respecto a su labor y, aunque en su discurso hay una suerte de rebeldía, manifiesta en sus quejas frente al cambio de médico, su postura termina siendo disciplinada y demandante de un orden que le permita articularse al sistema, hay una suerte de “docilidad”. Al respecto Gadamer (2001) afirma: “[...] es el enfermo quién espera autoridad del médico; más aún, quien la reclama. Se trata casi de una exigencia” (p. 135).

Por otro lado, su “afán” de que por cada dolencia se le prescriba un medicamento permite vislumbrar la relación que tiene con su cuer-

po, un cuerpo que, al presentarse dividido gracias a las enfermedades, demanda algo que lo reestablezca, en palabras de Le Breton (2006), que reintroduzca sentido allí donde éste falta, que establezca coherencia donde hay desorden. Ahí es donde la paciente ubica la función del médico. Es por ello que, además de recetas farmacológicas, exige palabras; un discurso que le explique qué sucede con su cuerpo, pide que el médico no se limite sólo a rotularla con una condición que para ella carece de sentido. Este es quizás el mayor desencuentro entre enfermos y médicos, y es un desencuentro estrechamente relacionado con la clase social (sin que este sea el único elemento constitutivo de la relación), aspecto que como es posible notar, ella reconoce, especialmente cuando afirma que es “inferior”, dando cuenta de la brecha que eso supone y de la relación jerárquica en la que está inmersa. A propósito, Boltanski (2004) refiere; “[...] la frecuencia y la intensidad de las relaciones que los enfermos mantienen con el médico [...] crecen cuando se sube en la jerarquía social, o sea, cuando disminuye la distancia social entre médico y paciente” (p. 122). En ese orden de ideas, la clase supone una barrera que suscita el desarrollo de estrategias para mantener la comunicación y transmitir el mensaje deseado, por supuesto, de manera unidireccional.

Otro aspecto para considerar es la frase con la que Ana se despide: “Vamos a ver con que me salen hoy”. Esto muestra, por un lado, la forma en que carga la responsabilidad de su condición en los otros (médicos y demás personal asistencial), y por otro, que vive en una constante incertidumbre respecto a su salud. Castro (2000), refiere que, en los sectores populares, muchas veces “existe una sensación de azar y aleatoriedad, es decir, una sensación de que muchas cosas son impredecibles y que están mucho más allá del control de los individuos” (pp. 211-212). No obstante, los sujetos aprenden a vivir con esa sensación articulándola a su cotidianidad. Parte de esa articulación se evidencia precisamente en las quejas frente a lo que les produce malestar.

Por último, hay que resaltar que la conversación inició con la pregunta ¿cómo va esa diabetes? empero, la mujer nunca se refirió directamente a esta. Lo que quizás se deba al hecho de que tenemos un saber compartido al respecto, gracias al espacio terapéutico que otrora compartimos. Ana es una mujer que sufre considerablemente por su condición de diabética que, anudada al tabaquismo y al sedentarismo, le causa serias y constantes crisis de orden físico y emocional, sus relaciones interpersonales se han visto fuertemente afectadas por su enfermedad, hasta el punto de ser “jubilada porque ya no tenía genio para tratar con los niños” (se desempeñaba como profesora de preescolar), lo que la llevó a convertirse en una ama de casa a la que se le demanda un carácter abnegado y servil que no posee.

La experiencia subjetiva del padecimiento, y los discursos y saberes que produce, no tienen lugar en el espacio de la consulta

María es una mujer negra de 63 años que ingresa a la consulta con una joven acompañante (una vecina), inmediatamente entra al consultorio se queja de un dolor en la pierna derecha, asunto al que el médico ignora; guarda silencio al respecto –pues la consulta es por control de HTA y DM– y luego le pide que siente. En ese instante, María, me mira buscando complicidad, respondo a su demanda con un silencio condescendiente, como tratando de decirle que comprendo su malestar, pero que escapa a mis posibilidades atender o hacer que atiendan su súplica.

La consulta sigue su curso normal y, luego de la revisión física, el médico alerta a la mujer (y a mí) sobre su pobre control:

M- Estás descontrolada, los valores están altos (respecto a las pruebas médicas)

P - Sí, es que mis nietos me hacen rabiar

M- ¿Por qué la hacen rabiar? (pregunta mientras mira la pantalla)

P- Molestan mucho, fíjese que... (afirma mientras se acerca al escritorio)

M- Bueno acá están las órdenes, autorícelas y nos vemos en la próxima consulta, ¡pero póngase pilas!

P- Bueno doctor, hasta luego (me mira, sus gestos denotan vergüenza).

Este es un evento que se repite constantemente; en este caso, aunque el médico inicialmente parecía interesado en lo que la mujer pretendía contar, rápidamente abandona esa intención y se resguarda en el dispositivo médico, cortando de manera violenta su discurso y redirigiendo la conversación al camino burocrático característico de este tipo de encuentro.

Este corte obedece a dos aspectos; por un lado, el tiempo de la consulta no da espacio para tramitar estas narrativas, pues solo podría hacerse en detrimento de las otras prácticas siempre necesarias y que son las que se exigen a este servicio y, por otro lado, la “la huida” responde a que el médico generalmente no tiene las herramientas necesarias para soportar discursos que aluden a cuestiones de orden subjetivo. No obstante, tras estas formas de relación se esconde la lógica dominante sobre la cual se erige la consulta médico-clínica (que incluye la consulta por enfermería). El lugar de sujeto es negado para dar paso al lugar de paciente/usuario. Es decir, el sujeto es anulado por la burocracia de las instituciones y los intereses económicos y políticos a los que responde. Ello debido a que el personal de salud (asistencial y administrativo) funge como vigía y garante de la filosofía institucional.

Entonces, “arrancarle al paciente el poder de la palabra facilita la intervención objetiva del técnico en salud, cuya labor se limita a instrumentalizar el cuerpo del enfermo” (Restrepo y Espinel, 1996, p.

152). Así, el paciente es empujado a un terreno estrictamente objetivo; al campo de la biomedicina, escenario en el que su *saber técnico* no tiene cabida y es desestimado de entrada por quienes ostentan el derecho exclusivo de usar aquel conocimiento. El sujeto es reducido a su enfermedad, es reificado. Solo le queda el silencio y la obediencia (al menos en la dinámica de la consulta) a las condiciones que se le imponen. Empero, lo más grave es lo que se pierde cuando se obtura la subjetividad, lo que se deja de decir es muchas veces lo que da cuenta de la experiencia de la enfermedad y la salud. No se ignoran las historias de los pacientes, se ignoran las formas en que se vive y se padece la enfermedad y el tratamiento y se deja de lado toda posibilidad de singularizar verdaderamente el encuentro clínico. Es por ello que “solo si se reconoce al otro como alguien diferente, se lo podrá orientar un poco para que sepa orientar su camino” (Gadamer, 2001, p. 125). En otras palabras, sólo a partir de entender cómo los sujetos comprenden la enfermedad, la salud y el tratamiento, es posible favorecer –en ellos– el desarrollo de estrategias que resulten efectivas e impacten positivamente el organismo, pero, sin producir malestar y sufrimiento subjetivo.

Las metáforas constituyen una herramienta comunicativa cuyo papel en la consulta es paradójico, pues acercan y a la vez distancian a los implicados

Durante la consulta, Paola, una mujer mestiza de 68 años, había mostrado dificultades con la adherencia al tratamiento, además, cierto desconocimiento respecto a la enfermedad y sus manifestaciones. Estaba contrariada por los síntomas físicos que, desde días atrás, estaba padeciendo producto de la diabetes y que se corroboraron con un electro cardiograma que no mostró resultados “alentadores”.

P- A veces parece que en vez de mejorar empeoro, este azúcar no me deja (afirma mientras agacha la mirada y mueve la cabeza con desaprobación)

M: Eso a veces pasa

P: Pero... ¿es normal?

M: Pues mire hija, es que uno es como un carro, que cuando esta nuevo no molesta para nada, pero, cuando se va haciendo viejo, el motor empieza a molestar, haga de cuenta que el *corazón es el motor del carro*, entonces con los años pues el ya no funciona igual, empieza a sacar la mano.

P- pues, si, ya ve que así es, así es con todo.

M- Lo bueno es que ese páncreas *aún vive*, aún produce insulina.

Esta viñeta muestra varios elementos alusivos a lo problemático de la relación entre médicos y consultantes; particularmente, da cuenta de la brecha que representa el lenguaje para la actividad comunicativa. Pues, como afirma Gadamer (2001), la enfermedad es vivida – por quien enferma– como una experiencia, experiencia que muchas veces se presenta como absurda y, en consecuencia, carente de sentido, lo que convida a los sujetos a dotarla del mismo, a partir, generalmente, de darle un nombre o incluirla en la categoría de “malestar general” o “virosis”. Esas nominaciones constituyen la herramienta lingüística con la que se llega a la consulta con el médico quien, a su vez, desde el saber biomédico que posee intenta conceptualizar “científicamente” los síntomas descritos, definiendo la experiencia del enfermo a partir de parámetros y códigos que, casi siempre, le resultan ajenos y ponen en tela de juicio el sentido pre-construido, lo que da paso al mencionado desencuentro.

Así, la consulta médica se presenta como un *campo de lucha* entre los saberes propios del sentido común y el saber científico, ambos sujetos miden fuerzas a través de sus propios códigos. Por ello, el médico constantemente utiliza las metáforas como herramienta comunicativa, como

punto de encuentro en y a través del lenguaje. Las metáforas buscan establecer una relación horizontal que procure la transmisión del discurso biomédico, sus saberes y sus demandas. Mediante esta estrategia procura ponerse “al nivel” paciente, como si descendiera para “usar” su mismo *capital cultural*, asumiendo que usar el propio no le permitirá comunicarse. En ese orden de ideas, es posible proponer que, del capital cultural que posea el paciente depende en alta medida la calidad de la metáfora y lo “gráfica” que esta resulte. Si el paciente es visto como “un idiota cultural, incapaz de entender” (Restrepo y Espinel, 1996, p. 158), seguramente esta estrategia comunicativa tenderá a su infantilización a partir de la desestimación de sus capacidades cognitivas, redundando en explicaciones para “tontos”. A esto me refiero cuando aludo al papel paradójico de las metáforas, pues, aunque favorecen la comprensión y dotan de sentido la experiencia de la enfermedad, también dan pie al despliegue del uso de distintas formas de violencia simbólica que tiende a desconocer el saber y las creencias de los sujetos respecto a los síntomas y signos de la enfermedad y su tratamiento.

Lo que quiero argumentar es que el médico tiene la posibilidad de “moverse” entre los dos tipos de saber mencionados, pues es conocedor de las formas en que el sentido común nutre el discurso de los sujetos que atiende y, además, es experto en el discurso científico de la biomedicina. La observación en las consultas permite identificar cómo pasa de un discurso al otro, en un vaivén que resulta desconcertante para los pacientes, dejándolos a merced de los intereses del médico y, por consiguiente, favoreciendo la relación de dominación.

Graciela es una mujer de 59 años, con DM 2 desde hace un poco menos de dos años. Llega sola a la consulta, lleva sus documentos en una bolsa plástica, tiene sus pruebas médicas organizadas según su antigüedad.

M- Hola, hija ¿Cómo le ha ido?, pásame el cartoncito³²

P- Tome doctor, está prácticamente nuevo (solo se ha consignado una cita)

M- Sí acá no hay mucho... bueno, toca mirar en la historia clínica

P- Ay sí, es que fijese que el otro médico, el gordito, me boto el viejo apenas se llenó. Me dio un pesar, yo que tanto los cuidó, porque eso a uno le sirve pa' ver cómo está avanzando cierto... (el médico no la mira, ni opina al respecto, ella entonces, dirige su mirada a mí, yo asiento con la cabeza, dándole la razón) pero él dijo que ¡eso ya pa' qué! Y pues en realidad, verdad uno se llena de cosas (risas).

La cercanía con los usuarios del servicio de salud, particularmente con quienes padecen una enfermedad crónica, me ha llevado a comprender que existen diferentes elementos y objetos que dotan de sentido la experiencia de enfermar. El carné de control (o cartoncito) representa quizás el más importante de dichos objetos, este es fundamental para establecer el vínculo en la consulta, en él está consignada la historia de la enfermedad, su evolución y/o sus retrocesos. Este documento es una síntesis de la historia clínica, recoge los datos básicos que dan cuenta de cómo marcha el proceso (fecha, peso, presión arterial, nivel de azúcar en sangre, resultados de pruebas médicas y pasos a seguir en el tratamiento), en ese orden de ideas, constituye una herramienta de información de acceso ilimitado para ambos actores. Además, es para los sujetos, al igual que la enfermedad, un compañero de por vida.

El “cartoncito” es pues una carta de presentación ante el otro, es un símbolo que inscribe en un grupo (los diabéticos, los hipertensos, etc.) Pero al mismo tiempo es un elemento diferenciador, enmarca

³² Cartoncito se le llama a la ficha o carné donde se consignan los datos y resultados de cada cita de control.

parte de la identidad del sujeto como enfermo, representa las características que le definen dentro del dispositivo médico (adherente – no adherente, normalizado – no normalizado). Es debido a ello que los sujetos no suelen olvidarlo, es lo primero que presentan en la consulta y lo último que guardan al terminar.

Que el médico deseche este documento constituye un acto de agresividad simbólicamente violento, es un golpe a la identidad que el sujeto ha construido en razón de su condición de enfermo. Este atropello a la historia y a la experiencia da cuenta de las formas en que las instituciones, a través de sus representantes, imponen las rutinas necesarias para modelar la subjetividad y las conductas según las “necesidades” del espacio, produciendo en los pacientes “la sensación de que para poder mantenerse en su tejido social tiene que dejar que se atrofie lo que realmente es, la sensación de que la estructura social lo empuja constantemente a atentar contra su ‘verdad interior’” (Elias, 1939, p. 46). El encuentro está diseñado para que el consultante asuma los actos médicos como necesarios, prudentes y dotados de un sentido incuestionable.

Entre los enfermos y sus cuidadores se establece una relación jerárquica no pocas veces atravesada por la agresividad y el escenario de la consulta favorece tal revelación

Carolina es una mujer joven que llega a la consulta acompañando a su padre, Abrahán, un hombre mestizo de 86 años diagnosticado con diabetes e hipertensión. Él entra primero y afirma: “vengo mal doctor, este dolor de estómago no...”. Tras él entra su hija, lo toma por la espalda y lo ubica en uno de los asientos (el que generalmente usan los acompañantes, pues se ubica tras el monitor del computador, lo que dificulta el contacto visual con el médico), ella se sienta frente al médico.

M- Hola hijitos, ¿cómo están? ¡Ah! les presento al psicólogo del programa, él nos está acompañado en la consulta (yo saludo)

A (acompañante)- Uf deberían hacer charlas para las familias (su gesto denota cansancio) (yo sonrío y asiento con la cabeza)

M- A ver qué me trajeron

P- Pues... (de inmediato lo interrumpe su hija)

A- Acá están los exámenes que le mandaron (los entrega al médico)

M- Y ¿cómo se ha sentido? (buscando con la mirada Abrahán)

A- Pues es que él siempre se queja, pero está bien

En ese momento pasan a la revisión respectiva, la acompañante se queda sentada. Durante dicha revisión Abrahán aprovecha para repetir al médico la queja sobre su malestar, este le escucha mientras continúa con el acto clínico, luego le dice que es normal, que eso pasa y que mientras no dure mucho tiempo no es nada grave. Mientras tanto su hija se dirige a mí en voz baja:

A- De verdad, deberían atenderlo a uno, es que es muy difícil

W- Sí, es complicado

A- A toda hora se queja, como si se estuviera desbaratando... y si, se está desbaratando, pero tampoco... (afirma entre risas)

W- Y en la casa ¿cómo les va?

A- Pues, lo mismo, siempre cansando; que le den, que le hagan, que le corran ¡aj, cada vez peor! En cambio, mi mamá no es así, y

también está vieja y tiene sus achaques. (Catarina, C. Comunicación personal, 19 de agosto de 2019).

La hija de Abrahán manifiesta abiertamente el malestar que le producen las conductas de su padre y los cuidados y atenciones que debe procurarle en razón de sus dolencias físicas y sus demandas emocionales. Para ella, muchas de las exigencias de su padre obedecen al capricho y no se relacionan con los cuidados que, entiende, debería brindarle, es decir, los asociados estrictamente a la salud y la enfermedad en su dimensión puramente orgánica.

Para Carolina el acto de cuidar es equivalente a un acto de amor, es un compromiso, un lazo simbólico que representa reciprocidad, que denota una devolución de favores, por eso afirma: “lo que pasa es que, cómo no va uno a cuidar a los padres, si son los padres de uno”. Empero, también es posible comprender, gracias a esta afirmación, que el hecho de cuidar a los padres constituye un mandato de orden moral (y religioso) que exige una suerte de devoción hacia estos y, en consecuencia, favorece la anulación del sujeto que brinda los cuidados, en pro de anteponer las necesidades de quien recibe las atenciones.

Ahora bien, el malestar manifestado por la cuidadora es evidencia del desgaste, el cansancio y la angustia que produce la labor de asistir al enfermo. Atender al otro cuando este es un familiar supone una vinculación emocional que, aunque “facilita” la tarea gracias a los sentimientos positivos que nutren la relación, también es problemática en tanto es el propio *ser querido* el que, gracias a su enfermedad y sus demandas, se convierte en un obstáculo para la propia realización personal. Entonces, el cansancio (físico, emocional, subjetivo) puede ser entendido como el motivador de posturas y discursos agresivos respecto al enfermo.

Lo que se establece es pues una relación de dominación en la que el sujeto enfermo suele ocupar un lugar de subordinación respecto a

quien le brinda los cuidados. No obstante, dicha subordinación no obedece exclusivamente a su condición de salud, esta también se configura a partir de aspectos como su condición económica, su edad, su sexo y su lugar –simbólico– dentro del núcleo familiar, entre otros. Veamos otro ejemplo:

Hebert es un hombre mestizo de 69 años que llega a la consulta acompañado por su esposa. Él entra primero, su esposa le indica donde sentarse. El médico los saluda y pregunta: ¿cómo están hijitos? (mientras mira al paciente), Hebert mira a su esposa y aguarda en silencio, ella contesta: “él se cuida, él es juicioso, aunque a veces *no me come*. Pero, mire (señala el abdomen prominente de su esposo) mantiene así, como inflado, y angustiado, como con una angustia... (el consultante asiente con la cabeza)” la consulta sigue su curso y, hacia el final de la misma, dirigiéndose a mí, la esposa afirma: qué será que le pasa; él se preocupa porque no tiene trabajo y está sin plata, pero yo como sí trabajo, le ayudo, las hijas también, pero él se siente como una carga, dice que le molesta no trabajar, y no aportar, pero; ¿qué hacemos, si ya le tocó? Yo le digo que no se preocupe que yo lo tengo afiliado a la salud por mi trabajo y, pues la plata, cuando puedo yo le doy.

Este es un tipo de cuidado que anula al sujeto. El enfermo de nuevo queda por fuera de la discusión respecto a su padecimiento, empero, en este caso, la subordinación no se evidencia solo respecto a la figura del médico, también se hace evidente cuando se analiza el vínculo establecido con la cuidadora. Por supuesto, Herbert tiene mucho que decir a propósito de su experiencia frente a la enfermedad y al malestar subjetivo que se traduce en angustia. Sin embargo, la relación que ha establecido con su esposa, en tanto cuidadora, le compele a callar y esperar que sea ella quien explique lo que a él le sucede.

En todo caso esta resignación de la palabra no responde a un acto fortuito, más bien da cuenta de los efectos simbólicos que tiene la dominación sobre la dimensión subjetiva que atraviesa la experiencia de ser

cuidado. Este tipo de prácticas están normalizadas y son parte de las maneras en que la posición de desventaja en la que se ubican (algunas veces) los enfermos respecto a los suyos configura la subjetividad.

Cuando los dominados aplican a lo que les domina unos esquemas que son el producto de la dominación, o, en otras palabras, cuando sus pensamientos y sus percepciones están estructurados de acuerdo con las propias estructuras de la relación de dominación que se les ha impuesto, sus actos de conocimiento son, inevitablemente unos actos de *reconocimiento*, de sumisión (Bourdieu, 1998, p. 26).

Para Bourdieu (1998), prácticas como estas obedecen, entre otras, a la división sexual del trabajo, división que ubica a las mujeres *adentro* (en la casa, cuidando de los suyos) y a los hombres *afuera* (en la calle, laborando y consiguiendo bienes económicos). Las dos viñetas presentadas para esta proposición dan cuenta de sujetos (hombres) *dominados por la dominación*, pues lo que en principio se presenta como una ventaja (recibir cuidados) redundante en la asimilación de un lugar de sometimiento que, además, se ve reforzado por la pérdida de uno de los lugares simbólicos del hombre, en este caso el de proveedor, lo que pone en tela de juicio su virilidad, desembocando en el malestar subjetivo mencionado y abonando el camino para la subordinación.

Finalmente, es posible afirmar que a violencia simbólica que se presenta en la relación entre cuidadores y enfermos se manifiesta a través de aspectos como: la *infantilización* (“yo lo tengo afiliado” “él no me come” “ya le tocó”), la *agresividad* (“se está desbaratando” “siempre cansando”), el *desconocimiento como sujetos* (“ignorar lo que dicen” “negar la mirada”), las *interrupciones abruptas* y la *ridiculización*, entre otras.

Luego de este recorrido, es posible afirmar que los *ejercicios de poder* que se ponen en juego en la dinámica asistencial y administrativa de los servicios de salud pretenden perpetuar el orden preestablecido y

mantener las diferencias a través de la subordinación de quienes tienen la *desventaja de estar enfermos* y necesitar el servicio, frente a quienes tienen el estatus y la potestad para prestarlo, estableciendo relaciones de dominación donde la violencia simbólica encuentra su principal nicho. Recordemos que la violencia simbólica se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador cuando no dispone (...), para imaginar la relación que tiene con él, de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador. (Bourdieu, 1998, p. 51)

Entonces, los dominados se miden con la vara impuesta por los dominadores, por consiguiente, se ubican en la posición de subordinación que el sistema implícitamente les demanda. Esto le da al *poder* que ostentan el sistema y sus actores, un alto peso simbólico que garantiza su legitimidad y su acción sobre los sometidos. Por ello, los mismos subordinados terminan por ser los encargados de *vigilar* y *garantizar* el funcionamiento ya establecido.

W- ¿Hace cuánto está esperando? (pregunto a una mujer en la sala de espera)

P- Desde las 10:20, yo tenía cita a las 10:40 ¡y vea! Ya son la 11 (afirma mientras me enseña la hora en su reloj)

W- Claro, ya lleva un buen rato esperando...

P- Sí, pero pues uno necesita el servicio y más que todo los medicamentos, que los dan gratis. Además, vea la mano (cantidad) de gente, antes es mucha gracia que nos atiendan a todos... (Marina, S. Comunicación personal, 15 de julio de 2019).

Esta conversación ilustra lo que Bourdieu entiende como la naturalización de las relaciones, producto de la asimilación de las clasificaciones y la dominación que estas entrañan. Así, las dinámicas buro-

cráticas y violentas inherentes al sistema de salud y los servicios que presta, se presentan como “normales” y/o como sacrificios necesarios para alcanzar o mantener la salud.

La dinámica del encuentro clínico está *estructurada para estructurar* la subjetividad de los enfermos, es decir, para *hacerlos pacientes*, con todas las características que a estos se les atribuyen: el que espera, el que necesita, el que no sabe, el que no comprende, el que debe dejarse guiar, etc. Esto resulta paradójico, pues, aunque el paciente es considerado el sujeto principal en el campo de la salud, en la práctica desaparecen los privilegios que desde el discurso se le otorgan y se imponen las “razones” burocráticas que tienen por tarea docilizar los cuerpos, abonando el terreno para que operan las lógicas que garantizan el funcionamiento del dispositivo asistencial a partir de prácticas que exigen disciplina y sumisión. Foucault (1976), afirma:

L' Homme-Machine de La Mettrie³³ es a la vez una reducción materialista del alma y una teoría general de la educación, en el centro de cuales domina la noción de ‘docilidad’ que une el cuerpo analizable con el cuerpo manipulable. Es dócil un cuerpo que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado (pp. 158-159).

En el caso de la medicina, *la unión entre el cuerpo que se analiza y el cuerpo que se manipula* favorece el despliegue de las técnicas propias de la biomedicina, imponiendo el discurso –positivista– de la ciencia, sobre otros discursos que intentan ocuparse del cuerpo y de la diada salud/enfermedad. No obstante, vale anotar que el análisis y la manipulación del cuerpo funcionan en paralelo, por lo tanto, no responden a un proceso secuencial, sino que se nutren mutuamente; ejemplo de ello es el papel que ocupan los exámenes (análisis) médicos en las maneras en que se juzga la disciplina de los sujetos enfermos, del resultado que estos arrojen dependen, en alta medida, las exigencias

³³ La máquina del hombre, obra de Julien Offray de La Mettrie publicada en 1748.

dirigidas al paciente. La sanción, la crítica y el regaño, al igual que las recompensas, los estímulos y las congratulaciones benefician la manipulación y producen subjetividades. En otras palabras, la disciplina favorece el análisis y el análisis, a su vez, le brinda al médico la potestad de decidir respecto a cómo debe conducirse el cuerpo.

Estas cuestiones se evidencian también en las salas de espera, en estos espacios operan, al menos, tres elementos que buscan mantener el orden, la disciplina y la vigilancia, a saber: 1) *La organización del espacio*; las salas están organizadas para que quienes esperan dispongan su cuerpo frente a las paredes laterales y no frente al personal administrativo que les atiende, ellos por su parte, se ubican en un lugar que les permite tener un panóptico del lugar. 2) Las salas tienen sus paredes colmadas de *carteles cuyos objetivos son “educar” en salud*, generalmente apelando a la moral, el miedo y la culpa, a través de textos como “si no sacas tiempo para tu salud hoy, tendrás que sacarlo para tu enfermedad mañana”, además, hay carteles y cuadros que *indican las normas de comportamiento dentro del espacio*. 3) Finalmente, en las salas de espera se escuchan frecuentemente, a través del altavoz, *alocuciones respecto a los deberes y derechos de los usuarios*; sobre los primeros los mensajes suelen ser extensos y atendiendo a una pausada y juiciosa vocalización, mientras que los mensajes alusivos a los derechos, por lo general son breves y carentes de calidad en la pronunciación gracias a lo rápido que se narran.

Así, los aspectos mencionados configuran el *campo médico* que:

Abarca al conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación (Castro y Erviti, 2015, p. 44).

Aludir al campo implica considerar un espacio nutrido por relaciones sociales entre sujetos con diferentes posibilidades y posiciones determinadas dentro del mismo. Estas interacciones redundan en diferentes luchas por el monopolio (en el caso del proceso S-E-A) del saber, la técnica y el tiempo, entre otros. En estas disputas, por supuesto, suele imponerse quien cuenta con mayor capital, en este caso los médicos, poseedores del discurso de la biomedicina. A propósito, Bourdieu (1999) afirma que “el espacio social se define por la exclusión mutua, o la distinción, de las posiciones que lo constituyen, es decir, como estructura de yuxtaposición de posiciones sociales” (p. 178). Ocupar un lugar beneficia e implica la adquisición –consciente o inconsciente– de determinadas características que funcionan como herramientas en el establecimiento de las relaciones entre los sujetos y son representadas a través de las prácticas que estos desarrollan. Dichas prácticas, a su vez, son producto de la internalización del lugar ocupado en el campo, lo que favorece su reproducción y naturalización, impactando en la experiencia de enfermar y *ser paciente*.

De la división subjetiva y la ruptura biográfica en la experiencia del padecimiento

Así, pues, con la aparición de la enfermedad, especialmente cuando es crónica, devienen tribulaciones que pueden ser entendidas de dos maneras que, lejos de ser excluyentes entre sí, son complementarias y operan en concomitancia, por lo que se erigen como elementos que favorecen la comprensión de la experiencia de enfermar. Nos referimos a la *división subjetiva* y la *ruptura biográfica*.

Aludir a la presencia de una división implica que hay un individuo que se ha posicionado *en* el mundo (lugar que ocupa) y *frente* al mundo (cómo percibe y asume dicho lugar). Proceso necesario y favorecedor de la emergencia de la subjetividad que se configura en el entramado sociocultural en el que está inmerso el sujeto y en el que toma un lugar preponderante el lenguaje como transmisor de discursos

que introducen tanto placer como malestar en la experiencia de vivir. Entonces, hay una *posición subjetiva* que deviene como resultado de la relación con lo social y lo cultural, lo económico, lo político y lo educativo, etc., en el sujeto.

La división subjetiva remite a un impacto en la identidad, al yo previamente estructurado, a la manera de concebirse a sí mismo. Esta tiene lugar en el cuerpo, por lo que constituye una vivencia interna, privada y solitaria. Cuando el cuerpo se ve afectado se erige como extraño para el sujeto mismo, lo que mina su confianza y le imprime una sensación de desamparo y desarraigo proveniente de la imposibilidad de control. La enfermedad refrenda, de manera agresiva, la distancia que se tiene con el mundo: la singularidad, que se hace incómoda e inconsistente porque pone al sujeto frente a frente con aquello que no logra solucionar, al menos en primer momento, pues recordemos que en la esfera subjetiva se ubican tanto las *construcciones cognitivas* que ayudan a comprender y vivir el mundo, previo ejercicio reflexivo, como las *respuestas inmediatas* que, sin la mediación de la reflexión, ofrecen una solución ya sea temporal o permanente

La *ruptura biográfica*, en cambio, atiende a una experiencia de carácter social, lo que por supuesto, no excluye la experiencia subjetiva, sino que reclama la disposición de varios elementos, dispositivos y personas como participantes en la vida que deviene tras confirmarse la presencia de la enfermedad. En la ruptura la experiencia ya no se asume sólo como algo íntimo, es decir, de manera solitaria, sino que entraña la reorganización del mundo y los marcos de sentido construidos a su alrededor, a partir del despliegue de nuevas formas de relacionarse con las cosas y con los otros.

En este punto el cambio no se da sólo en la forma en que el sujeto se percibe a sí mismo, sino que incluye la forma en que es percibido por los otros. De dicha percepción depende lo que se espera y se demanda al *nuevo sujeto*, al sujeto que padece una enfermedad crónica, y lo que

éste se siente dispuesto a hacer para mantenerse activo dentro del entramado social. Una de la entrevistadas sostiene:

Mis nietas mantienen pendientes, si estamos es una fiesta se la pasan ahí, encima, y cuando pasan dando esos pasteles y pasabocas que ni se me arrimen porque si ellas están ahí, ni modo. Ahí mismo brincan y dicen: ¡no, a ella no, ella no puede comer de eso! A veces es cansón eso, es tremendo (risas), tremendo, porque lo están vigilando a ver que no coma lo que no puedo y si me llego a comer algo, la nieta me mira como rayado (risas) y ahí si le digo: ¡Eh, hija, mire a ver si deja de vigilar que yo estoy muy vieja y se lo que puedo hacer y lo que no! pero, pues si es como maluco que en la reunión no dejen comer nada (risas) (Dorotea, O. Comunicación personal, 23 de junio de 2019).

Este relato da cuenta de cómo la ruptura se presenta en los escenarios socioculturales de los que el sujeto es parte, estableciendo una especie de corte en las prácticas cotidianas. Lo que se puede leer es la exigencia de los otros que entienden que el enfermo debe relacionarse de otra manera con algunos aspectos de la vida social. Esta intromisión de la enfermedad en la vida cotidiana causa malestar en dos vías: por un lado, en razón de la imposibilidad de ser partícipe de la totalidad de las prácticas que animan la cotidianidad y, por otro, debido a la vigilancia constante a la que se está sometido por parte de su familia, el personal de salud y diferentes miembros de su círculo social en general.

En definitiva, tanto la división subjetiva como la ruptura biográfica son aspectos que acompañan la experiencia de padecer diabetes y ambos se relacionan de manera estrecha y se permean mutuamente. Así lo ilustra el siguiente gráfico, pues deja ver los diferentes momentos de la experiencia del padecimiento, desde el silencio de los órganos, es decir, cuando no hay síntomas evidentes, hasta el impacto en la subjetividad y la cotidianidad, pasando por el momento del diagnóstico.

Género, sexualidad y diabetes

El trabajo de campo nos mostró que la diabetes, dada su condición de crónica y su –constante– comorbilidad con otras enfermedades, no pocas veces afecta la vida sexual de quien la padece. Al respecto, las diferencias entre géneros son evidentes y obedecen al entramado histórico-social que *designa* a cada uno la forma en que se debe comprender y asumir la sexualidad y las experiencias que le atañen. La enfermedad, como hemos propuesto y argumentaremos a lo largo del presente trabajo, es causante de *división subjetiva* al poner en tela de juicio la identidad e impactar considerablemente la cotidianidad. La condición de enfermo instaaura el cuerpo como fuente de sufrimiento en tanto éste deviene obstáculo para el desarrollo normal de la vida, vida que se ha *construido* a partir de estructuras de sentido que la hacen parecer lógica y consistente. La vida sexual se ve pues, socavada al presentarse la diabetes:

I: (Investigador): ¿Qué tanto cambió su vida después de la diabetes?

DO (Entrevistada): Siempre, pues siempre porque hasta le cogí pereza a lo otro (...) no, pues no me gusta estar haciendo eso (refiriéndose a las relaciones sexuales)

I: Y usted cree que tiene algo que ver con la diabetes...

DO: Pues porque le cogí pereza a eso, ya no me gusta casi... Pues yo no sé si será eso (la diabetes) o porque mantengo muy entumecida del estómago por tanta cirugía, por tanta anestesia y cortes... ¡ah yo no sé!

I: ¿Y más o menos hace cuánto nota ese cambio?

DO: Uy ya hace rato, como cuando me empezó esa diabetes. (Dorotea, O. Comunicación personal, 23 de junio de 2019).

Esta es una mujer de 63 años diagnosticada con diabetes cuatro años atrás. En la conversación pos-entrevista afirma que su vida sexual era normal mientras que no estuviese enferma y/o convaleciente por alguna cirugía (recuerda haberse sometido a 16). Sin embargo, sostiene que nunca fue un aspecto de su vida que resultará muy relevante, mientras siempre lo ha sido para su esposo que: “A toda hora quiere”. Como vemos, la pérdida de interés en el encuentro sexual no es algo fortuito, es –en este caso– un proceso paulatino, empero, que siempre tiene como protagonista el cuerpo y las trabas que representa en algunos momentos. Ella adjudica a la diabetes la disminución del deseo sexual, incluso afirma que no le gusta y le produce pereza. No obstante, es evidente que el malestar no se ubica en su falta de interés por el sexo como tal, sino en lo que ello implica para su relación, puesto que produce una suerte de choque respecto a las intenciones de su esposo y, además, le pone frente a una demanda que, aunque no quiere atender, se le presenta como un imperativo social propio de la vida de pareja.

En una postura similar otra entrevistada sostiene:

Son discusioncitas así sencillas (con su esposo), de pronto... aquí entre nosotros, me da pena comentarle, de pronto si ha afectado es en las relaciones sexuales, porque uno se pone que no, frío. Entonces, pues, a él le afecta y eso como que les sucede a todas las personas diabéticas, hombres y mujeres, pero de resto no, no ha habido, así como problemas así graves... (Maribel, M. Comunicación personal, 30 de noviembre de 2019).

Entonces, para las mujeres el *problema* de la diabetes respecto a la vida sexual no se presenta como una experiencia de orden físico sino de orden subjetivo, en otras palabras, padecer la enfermedad supone una disminución de la libido, por ello, aunque físicamente se tengan todas las condiciones para el encuentro sexual, no existe motivación que favorezca dicho *pasaje al acto*. De hecho, el segundo testimonio deja ver una mujer que minimiza el evento, primero describiéndolo como un asunto general (todos los diabéticos) y luego afirmando

que no es grave. Sin embargo, otros momentos de la entrevista nos muestran que el *desencuentro íntimo* con su marido se traduce en el posicionamiento de este como obstáculo frente al tratamiento para la diabetes. Continúa la mujer: “Pues él (su esposo) sí sabe, pero como que no me entiende mucho, no se conforma con aceptar que es la diabetes la que pone problemas (...) él dice: ¿cómo no la voy a apoyar? yo lo que no quiero es que consuma tanta droga porque eso es malo, dice que eso me va a causar otros problemas... dice que si me apoya”. Entonces, para ella la diabetes impone el problema que su pareja debe aceptar, lo que, además, la libera de la responsabilidad de asumir su posición respecto al sexo. Desde su postura, quien se ve afectado por el problema es su esposo.

Para los hombres la relación entre la diabetes y la vida sexual se presenta diferente: ya vimos que las mujeres acusan una disminución del deseo, más no dificultades de orden físico que impidan la actividad; en el caso de hombres, la lógica se invierte; persiste el deseo sexual, pero, el impacto físico de la enfermedad supone una traba para lograr y/o mantener erecciones³⁴ y, en consecuencia, acceder al encuentro sexual. Uno de los entrevistados afirma:

Figúrese uno traer una vaina normal y de un momento a otro me toca ayudarme, ¡imagínese! hoy en día me toca tomar pastas (Viagra) si voy a tener una relación con mi esposa, ya la estimulación... pues ayuda, pero no es lo mismo que cuando estaba bien, ya me toca ayudarme. (Ferneý,G. Comunicación personal, 12 de agosto de 2019).

Este informante asume que su vida sexual dejó de ser *normal*, fundamentalmente porque tuvo que introducir en la misma un elemento que antes no era necesario: la *ayuda*, que, además, consiste en el con-

³⁴ La disfunción sexual eréctil es la incapacidad que tiene un hombre en lograr o mantener una erección adecuada para tener una actividad sexual satisfactoria, y es una de las complicaciones microvasculares de la diabetes mellitus más frecuente. (López, Heredia, González y Rosales, 2013, p. 1555).

sumo de otro fármaco. Por otro lado, la referencia al bienestar como algo del pasado es consecuencia del sentido que toma la diabetes en tanto incurable, lo que supone una ruptura biográfica permanente. El mismo participante continúa:

A mí se me presentó una cosa en el pene: la uretra a usted se le cierra, eso se cierra y usted no lo puede pelar; tener una relación sexual para usted es dolorosísima eso es como si lo aruñara un gato, hermano... se pela y bota sangre y de todo, y yo asustado y mi esposa también, y pues a mí me daba pena ir donde un médico porque a uno eso le da pena. Entonces, llamé a mi hermano³⁵ y le dije: ¡ve, tengo esto! (yo estaba orinando azúcar) – me dijo: “te está pasando mucha azúcar, te estas descuidando. Anda donde el médico” - me fui para donde un urólogo y me dijo: “¡no! a eso hay que echarle cuchillo, toca hacerle la circuncisión... Pero no, eso es pa’ niños” (Ferney,G. Comunicación personal, 12 de agosto de 2019).

En este punto la cuestión parece más problemática; ahora el sexo se presenta como una experiencia dolorosa y angustiante para él y su pareja. Su pene representa el avance de la diabetes y el deterioro de su cuerpo, y ya no resulta un obstáculo solo para el acceso a la relación sexual, sino para la vida en general. En otras palabras; lo que se ha instaurado es una nueva dimensión de la enfermedad, pasando esta de ser estrictamente silenciosa a ser visible y dolorosa. Sabemos, al seguir a Le Breton (1999), que el dolor siempre remite a una experiencia íntima nunca separable del entramado sociocultural en el que está inmerso el sujeto. Debido a esto es que, ante la imposibilidad de demostrar el nivel de dolor padecido, aparece la herramienta sociolingüística de la metáfora (*eso es como si lo aruñara un gato*), lo que, en efecto, acerca al otro al entendimiento, pero sólo a partir de *imaginarse* y *suponer* cuán doloroso pudo ser el evento. Así pues, la intimidad

³⁵ Su hermano fue diagnosticado con diabetes varios años antes que él, por ello se convirtió en uno de sus referentes respecto al tema. Afirma: “él es juicioso, se ha controlado bien. Él ha sido quien me ha ayudado y enseñado cosas. Ya lleva tiempo jodiendo con esto” (Ferney,G. Comunicación personal, 12 de agosto de 2019).

referida entraña un carácter estrictamente singular y cruza lo objetivo (el dolor físico) con lo subjetivo (la representación que se tiene del dolor). El carácter subjetivo del dolor parece más fácil de transmitir, especialmente cuando la conversación se da entre dos hombres, en este caso el entrevistado usa el pronombre *usted*, de manera reiterativa, en un intento de intercambiar roles con su interlocutor, es decir, ubicándose simbólicamente fuera de la escena.

En todo caso, contarle a un tercero implica incluirlo en el terreno de su sexualidad, por eso le produce vergüenza contarle a su médico (más allá de que se permite hacerlo) y prefiere decírselo a su hermano en primera instancia, en un intento por preservar algo de su privacidad, manteniéndola en una esfera más cercana. No obstante, la intervención propuesta por el médico es rechazada sin miramientos; debido a la infantilización que se le adjudica al procedimiento y al impacto simbólico que ello supone. Es como una herida a la potencia fálica, pues lo fálico remite al pene como órgano diferenciador del sexo opuesto, como representante de la masculinidad y la virilidad que; “en cuanto que esencia del *vir*, *virtus*, *pundonor*, principio de la conservación y del aumento del honor, sigue siendo indisoluble, por lo menos tácitamente, de la virtud física, a través especialmente de demostraciones de fuerza sexual” (Bourdieu, 1999, p. 24). Lo que está en juego es, pues, una posible castración simbólica frente a su esposa. Sigue el testimonio:

Reviso que mi pene no se vuelva a cerrar, pues al sentir alguna molestia es señal de que pueda volver a pasar algo, entonces tengo que estar pendiente de eso porque: malo o bueno uno tiene que *cumplir* en la casa, como dice mi hermano, porque si no está el gallo viene otro y le arma severa fiesta en el gallinero (Ferney, G. Comunicación personal, 12 de agosto de 2019).

En nuestra etnografía encontramos otros casos importantes para sustentar lo que venimos afirmando. La siguiente viñeta describe un encuentro con un hombre (35 años) cuyas preocupaciones van en el

mismo sentido y también se asocian, según afirma, a su inadecuado control de la diabetes.

Durante una de las visitas al Centro de Salud del Vallado, en el distrito de Aguablanca oriente de Cali, y tras una charla sobre pie diabético ofrecida por la médica del programa, un enfermero se dirige a mí: “Ve, te presento a Ricardo, nuestro paciente estrella...” Ricardo me mira con cierta desconfianza y me saluda de mano, le saludo y me presento. En ese momento hay un silencio incómodo que se rompe cuando le cuento que estoy escribiendo un libro sobre cómo es vivir con diabetes en el oriente de Cali, que me han contado parte de su historia y que me gustaría documentarla. A partir de ahí él se nota más tranquilo, pide que nos sentemos y afirma: “claro, esto es bien complicado, fíjese que yo estoy con esto desde los 25 y ya tengo 35 (años de edad), aunque estuve cinco años por fuera (sin asistir al programa) y ya llevo uno de haber retomado los controles con juicio, pero igual ya me jodí, ya empecé neuropatía³⁶, y a eso súmele que hace más o menos cinco años que no tengo erecciones, yo creo que tengo, además, cáncer de próstata, tengo los síntomas” – “tiene los síntomas... (intervengo)” – “sí, es que no es normal que yo estando tan joven no pueda tener erecciones, y todo inicia con lo descuidada que ha estado la diabetes” (Javier, H. Comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

Este sujeto, al igual que el del testimonio que le precede, adjudica su disfunción eréctil a la diabetes. Sin embargo, en su experiencia opera otro elemento fundamental: su edad. Para él resulta muy problemático que a sus 35 años no pueda tener la vida sexual activa que considera

³⁶ a neuropatía es una de las complicaciones más graves de la diabetes, es el resultado del desorden metabólico producto de la persistencia de altos niveles de azúcar en sangre. Generalmente se presenta en sujetos cuya enfermedad es de muy vieja data o –como en este caso– en aquellos con un control deficiente de la misma. Su característica fundamental es el daño a los nervios y afecta cualquier sistema y/u órgano. Sus síntomas van desde la sensación de hormigueo hasta el adormecimiento parcial o total de la zona afectada. Esta es una de las dificultades menos mencionadas por los sujetos diabéticos, más allá de que suelen referirse al temor que les produce la posibilidad de perder, por amputación, alguno de sus miembros, lo que sería resultado de la neuropatía.

normal. De ahí que intente relacionar su condición a otras patologías quizás más graves, pero de cuyo avance no sería directo responsable. En otras palabras, Ricardo pasa por una suerte de conflicto –interno-respecto a su lugar en la situación/condición que le aqueja. Cuando dice:– Me jodí (sic), evidentemente se refiere a su responsabilidad en el avance degenerativo de la diabetes, más cuando manifiesta creer que padece cáncer de próstata, se ubica en un escenario en el que sus prácticas cotidianas no se ven comprometidas, es decir, no es su culpa la disfunción eréctil que presenta, es un síntoma *normal*, propio de otra patología.

Como hemos visto, el discurso femenino alrededor de la relación sexual-diabetes se instala en la esfera subjetiva: de la emoción y el deseo, mientras que en los hombres la preocupación se sitúa en la imposibilidad fisiológica de acceso al acto sexual. No obstante, ello no quiere decir que las mujeres no padezcan síntomas físicos, que minen la posibilidad de tener actividad sexual; de hecho, es común que, en etapas avanzadas de la diabetes, las mujeres presenten resequedad vaginal, lo que hace el encuentro sexual displacentero, pudiendo ser este uno de los motivos de la pérdida del interés y el deseo, más allá de que ninguna de las entrevistadas alude a dicha dimensión.

Ahora bien, estos testimonios permiten corroborar las diferentes maneras en que hombres y mujeres experimentan y tramitan sus temores con relación a la diabetes. A los primeros les preocupa la pérdida de potencia física y sexual, a las segundas, como veremos más adelante, les preocupa la pérdida de habilidades que les permitan desarrollar su *vida normal*, que, en el sector estudiado tiene como característica, entre otras, la abnegación y el servilismo hacia los miembros del núcleo familiar y las actividades cotidianas del hogar. Los prestadores del servicio de salud tienen claras tales diferencias:

En una conversación en medio de un pasillo del Centro de Salud del Valladolid; un enfermero jefe se queja de la poca adherencia al trata-

miento que presentan los sujetos diabéticos: “no vienen, hermano, o, a veces vienen y todo, pero no siguen las recomendaciones, no hacen caso a los que se les pide, ni nada” – “bueno, pero... ¿a quienes se les dificulta más seguir el tratamiento, a los hombres o a las mujeres?” (pregunto) - “pues a los hombres hay que decirles que no se les va a parar (que no habrá erección), que, si no se toman la medicina, no se les para, y a ellas toca decirles lo del derrame (cerebral). Es lo más efectivo”. En ese momento nos interrumpen y no es posible indagar más al respecto.

Este enfermero entiende que, aunque el tratamiento siempre persigue los mismos objetivos, indistintamente del sexo del paciente, el camino para alcanzar las metas puede valerse de la división sexual del trabajo y las tareas y lugares simbólicos asignados a cada género. En efecto, él no llegó a esa conclusión a partir de los mismos parámetros y/o criterios que aquí discutimos y utilizamos. Su aprendizaje responde a un proceso pre-reflexivo que se nutre de la experiencia del trabajo cotidiano con los sujetos enfermos y dentro del *campo de la medicina*. Es la *repetición* y la *reproducción* de los modelos comunicativos y relacionales, que operan dentro de la institución, lo que le permite comprender y usar los códigos sociolingüísticos a los que alude.

Referencias bibliográficas

- Amezcuca, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de enfermería*, (30), 30-35.
- Boltanski, L. (2004). *As classes sociais e o corpo*. Brasil: Graal.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Crim
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: Crim
- Elias, N. (1939/2000). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Península
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- Gadamer, H. (2001). *El estado oculto de la salud*. Madrid: Gedisa.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía: métodos de investigación*. Madrid: Paidós.
- Hirsch, S., & Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva*, 16, 1-15. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2760>
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral
- Le Breton, D. (2006). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Leitón-Espinoza, Z. (2019). Emotional impact on the way to learn to live with the illness, “la diabetes”. *Salud Uninorte*, 34(3), 696-704. <https://doi.org/10.14482/sun.34.3.616.467>
- Lerman, S. (2016). “Un Pueblo Tan Dulce”: Diabetes, Depression, and Obesity Syndemics in Puerto Rico. (PhD Thesis) University of Connecticut.
- Mendenhall, E. (2019). *Rethinking Diabetes: Entanglements with Trauma, Poverty, and HIV* (Illustrated ed.). USA: Cornell University Press.

- Mercado, F. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Montesi, L. (2017). “Como Si Nada”: Enduring Violence and Diabetes among Rural Women in Southern Mexico. *Medical Anthropology*, 37(3), 206-220. <https://doi.org/10.1080/01459740.2017.1313253>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Preguntas más frecuentes*. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Page, J. (2019). Memoria, imaginación y miedo en la génesis de la diabetes mellitus. El caso de una mujer guatemalteca. *Revista Pueblos y Fronteras digital*, 14, 1-25. <https://doi.org/10.22201/cim-sur.18704115e.2019.v14.433>
- Pesantes, M. A., Lazo-Porras, M., Cárdenas, M. K., Diez-Canseco, F., Tanaka-Zafra, J. H., Carrillo-Larco, R. M., Bernabé-Ortiz, A., Málaga, G., & Miranda, J. J. (2020). Los retos del cuidado de las personas con diabetes durante el estado de emergencia nacional por la COVID-19 en Lima, Perú: recomendaciones para la atención primaria. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(3), 541-546. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.5980>
- Restrepo, C., & Espinel, M. (1996). *Semiología de las prácticas de salud*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.

Consideraciones finales

Final considerations

En este apartado se exponen las consideraciones finales a propósito de los aspectos que atraviesan la discusión entre subjetividad y salud en sus distintas dimensiones: salud sexual y reproductiva, salud mental y salud física.

Se hacen con base a la exposición de los resultados de investigación del proyecto sobre sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón, de las tesis de maestría y doctorado, desarrolladas por los investigadores que se inscribieron como estudiantes de posgrado al presente proyecto; que, como se mencionó a antes, fue financiado por Minciencias, la Universidad Antonio Nariño y la Universidad EAFIT. Así pues, a continuación, disertamos respecto a los puntos de encuentro y tensión con relación al objeto de estudio: la relación salud-subjetividad; cruce transversal en el planteamiento y análisis de la investigación principal y de los estudios de posgrado presentados.

Como bien se sabe, es común que las cuestiones que atañen a la diada salud/enfermedad sean tratados desde ciencias positivistas que atienden al modelo biomédico; lógica que los convida a plantear estudios, análisis e intervenciones en pro de recuperar el equilibrio perdido por el organismo, lo que sin duda es loable y necesario, pero que constituye una forma de intervención que no pocas veces olvida al sujeto que hay tras la enfermedad, lo que supone un reduccionismo dirigido a la condición patológica en sí, en detrimento del sujeto huésped.

Es justamente en la otra vereda en la que se ha ubicado esta obra; pues cómo psicólogos y científicos sociales hemos propuesto una mirada centrada en el sujeto y la enfermedad en tanto experiencia de pade-

cimiento de orden subjetivo que no solo físico. En consecuencia, los resultados de los trabajos que aquí se exponen; identifican, describen y analizan aquello que comúnmente se pierde vista desde otros discursos; la dimensión subjetiva y contextual. La subjetividad, como mencionamos, nos remite a la experiencia singular (y a la vez colectiva) que supone enfermar; la manera cómo se vive el padecimiento constituye un escenario repleto de sentidos y símbolos que trascienden la cara físico-orgánica de las patologías.

Por otro lado, consideramos el contexto en tanto resulta condicionante –en buena medida–, de las maneras como se experimenta la enfermedad; lo que implica el acceso a servicios, alimentos, educación y vivienda, entre otros; marcando derroteros y determinismos que, aunque no constriñen completamente la acción, sí limitan las posibilidades de los sujetos, condicionando sus elecciones y prácticas.

Este panorama remite a una noción que, aunque no fue central para las investigaciones presentadas en este volumen reconocemos en ella una herramienta valiosa para comprender los fenómenos asociados a la diada salud-enfermedad; nos referimos a la sindemia dado que esta supone una posición epistemológica y metodológica desde la cual se procura entender cómo se articulan lo social, lo económico, lo político, lo biológico y lo psicológico con la salud y sus condiciones; este modelo resalta los elementos que conjugados dan cuenta de y definen vulnerabilidades que afectan a individuos y grupos. Así, pues, esta mirada, al igual que las propuestas en este trabajo, se distancia de reduccionismos biologicistas que ignoran, desconocen u olvidan lo estructural y lo subjetivo.

En concordancia con lo anterior, los resultados de los estudios que componen este libro permiten entrever que las intervenciones de corte biomédico suelen ubicarse exclusivamente en tratamientos farmacológicos, bajo la lógica de que el medicamento constituye el único medio para alcanzar la cura; postura que comprendemos y

reconocemos necesaria en función de curar el cuerpo en tanto organismo. Lo problemático de esta relación con el cuerpo y la salud radica en que desde ahí se asume que los sujetos se vinculan con su condición de enfermos a partir de una racionalidad irrestricta y la completa comprensión de la patología y el tratamiento; bajo estos parámetros resulta, a los médicos y el personal de salud, incomprendible que quien enferma no tome medidas correctivas asociadas a la orden médica. No seguir la mentada orden, pone de relieve un conflicto entre galenos y sujetos (enfermos o en riesgo), un conflicto cuyo escenario es el cuerpo, el cuerpo cliente, enfermo, en riesgo e indomable en el que se instala la patología; paciente y médico se disputan el control, posibilidad de decir y hacer sobre el cuerpo. Uno quiere recuperar lo perdido, el otro quiere restablecer el equilibrio del organismo, en el primero cobra relevancia lo subjetivo, el cuerpo como constructo social, en el segundo, en cambio, prima el cuerpo máquina.

No obstante, pese a la racionalidad y el actuar “lógico” que los médicos esperan de los sujetos en general y de sus pacientes en particular a propósito del cuidado de la salud, los datos empíricos de nuestra investigación sobre salud sexual y reproductiva dan cuenta de que los sujetos tienen prácticas que a todas luces podrían reconocerse como irracionales –que no carentes de sentido–, en tanto entrañan un riesgo; como no usar condón, por ejemplo, o el uso inadecuado de la PrEP y la PEP (para la salud sexual), y la no adherencia al tratamiento farmacológico; como mostramos con los pacientes psiquiátricos y con los sujetos diabéticos participantes en las investigaciones de tesis de maestría y doctorado. Esto deja ver que, entre el discurso (bio)médico y sus demandas denominadas “órdenes médicas”, y el cumplimiento de las mismas en forma de tratamiento por parte los enfermos, se instala, de manera persistente, la subjetividad; a veces en forma de obstáculos, resistencias y sin-sentidos que problematizan el encuentro entre médicos y pacientes.

Estas perspectivas dan cuenta de la necesidad de desarrollar acciones encaminadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, donde las mismas sean atendidas como estados preñados de subjetividad, partiendo de la consigna de que se trabaja con un sujeto anudado a un contexto y una historia; escenarios donde habita y es habitado. Esto precisa escucharle más allá de su patología, más allá del malestar físico y las marcas en el cuerpo bien sean visibles, bien sean reportadas por una prueba de laboratorio; implica escuchar al sujeto que sufre y no solo al cuerpo enfermo, conocer el sentido dado a la enfermedad y al tratamiento. En el caso de la prevención de conductas de riesgo en la denominada población clave la consigna es la misma: escuchar lo que hay detrás de la práctica, a qué obedece, en qué condiciones tiene lugar, qué sentido se le otorga. Para ello es necesario renunciar a la idea persistente de racionalizar y/o entender como (ir)racional cualquier comportamiento que no se ciña a socialmente aceptado como normal. En otras palabras, es menester atender a la singularidad de la experiencia en pro de desarrollar, de manera conjunta, prácticas y estrategias que protejan y/o recuperen la salud sin descuidar otras dimensiones del bienestar.

Sumado a lo anterior, con relación al eje temático de las infecciones transmisibles en el cual se enmarca la convocatoria que permite la ejecución del presente material bibliográfico, es pertinente mencionar que si bien el origen del VIH sigue en discusión, el origen mediático puede fecharse a inicios de la década de los ochentas, pues fue en esos primeros años en los que se evidenció en los países desarrollados, cuando se anunció con mayor fuerza, como fueron los casos en EE.UU. los cuales se fueron propagando a una velocidad considerable y entonces fue declarado como epidemia y posteriormente como pandemia. Pero a una velocidad mayor y con mucho más impacto se propagó la desinformación de los orígenes del VIH y las formas de infección, con pocos casos estudiados en su momento, las prácticas sexuales y la comunidad homosexual fueron los primeros

chivos expiatorios que se diseminaron como parte del problema o el foco de la infección lo que tuvo un impacto en el imaginario colectivo de la población mundial. Han pasado 40 años y hemos avanzado mucho desde la ciencia en cuanto a comprender el funcionamiento del virus, las formas de infección, además de fabricar fármacos como anti retrovirales y profilaxis preexposición (PrEP) con los que hoy se puede disminuir la tasa de mortalidad y reducir la carga viral, entre otras; no obstante, hay algo contradictorio cómo lo muestra la investigación en este libro y otras investigaciones trae una paradoja, a saber, desdoblamientos no calculados, por ejemplo, se han ido construyendo sentidos subjetivos que hacen equivalente el VIH a una enfermedad crónica como la diabetes; dicho de otro modo, se relaciona a una enfermedad que se puede controlar, que ya no es sinónimo de muerte y, por la cual, muy posiblemente valga conjeturar que esto conlleve a un incremento en las infecciones y disminución de la mortalidad.

No obstante, a pesar de los avances que la ciencia nos trae, iniciando la tercera década del siglo XXI, aún no conseguimos “medicamentos” contra los prejuicios que la población sigue cargando en el imaginario, a saber, seguir relacionando el VIH con la orientación sexual o la identidad de género, con nombres diferentes, pues hemos pasado de población riesgo a población clave; las dos formas de nombrar a la población siguen teniendo el peso en los imaginarios y representaciones de las personas, sobre todo cuando se asocia a la sexualidad o a la identidad de género, como foco de infección, cuerpos infectados, etc.

La investigación que aquí presentamos evidenció desde las voces de estas poblaciones su mirada al uso del condón, al VIH, presentado desde una perspectiva de la subjetividad y crítica, a propósito de la invitación de Minciencias de solicitar estudios cualitativos. Queremos invitar a desnaturalizar la *población clave* y reflexionar que la *clave*

está en la población, como bien lo sugiere el informe VIH Sida en Colombia, retos y apuestas en salud:

Lo anterior nos permite analizar que el mayor porcentaje de las personas que viven con la enfermedad no se identificaron en ninguno de estos grupos³⁷, por lo cual, las estrategias de prevención y promoción de la salud deben estar dirigidas a toda la población colombiana a fin de disminuir el riesgo de contraer el virus (Cuenta de Alto Costo, 2020).

En concordancia con lo anterior, cerramos la discusión teórica planteando que es necesario y, además, pertinente problematizar la concepción de “población clave” y, pensar estrategias de intervención eficientes y efectivas, en buscar en la población la clave para la intervención, pues son los mismos grupos poblacionales los que conocen sus dinámicas y, por lo tanto, sus problemáticas y posibles estrategias de afrontamiento.

³⁷ Hace referencia a habitante de la calle, hombres transgénero, mujeres transgénero, privado de la libertad, personas trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas, hombres que tienen sexo con hombres.

EPÍLOGO

Voces y saberes de las mujeres trans: de la experiencia vivida y el saber popular para la academia

*Trans women's voices and knowledge:
from lived experience and popular knowledge to academia*

María Del Mar Pérez Arizabaleta

Universidad Antonio Nariño

Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-8537-6696>

✉ mariadelmarperezari@outlook.com

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Universidad Antonio Nariño

Cali, Colombia

© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>

✉ jomoncayo@uan.edu.co

En el presente apartado se encuentra el cierre del libro y con ello las voces de las mujeres trans- investigadoras de Santamaría Fundación que acompañaron el proceso investigativo, de recolección de información, análisis de la misma y construcción de los productos finales del proyecto.

Cita este capítulo / Cite this chapter

Pérez Arizabaleta, M. & Moncayo, J. E. (2022). Voces y saberes de las mujeres trans: de la experiencia vivida y el saber popular para la academia. En: Moncayo, J. E.; Orejuela, J. J.; Reyes, W. & Pérez Arizabaleta, M. Salud, subjetividad y estudios cualitativos. Aproximaciones a la salud sexual, física y mental. (pp. 349-370). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Universidad EAFIT; Universidad Antonio Nariño.

Como se declaró en el apartado II, la consolidación de la confianza con las mujeres trans como participantes y co-investigadoras de este estudio, fue un aspecto metodológico importante para la realización satisfactoria del proyecto. En este sentido, a continuación, se presenta la transcripción de un espacio de conversación que se tuvo en las instalaciones de la Fundación, donde se discutió sobre la percepción que tienen ellas sobre la participación en propuestas investigativas. En este sentido, quien lea este apartado podrá encontrar las voces, experiencias y posicionamientos de Kika, Giorgia, Gissele, Marvin y de Débora (La Madre), mujeres que fueron parte del equipo de trabajo durante la investigación.

Como equipo académico, aprovechamos este apartado de cierre para agradecer al equipo de Santamaría Fundación por la apertura y confianza y, también, para reconocer la admiración por sus análisis, lecturas e interpretaciones de las realidades trans que nos compartieron en cada uno de los encuentros.

Por último, expresar la admiración hacia el trabajo que diariamente se desarrolla en Santamaría Fundación con relación a la reivindicación de derechos de las personas trans que, diariamente, son víctimas de transgresiones y violaciones de derechos que, en muchas ocasiones, les arrebatan la vida.

María Del Mar (MdM): En este apartado de cierre del libro, queremos recopilar todo aquello que ustedes como mujeres trans y como Fundación que son testigos de historias de vida trans, quisieran decirle a la academia con relación a la generación de proyectos, convocatorias y financiaciones para el trabajo con población LGBTI, específicamente, con población trans.

De igual manera, invitarlas a que conversemos sobre la valoración que ustedes tienen de los proyectos que, desde la academia, se realizan y/o pretenden realizar con mujeres trans.

Por último, que nos permitan conocer la manera de mejorar la forma de investigar que emplea la academia para que no se repitan acciones con daño, como la instrumentalización, entre otras cosas, que son habituales que sucedan en estudios académicos con personas trans.

Kika: Para empezar, creo que cuando se piensa, desde la academia, en investigar con personas, no se piensa en estudiar para producir un material que sea co-construido. Generalmente sucede que vienen con una idea en la cabeza y tratan de ajustar esa idea de investigación a las realidades de las poblaciones. Entonces, siempre traen una idea preconcebida, sin haber hecho un acercamiento previo a la población, sin preguntarle a la población ¿qué les gustaría visibilizar de las realidades trans? Sobre esto, nosotras pensamos que debería haber un proceso previo de consulta, en donde para la formulación del proyecto se piensen ¿cuál es la realidad de las poblaciones en el tema de investigación que deseo indagar?, porque sucede que la academia puede tener una mirada de lo que creen que es necesario que se investigue, pero eso difiere de la necesidad que tiene la población. Por ejemplo, en personas trans, a la academia le ha interesado mucho investigar sobre las transformaciones corporales, ese es un tema de investigación muy cotidiano y cuando llegan acá esas propuestas de investigación, nosotras decimos que esos temas son importantes, pero para nosotras no es la prioridad. Mientras no haya acceso al sistema de salud, mientras haya homicidios, esos intereses académicos que no protejan nuestra integridad, no son prioridad.

Entonces, creo tenemos una percepción de la academia en donde quieren investigar pero sin conocer la población y eso, desde mi parecer, es algo equivocado. Creo que primero debería de haber un proceso en las investigaciones de consulta previa con la población, en conjunto, incluso discutir colectivamente las metodologías. Todo debe ser consultado. Con las metodologías también sucede que llegan desde la academia con unas metodologías armadas, donde casi siempre son entrevistas, grupos focales y encuestas y una se pregunta

¿en serio creen que vamos a hacer todo eso en una esquina? Hasta en las metodologías cotidianas se desconoce la población con la cual se quiere trabajar.

Gissele: Complementando lo que decía Kika, y por experiencia personal, a veces a nosotras desde la academia nos citan para hacernos entrevistas sobre determinados temas, por ejemplo, ¿cómo llegamos a las posibilidades laborales? Y con eso ya se sabe que vienen con una idea preconcebida de que a nosotras nos contratan, de que podemos tener trabajo y pues uno queda como que ¿en serio?, sucede que nosotras ni siquiera tenemos una hoja de vida, ahora mucho menos tenemos el acceso a entregarla a una empresa, es que ¿nosotras cuando llegamos a una empresa?

Con este ejemplo quiero decir que deberían de llevar esas investigaciones a la realidad trans, como decía Kika, vienen con algo preconcebido de que nosotras vivimos en un mundo normalizado y realmente eso no aplica Entonces, cuando se hace una investigación lo mínimo debería ser saber cómo es la realidad trans para ajustar esas investigaciones a esa realidad.

Giorgia: Otra cosa que sucede, en temas de investigación, es que los académicos o “científicos” nos miran como si fuéramos una especie nueva que salió en el mundo, entonces miran nuestros comportamientos, así tipo ¿de qué nos alimentamos?, ¿qué tipo de aire respiramos?, ¿cómo nos comportamos entre sí? Yo invitaría a que se investiguen ellos mismos el hecho de ¿por qué les resulta tan llamativo indagar aquello que se sale del modelo heteronormativo?, también que se pregunten ¿por qué lo que se sale de lo heteronormativo para ellos no es normal?, ¿qué es la normalidad para ellos? Porque sucede que la normalidad está basada en un sistema heterosexual; desde este sistema se han planteado unas maneras de ser. En este sentido, muchas de sus investigaciones rayan con lo irrespetuoso al tratar de juzgar nuestras realidades como algo anormal. Y, lo peor es que cuando decidimos

participar, resultamos siendo nosotras las que no colaboramos con investigaciones que, supuestamente se plantean en pro de ayudarnos; cuando esta “ayuda” consiste en un deseo de educarnos, de “normalizarnos”. La invitación es que, también, se investigué el ¿por qué se tienen que considerar las otras maneras y las otras formas de existir, de habitar y de transitar los territorios?, ¿por qué tienen que satanizar las experiencias de vida por fuera de las heteronormativas?

Como lo venían diciendo, la ciencia asume cuál es el problema, cuál es la situación y eso los hace pensarse los redentores que vienen a nuestros contextos y realidades a solucionar y a enseñarnos cómo comportarnos, ser y estar dentro de la sociedad para poder tener una cabida en el proceso social, para poder tener el aval y la aceptación de las personas, sabiendo que nosotras ya hacemos parte de la sociedad; entonces, nosotras no necesitamos un aval para que otras personas nos den esa aceptación. Una aceptación que debería llamarse, más bien *respeto*. Es decir, el hecho de respetar otras maneras de ser y existir porque muchas veces llegan de la manera más arbitraria a imponer.

Por todo lo que he dicho, yo no estoy de acuerdo con las investigaciones “científicas”. De hecho, yo no soy de las que accede a una entrevista, ni de las que autoriza una investigación, porque siempre llegan violentando, siempre relacionándonos con el VIH, el trabajo sexual, siempre nombrándonos como disfóricas, locas, desde lo masculino como “ustedes los trans”. Eso del artículo masculino siempre lo utilizan y es asociando el pene con la identidad, porque siempre se imaginan el pene con sus dos bolitas cuando nos ven, entonces todas las personas piensan en nuestros genitales y en nombrarnos en masculino por lo que tenemos entre las piernas. Entonces, además de todo lo que he dicho, para la ciencia somos hombres, eso es pensárselo desde la academia, en esas maneras de concebirnos.

Kika: Yo creo que incluso desde el nombre desde la terminología ya se genera una barrera porque es que cuando se habla de una “inves-

tigación” una ya se siente como ratón de laboratorio y hay otro que viene a investigar a ese ratón de laboratorio. Creo que desde el nombre de “investigación” ya hay una barrera que genera un estatus de poder, de quién tiene la razón y de la población investigada.

Hay que trabajar mucho en eso, que el hecho no es que la ciencia va a hacer investigación con personas trans sino que el punto es que vamos a construir colectivamente, ya sea un informe sobre las necesidades u otro material, porque no es lo mismo decir “construyamos algo juntas” a “voy a investigarte”. Es, en esto último, donde una se siente observada y analizada y eso genera barreras.

Gissele: De hecho, les digo que si algo hemos promulgado desde Santa María Fundación es el hecho de estar de manera cercana a las personas, para cuando vamos a hacer dinámicas de investigación o como quieran llamarles. Es importante tener en cuenta que si vas a investigar una población es necesario tener previamente las problemáticas de la población y también si esa investigación solamente te va a ayudar a ti o en qué va a aportar a esas problemáticas de la población.

Marvin: También es importante tener en cuenta cuando una institución, una universidad le dice a un estudiante trabaje o haga su investigación hacia esa población, que las personas sepan cómo van a tratar a esas personas. Lo digo porque yo he recibido llamadas, aquí en la Fundación, de estudiantes y dicen “Es que yo soy un estudiante y quiero hacer una investigación o un proyecto de grado con personas...” y yo le digo ¿sí, con qué clase de personas?, entonces como que no saben cómo referirse, cómo nombrarnos.

Entonces, si la academia le va a decir a un estudiante que trabaje con una población, lo mínimo es que el estudiante o la misma academia le dé la información, no que ellos llamen y que ni sepan cómo referirse a nosotras, a veces llaman y nos nombran como “gais” o “ustedes los hombres”.

Giorgia: En mis tantos momentos en que leía muchos artículos, estaba leyendo un artículo de antropología donde hablaba que la antropología entraba a mirar y conocer y aprender de la dinámica de ciertas comunidades o poblaciones donde intervenían para así poder sacar un análisis del contexto. Me parece que eso no pasa con las universidades porque me ha pasado que me llaman porque me necesitan para hacer una investigación para indagar cosas que ni siquiera están contextualizadas, por lo menos, indagar las falencias que tenemos en la coexistencia con personas del entorno, ¿será que soy yo o es el investigador el que no co-existe con las personas del entorno?

Eduardo (E): Abordan un tema muy importante y es el hecho que a la academia le faltan cursos o algo transversal que introduzca la variable género, identidad de género, expresión de género y que hable sobre ello para que no sucedan más llamadas de este tipo que nos comentan, que son producto del desconocimiento. Eso es un desafío que tiene la academia y no simplemente una electiva, sino que sea algo que atraviese toda la formación.

Retomando uno de los puntos que discutían, hablemos de esa falta de creatividad nuestra para investigar, es cierto que siempre recurrimos a la entrevista, a la observación. Me encantaría escuchar de ustedes sobre las metodologías que ustedes emplean porque sabemos que en la Fundación hacen investigación.

Kika: Primero hay que preguntarse, desde la academia, si nosotras queremos ser investigadas.

Muchas veces llegan pensando que nos van a cambiar la vida y a nosotras no nos interesa un libro que queda en una biblioteca de una universidad; entonces creo que también deberían pensar si queremos ser investigadas o si queremos construir cosas colectivas con la academia. Otro punto es que quien investiga tenga un interés de apoyar de alguna manera, no que investigue por una imposición.

Ahora, con relación a las metodologías, las entrevistas son muy válidas, pero creo que hay que pensar en otras estrategias. No es lo mismo que yo llegué donde Gissele con una entrevista y unas preguntas y todo sea como “¿Cuándo saliste del clóset?, y ¿qué se sintió ese tránsito en tu familia?”, preguntar eso e ir chuleando no es lo mismo que irme con Gissele a comer y hablar con ella, por ejemplo “en tu casa como van las cosas, qué tal tu papá y como fue con tu papá ese tránsito”. No es lo mismo una entrevista que acercarse a la persona y eso creo que es clave.

Entonces, creo que las metodologías podrían ser las mismas: un grupo focal, una entrevista, una encuesta pero pensadas desde otra manera, desde acercarse a las personas, acercarse a la población y no que sea algo como que me preguntas, escribes o me grabas y ya. Incluso eso de grabar o escribir es algo bien extraño, ¿acaso tu cuando ves una película escribes escena por escena? Uno recuerda los momentos claves, lo que más llamó la atención

Así es como me pienso el acercamiento con las personas trans, es el hecho de tener una conversada, de conocer a la persona no era investigar sino acercarse a la población desde el humanizado.

Gissele: El hecho de que la persona que investiga tenga un interés sobre la población es importante porque cuando tú sientes una afinidad hacia cierto tema o hacia cierto grupo poblacional, te preocupas por cómo tratar, por cómo llegar a esas personas. Pienso que si te toca estar en una investigación porque te tocó, no vas a saber ni te va a interesar saber cómo referirse a la persona, cómo llegarle, con qué artículos y masculino o femenino o indeterminado tratar a esa persona pero cuando tú ya tienes afinidad con el tema y cierta familiaridad, eso abona mucho terreno para esa entrevista y para que esa investigación sea exitosa. Si uno tiene afinidad con el tema de investigación, una busca las herramientas para llegar a la persona de una forma que se sienta cómoda y busca formas para que esa persona se sienta tranquila y pueda expresarse libremente.

Kika: Para la cuestión metodológica, es importante adentrarse en las dinámicas de la población, por ejemplo, si las chicas se reúnen en una esquina en las tardes a tomarse un chocolate en el andén, pues chévere que yo como investigadora vaya a ese espacio y comparta con ellas el chocolate. Como investigadora tenga que adentrarme en las dinámicas y no llegar ni ubicarme en otro nivel, además es necesario quitar esa barrera que hace pensar que quien investiga tiene la razón y que las poblaciones investigadas son quienes nos van a dar la investigación, pero la cosa es que la dinámica es al contrario, sin esa población la investigación no tiene sentido, entonces creo que ahí hay que invertir los papeles y entender que realmente son más importantes las poblaciones que los investigadores.

Marvin: Aquí yo quiero decir algo importante y es que la academia históricamente ha relacionado el saber académico como un saber superior o que tiene la última palabra frente a las vivencias y al saber popular o lo que tiene cada persona.

Débora: Quiero hacer un comentario muy breve sobre cómo la academia interviene. Ahí yo tengo unas consideraciones frente al asunto de diálogo con la academia; primero, el diálogo debe ser en igualdad de condiciones, igualdad de respeto. Esto va en contravía de pensar que la academia es la que sabe. Porque sucede que, como lo han venido comentando, la academia además de venir a satisfacer su deseo de investigación, viene a imponer una mirada y a moralizar nuestras dinámicas. Muchos son los estudiantes y profesores que nos dicen “hay pero ustedes porque no dejan el trabajo sexual, que el trabajo sexual es muy peligroso”, es ahí donde digo que la moralización se la guarde para sus escenarios, creo que aquí no estamos prestas para recibir moralizaciones de ninguna naturaleza.

Entonces, a propósito de las lógicas de intervención, eso viene desde un poder jerárquico de autoridad que se ha atribuido desde la academia. Vienen con su percepción y a moralizarnos y pretender inter-

venirnos. Desde la Fundación nosotras siempre procuramos sumergirnos en la realidad de las poblaciones, en sus realidades. Con esto entendemos, comprendemos la población y nos salimos de la moralización y de la pretensión de imponer una supuesta intervención porque eso hace mucho daño. Necesitamos un diálogo porque históricamente no se ha considerado que es lo que las poblaciones necesitan o qué es lo que necesito como academia y entonces voy y se las impongo a las poblaciones claves y creo que es al contrario.

Kika: La Madre decía algo muy importante que quiero resaltar y es que, se piensa a veces en las investigaciones es en “cambiar” de manera “positiva”, según lo que las personas tienen en la cabeza de lo que es “positivo”. Por ejemplo, el tema del trabajo sexual: todo el mundo tiene la cabeza como que “Ay pobrecitas, tienen que salir del trabajo sexual”, como si la solución sea sacarlas del trabajo sexual y creo que ahí es donde hay que dialogar con la población y preguntarle si quieren salir del trabajo sexual, también preguntarse si al ellas salir del trabajo sexual tienen otras oportunidades y otras posibilidades. O sea, no solamente pensar como que la cojo en esa esquina y la pongo en esta oficina y ya. Cuando el punto es, pregúntame si yo quiero eso, si las dinámicas de esa oficina me van a hacer sentir bien, si no voy a sentir discriminación en esa oficina, si va a ser agradable, si me gusta incluso trabajar de día porque también hay chicas en las que el trabajo sexual les atrae en tanto no sólo es un negocio que económicamente se gana bien a veces se gana más que en una oficina trabajando las ocho horas y algunas chicas se la ganan en dos o tres horas. Entonces pregúntale a la persona así eso que la academia trae en la cabeza como la “solución” es lo que la persona quiere. Ahí es donde es importante adentrarse en las necesidades y en el hecho de qué desea la población, incluso a veces las necesidades no son del todo colectivas porque te encuentras con chicas que dicen que ya están mamadas, ya no quiero trabajo sexual y te encuentras con otras que dicen que les encanta, que se sienten libres y que la calle les gusta.

Eso creo que es importante, tener en la cabeza que no nos van a cambiar, o sea no llegar con ese tema de que la investigación va a cambiar algo de esa población, sino más bien consultar con la población qué quieres que cambie o qué quieres visibilizar. Es más, a veces ni siquiera es el hecho de cambiar sino de visibilizar algo para generar garantías de derecho. Por ejemplo, las que ejercen el trabajo sexual, quisieran es que se vea como un trabajo con unas garantías, no dejarlo, sino que su trabajo sea su oficio.

Entonces es indispensable consultar con la población qué quieres o sobre qué quieres que trabajemos y trabajamos, es en doble vida y desde un diálogo horizontal. Es que, además, en muchas ocasiones la academia hasta deslegitima los discursos de las poblaciones, dicen “no, yo no voy a poner en la investigación a esa marica tan mal hablada, cómo se le ocurre que yo voy a poner eso en una investigación” y eso no está bien porque la investigación debería respetar la voz de las poblaciones se expresan; entonces, si la marica dice “ejercicio trabajo sexual porque me encanta los chichis” así debe quedar y no que la academia corrija o lo ponen entre comillas o lo romaticen. Debe quedar también esa voz porque si no va a quedar como la mujer trans lo socializó en la entrevista, entonces no tiene sentido.

Otra cosa que quisiera decirle a la academia, tiene que ver con los tiempos de construir y desarrollar investigaciones. En ocasiones hay trabajos que nos interesa realizar, pero vienen un viernes diciendo que lo necesitan para el lunes. Nos puede interesar, pero si llaman a última hora no hacemos caso.

Débora: Con relación a los tiempos, no solamente en el asunto de nos falta un mes o tenemos seis meses o tenemos un año para hacer el proyecto o el informe o el producto, sino que también hay que tener en cuenta que los ritmos del saber de la calle, de lo popular, son ritmos completamente distintos a los que tienen en la academia.

Me voy a explicar, tenemos seis meses para hacer un proyecto en la academia, entonces, en el primero vamos a realizar un plan de trabajo, en el segundo y el tercero vamos a hacer las encuestas y en el último vamos a hacer un informe y ya, los seis meses lo distribuyeron y todo está planeado, está fantástico. Pero resulta que en eso que está ya muy cuadrulado, porque la academia es muy cuadrulada, pueden resultar diferentes cosas, por ejemplo, que a la hermana le suceda algo con la familia o alguna afectación de salud.

Además, en una reunión con académicos, el saber está preconcebido, si hablan de Freud o de quién sea, los de la mesa conocen sobre eso. Acá la cosa es diferente, a nosotras nos toca diferente. Nosotras no tenemos esos antecedentes de la academia, esto es a lo que yo llamo los ritmos. Nosotras aprendemos distinto, construimos distinto, no es una cosa tan técnica. Es que el acercamiento a la humanidad hace que los ritmos sean completamente distintos.

Entonces, ustedes desde la academia pueden decir, por ejemplo, que esas *maricas* para escribir este informe se demoraron dos años, ¿en serio? Si es que eso se hace en tres meses en la academia. Y lo que sucede es que aquí la construcción del saber es distinta, los elementos de conocimientos son diferentes. Voy a poner esto como una ficha de rompecabezas donde cada elemento del conocimiento es una ficha del rompecabezas, aquí con la población cada ficha debe construirse y debe ser consensuada y tiene un determinado momento para ser empatada con otra ficha y luego tiene un momento diferente para mirar todo el rompecabezas y para evaluar el rompecabezas armado. En la academia es un disparador de saberes ya preconcebidos, esto es lo que estoy queriendo decir, que queda muy fácil armar el rompecabezas cuando tenés las piezas del rompecabezas listas. Nosotras armamos el rompecabezas del saber pieza por pieza, por eso es un poco diferente. Es otra vaina con la que nos encontramos frecuentemente en la academia, con que sus proyectos duran seis meses, entonces claro nosotras decimos “no sea hijueputa, ¿cómo así que en seis meses?” cuando para

eso nosotros nos demoramos un año y medio por lo que ya comenté. Por esto también, agradecemos que ustedes han respetado los ritmos de la construcción del saber desde Santamaría Fundación.

MdM: Me hacen pensar en la dinámica de formación de la academia en donde las prácticas se inician desde primer semestre, entonces se pide a los estudiantes ejercicios cortos de investigación donde en un semestre se formula la pregunta, se va a campo, se recogen y analizan datos. Todo eso en un corto período de tiempo hace que se promuevan acciones de instrumentalización de los y las participantes.

Débora: Además, pareciera que las ciencias humanas forman a unos supuestos “super humanos” porque consideran que son más poderosos y que están por encima del bien y del mal. Al punto que piensan tener el poder de nombrarnos y, además, de pensar que nosotras no tenemos capacidad de agencia. Eso es un problema de la academia, que creen que no tenemos capacidad de agencia porque algunas personas no tenemos la narrativa, la discursiva o el argumento teórico como prerrequisito para poder hablarle a la academia, a las ciencias sociales y a las personas que leen la sociedad desde los escritorios y no leen a la sociedad desde lo real. La academia, no nuestra realidad, interpreta el asunto de la realidad a su consideración, pero no lee la realidad; la academia tiene una disforia conceptual, una disforia académica en donde dicen que “esa gente está rayada, que está rompiendo con la realidad”, todo eso que hablábamos con mi colega María Del Mar sobre un caso de salud mental, es que la academia está loca, la academia no tiene conciencia de las personas.

Otro punto, es que la academia tiene unos puntos de evaluación muy estadísticos, muy cuantitativos. Sólo les interesa el cuánto, cuánto y cuánto; en muchas ocasiones generar números produce acciones con daño. Hace falta que la academia reconozca el asunto de la humanidad, y el principio de los valores de la ética y el asunto político de las poblaciones. De lo contrario, van a seguir formando profesionales

super-humanos y nosotras teniendo profesionales que nos atropellan, sin ética.

Kika: Madre, a mí me surgió una inquietud y es cuando te referías a María del Mar como colega, ¿es porque María del Mar es prostituta o qué? (risas)

Débora: Sí, también (risas).

Kika: Yo también quería decir algo respecto a la validación que desde la academia se da a los documentos. Por ejemplo, sobre la consulta de nuestros informes o diferentes materiales, los que producimos en la Fundación, porque para consultar sobre información de nosotras necesitan de nuestros informes y cartillas; sin embargo, siento que a veces en el documento final no queda tan validada esa voz, o sea como que sí consultan qué hemos hecho, pero es como si fuera mucho más válido un documento académico que el documento construido por las mismas poblaciones, cuando es un documento que ha salido del conocimiento y las voces de la población. Entonces siento que se instrumentalizan también los materiales porque no se les da la importancia; o sea se les da la importancia mientras lo necesitan, pero cuando ya sacan la investigación no. Entonces, como hemos venido hablando, nuestras voces están invisibilizadas y también, incluso nuestros textos.

MdM: Agradezco toda esta conversación que hemos tenido sobre la academia y sus dinámicas. Ahora, les propongo que conversemos un poco sobre las fuentes de financiación, que son las que de una u otra manera exigen unas temáticas a investigar para la academia.

Kika: Respecto a eso a mí me parece muy interesante un ejercicio que están empezando a hacer los financiadores. Voy a mencionar un caso específico, este año lo hemos tenido con la Unión Europea y con USAID. Esas dos se están pensando su plan de acción de los próximos

cinco años y para eso están consultando con las poblaciones como “Oiga en los próximos cinco años su grupo poblacional cuál es la prioridad, sobre qué tema”, o sea, están consultando. A partir de esa consulta puede que los temas que uno menciona queden o no queden, pero, por lo menos, están empezando a consultar las necesidades que tenemos las poblaciones. Normalmente lo que se hace es lo que tú dices, que la financiadora piensa que las mujeres trans necesitan temas de VIH y salir de la prostitución, entonces así mismo enfocan los recursos y así mismo enfocan las investigaciones. Eso empieza como atar o a poner camisa de fuerza que la financiadora va poniendo.

Entonces, una estrategia de nosotras es que, si la financiadora apoya el trabajo en VIH y nosotras necesitamos de ese recurso, nosotras manejamos el tema como consideremos, no como las financiadoras digan, que casi siempre es saliendo a tomar pruebas. No, a nosotras no nos interesan las pruebas, a nosotras nos interesa es una cartilla de prevención. Así volteamos también el recurso, que de hecho es cada vez más escaso. Entonces, nosotras volteamos un poco la torta.

E: Nosotros como equipo académico llegamos aquí hace aproximadamente dos años con un proyecto que trataba sobre el VIH. Cuéntenos por qué nos permitieron trabajar con ustedes, cuando planteamos un tema tan delicado y estigmatizante para ustedes.

Kika: Con ustedes fue precisamente voltear la torta. Ustedes venían con una camisa de fuerza y a través de esa construcción colectiva logramos una negociación. Eso es lo que diferencia proyectos como el de ustedes a otros proyectos y es que está esa posibilidad de negociación y de construcción colectiva. Hay investigaciones que son tan cerradas que así como lo dicen, así hay que hacerlo, entonces en el proyecto dice que 20 entrevistas y no pueden ser 18 porque tienen que ser 20. Nosotras a eso no le copiamos. Sin embargo, cuando ya hay una negociación y una construcción de instrumentos, como por ejemplo la cartilla que resultó de este proyecto, ustedes pudieron haber construido la cartilla,

realizar las entrevistas y construir la cartilla y eso hubiera sido una investigación más, pero cuando es construido colectivamente es diferente, estamos creando un material desde y para la población.

De hecho, el proceso de construcción colectiva termina siendo algo bastante provechoso para el equipo también, en medio de la construcción de la cartilla nosotras mismas aprendíamos una de las otras. Entonces, ven que cuando construimos colectivamente el impacto es más grande.

Fíjense que ustedes llegaron aquí con una investigación y nosotras volteamos la torta que, para mí dejó de ser una investigación y se volvió en una construcción colectiva de unos materiales, de una cartilla y ahora, un libro que realmente va a impactar en la población trans porque a la larga lo que queremos es que la población trans sea la realmente impactada con estos materiales.

Gissele: Aquí también importante decir que el éxito de esta investigación, de este producto o como lo queramos llamar es, también, el interés mutuo que hubo tanto de nosotros como de ustedes, porque ustedes se involucraron con esto y eso es lo que se necesita para que estos proyectos lleguen a un buen término, que sean algo trabajado hombro con hombro no solamente como lo nombramos en algún momento ahora, como suelen llegar los estudiantes u otros académicos donde buscan en una investigación llevarse información y ya.

Con ustedes fue diferente, ustedes demostraron un interés permanentemente, fue un interés de lado y lado, de hecho nosotras siempre decimos que ustedes tuvieron una TRANS-formación. Además, resaltar que ustedes no venían con sus ideas preconcebidas sino que ustedes venían abiertos a una posibilidad de cambiar cosas con tal de conseguir su producto, ustedes venían con su mente abierta a aprender de ese proceso. También, en el camino se enamoraron de ese proceso porque por eso estamos acá después de como dos años, o no sé cuánto ya, que llevamos en ese tema.

Entonces es eso que fue algo que realmente se notó, el interés de lado y lado y eso es lo que siempre lleva a buenos términos de los procesos que a diferencia con otras situaciones solamente, como le decía ahorita, vienen toman el conocimiento.

Kika: Yo pienso que finalmente eso es también un logro nuestro y es robarle a la academia algunas personas. Con robarle me refiero a que llegaron ustedes súper académicos y se fueron de-construyendo en el camino. Para mí, eso es un logro porque ustedes siguen siendo académicos pero deconstruidos y eso produce un impacto importante. Por ejemplo, con Nataly, una integrante de nuestro equipo, yo siento que nosotras robamos a Nataly de la academia; ella es una persona súper academizada pero ahora ella usa ese saber a nuestro servicio y no al contrario. Cuando ella llegó usaba nuestro saber para la academia y ahora es al contrario, todo su aprendizaje académico lo usa en pro de la población. Ahí siento que robamos un poco y le arrebatamos a Nataly de la academia. Así mismo siento que lo hicimos con ustedes porque también se fueron deconstruyendo en el camino y lo hablábamos, tú, María, eres una psicóloga rehabilitada entonces creo que eso es importante porque de alguna manera este diálogo horizontal que hemos llevado a cabo impacta en la academia, en tanto el hecho que ustedes se vayan con otra mirada a la academia. Siento que lo estamos logrando, al contrario, que estamos llevando una infiltrada, que arrebatamos a la academia. Con ustedes allá, tenemos nuestros infiltrados para que empiecen a crear sus “células internas” y eso es muy importante para que los futuros profesionales para que ustedes les muestren a los estudiantes que se van a encontrar al otro día de la graduación, por lo menos con lo relacionado con las personas trans.

Eduardo: ¿Por qué al final si deciden trabajar con nosotros?, ¿por qué se arriesgan y dicen bueno vamos a hacerlo con ellas?, vamos a darle esa posibilidad, ¿cuál fue la oportunidad que vieron?

Kika: Yo te voy a decir algo muy pretencioso Y es que ustedes llegaron como cuando llega cualquier investigación a Santamaría, como que llegamos nosotras para salvarles a ustedes. Nosotras, finalmente, nos dimos cuenta que ustedes no serían nada sin nosotras (risas).

Débora: Nosotras a pesar del espíritu de resistencia que le hacemos a la academia y a otras lógicas de poder, también hemos dicho que estamos abiertas al diálogo, básicamente porque creemos en el diálogo como la única posibilidad de encuentro, de construcciones de mundos más amigables, más respetuosos y más humanos.

Le apostamos a esta *parcería* con María Del Mar y Moncayo porque hubo alguien que medió y también porque el asunto pasa por la mediación que tenemos aquí en Santamaría, de la conversación y decisión entre todas; y, como dicen coloquialmente “ojo de loca no se equivoca” (risas). Y, a pesar de que nos hemos equivocado con alguna gente o, más bien, alguna gente se ha equivocado con nosotras, le apostamos a esta juntanza con ustedes porque nosotras pedíamos como mínimo construir un diálogo respetuoso y ustedes fueron muy respetuosas con nosotras. Ahí, dijimos “Bueno, ahí ya está el elemento suficiente para construir los saberes que queremos construir”.

Gissele: Quiero devolverme un poco a algo que María planteaba ahorita y es la cuestión de los tiempos que nos tomamos para construir algo. Sucede que nosotras nos tardamos más que la academia porque siempre ponemos las voces de nuestra población, nosotras trabajamos con la población siempre. Es para nosotras una obligación hacer lo que sea para tener siempre de referentes las voces de nuestras hermanas a través de muchas formas, de reuniones, visitándolas. Hacemos todo lo posible para siempre tener las voces de ellas, que queden siempre ellas en lo que nosotras hacemos, por eso nosotras nos demoramos más, porque, como dice La Madre, nuestro lenguaje es particular y todo eso lo recogemos, así sea algo muy pequeño siempre nos

interesamos porque quede la voz de nuestra población. Entonces, en eso siempre nos tomamos más tiempo.

Kika: Retomando la pregunta del profe, yo creo que no, no es ¿por qué con ustedes? o ¿por qué nos interesamos en esa propuesta?, Yo creo que la pregunta es ¿por qué continuamos y culminamos el proceso con ustedes? porque pudimos haber empezado porque nos llamó la atención el tema pero también hubiéramos podido haber empezado pero no necesariamente haber culminado.

Yo creo que la respuesta es que con ustedes hubo, realmente un diálogo al mismo nivel, en términos de respeto, de intercambio de conocimientos tanto de la población como de la academia. También hubo mucha buena receptividad para las dinámicas nuestras y haberles cambiado todo, porque como ahorita le decíamos a María vimos en ustedes la posibilidad de transformación de la propuesta de investigación y de sus percepciones y lecturas. Además, con ustedes hemos podido encontrarnos desde lo humano, rompiendo esos niveles de academia-población trans y más estar aquí como familia. Por eso, ustedes son nuestros primos lejanos-cercanos que pudimos arrebatarnos a la academia.

Giorgia: La verdad yo soy sincera y no daba un peso por ustedes. Ese día que vinieron cuando se fueron dije “esto es más de la misma mierda de siempre. Muy bonitos diciendo que quieren construir conjuntamente” pero eso va a ser más de lo mismo, eso decía yo. Sin embargo, ahora ya tengo otra percepción diferente para terminar el producto. Fuimos entrando en confianza y pues regio pero yo si te soy sincera, si hubiese sido decisión mía en ese momento, en ese primer momento, yo le hubiese dicho “muchas gracias por resistir pero chao”.

Kika: Por eso ella no es el primer filtro y por eso Marvin contesta las llamadas (risas).

MdM: A propósito que la academia desconoce las realidades y necesidades trans, me pregunto ¿qué debe hacer o cómo puede hacer alguien que tenga interés en trabajar con la población para conocer las necesidades?

Kika: El acercamiento que hace el estudiante diciendo “el profesor me puso un trabajo con personas trans y por eso estoy aquí” es diferente a cuando el mismo profesor dice que hay seis meses para construir una investigación y que el tema lo escoge el estudiante. Lo ideal sería que apenas lo escoja el estudiante, él salga a la población y consulte qué tema puede trabajar, que vengan e indaguen las necesidades o los intereses de nosotras. Entonces, que se presenten acá sin propuestas tan estructuradas y con la apertura de construir colectivamente es lo que decimos que haría viable una juntanza.

Marvin: Acá en Santamaría yo soy el que recibe las llamadas, el que contesta a las personas que tienen intereses investigativos con nosotras. Entonces, cuando el estudiante habla con esa lógica de interés, donde son poco genuinos en mostrar que también desean aportarnos en algo, en esos momentos yo no sigo con un siguiente paso. Sin embargo, cuando las personas muestran un interés genuino, yo les digo que deben diligenciar un formato que tenemos donde se pide que planteen el interés de trabajo.

Kika: Ese formato del que habla Marvin es una roca con la que se encuentra mucha gente de la academia. Decidimos colocar ese filtro porque antes venían a decir acá cuánta estupidez técnica se habla desde la academia, tipo se le preguntaba “¿cuál es tu interés investigativo y metodología?” y salían con estupideces, tipo hacer es una investigación para saber cómo las trabajadoras sexuales usan ropa interior (risas). Además, llegaban con unas metodologías poco claras, descontextualizadas también. Entonces, nos tocó hacer un formato que diera cuenta de los mínimos técnicos que estamos pidiendo. Entonces, como dice Marvin, pasamos a las personas por ese filtro del formato y

nos sorprendemos con que ni siquiera saben llenar ese formato desde la academia, no saben ni plantear unos objetivos.

Gissele: Ese formato también cambia la perspectiva que tiene el estudiante, porque a veces piensan que como somos una organización social, entonces somos unas pobrecitas donde vienen a aportarnos, a “solucionarnos la vida”. Entonces, cuando les mandamos un formato estructurado donde pedimos una idea mínima de metodología y objetivos, se rompe un poco ese pensamiento que tienen las personas de “esas travestis son desorganizadas, pobres ellas todas mal habladas, que no saben escribir, son brutas”.

Ese formato los desarma y, de hecho, muy poquita gente pasa por ese filtro. Después de ese documento sigue una entrevista donde se discute del interés del trabajo y ahí negociamos. Como ya lo hemos dicho, a nosotras no nos gusta que vengan con imposiciones; de hecho cuando vienen de manera genuina, dispuestos a negociar, eso nos desarma a nosotras.

MdM: Ahora, hablemos un poco de las experiencias con la academia, la investigación y la ciencia que han sido exitosas, de manera específica, ¿qué deben tener estos procesos, estas personas?

Débora: Que vengan personas humanizadas, que tengan el interés de construir conjuntamente. Personas que demuestran su ética, sus principios y su compromiso con la población desde el respeto. Las experiencias exitosas, como las buenas juntanzas, tiene que ver básicamente con que la persona sea buena gente, un ser humano con las calidades y cualidades. Una persona que deje de ser cómplice de la academia. Un ejemplo, es el hecho de esas universidades a las que llaman para hacer políticas públicas LGBTI y que el único contacto que tienen con la población es para diligenciar planillas de asistencia. Luego, en esas políticas públicas quedan documentos que nadie entiende, entonces eso no tiene utilidad. Por ejemplo, la del Valle del

Cauca la hizo una vieja académica de Bogotá, una persona que no sabía de nuestro contexto y realidades. Entonces, esas personas “académicas” cobran el dinero por hacer un documento, sin tenernos en cuenta y sin posibilidad de permitirnos espacios para que la socialicen y la expliquen a nuestras hermanas. Y, además, después nos toca salir a nosotras como Fundación a la calle a explicarle a las hermanas que putas significa ese documento que esa académica escribió y que ni ella entiende.

MdM: Bueno, chicas no sé si quisieran decir algo para complementar lo que ya se ha venido conversando.

Giorgia: Que hay que tener en cuenta que ya es hora de dejar de explotar a las poblaciones con conocimientos populares, a la población trans y reconocer ese saber, esa historia, esas vivencias y darle un lugar visible frente al entorno porque la invisibilización y desconocer nuestras voces también los hace cómplices, ayuda y aporta al exterminio de las identidades trans, a los asesinatos y transfeminicidios, también al empobrecimiento y al abandono a causa del desconocimiento de nuestra lucha de derechos.

Índice de tablas

Tabla 1. Categorías, temas y subtemas del análisis de la información de las mujeres trans	98
Tabla 2. Categorías, temas y subtemas del análisis de la información de los HSH	100
Tabla 3. Participantes	235
Tabla 4. Procedimiento de análisis de la información. Identificación, categorías y temas	239

Index of tables

Table 1. *Categories, themes and sub-themes of the data analysis of trans women* 98

Table 2. *Categories, themes and sub-themes of the MSM data analysis* 100

Table 3. *Participants* 235

Table 4. *Information analysis procedure. Identification, categories and themes* 239

Acerca de los autores

About the authors

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Doctor en Educación de la Universidad de Brasilia, Brasil. Psicólogo y magíster en Sociología de la Universidad del Valle. Profesor de la facultad de Psicología y coordinador de la Unidad para el Desarrollo de la Ciencia e Investigación, universidad Antonio Nariño, sede Cali. Investigador asociado, MinCiencias e integrante del grupo de investigación GRIPSI. Coordinador del Grupo de Trabajo en Diversidades Sexuales de la Sociedad Interamericana de Psicología, coordinador del Nodo de Psicología de la Sexualidad, ASCOFAPSI, 2021, Editor Temático en la Revista Interamericana de Psicología. Exaltación al mérito investigativo, universidad Cooperativa de Colombia 2017.

© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>

✉ jomoncayo@uan.edu.co

Johnny Orejuela

Doctor en Psicología Social de la Universidad de São Paulo, Brasil. Estancia doctoral internacional en la Universidad de Valencia, España. Psicólogo y magíster en Sociología de la Universidad del Valle. Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica de la USB, Cali. Premio nacional a la docencia y la investigación “José Francisco Socarras”, del Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 2016. Premio a la Investigación Destacada 2021 del Colegio Colombiano de Psicólogos, Cap. Antioquia. Investigador Senior, MinCiencias, y colaborador del grupo de investigación Estudios en Psicología. Profesor Ti-

tular, jefe del Dpto. de Psicología y director de la Maestría en Psicología del Trabajo y las Organizaciones de la Universidad Eafit, Medellín.

© <https://orcid.org/0000-0001-9181-463X>

✉ jorejue2@eafit.edu.co

Wilmar Reyes Sevillano

Doctor en Sociología de la Universidad del Valle. Magíster en Psicología y especialista en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica de la Universidad de San Buenaventura (Cali). Psicólogo de la Universidad del Valle. Docente-investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia.

© <https://orcid.org/0000-0002-7255-696X>

✉ wilmarh.reyes@campusucc.edu.co

María Del Mar Pérez Arizabaleta

Psicóloga, especialista en psicología clínica con orientación psicoanalítica y magíster en Psicología con énfasis en investigación de la Universidad de San Buenaventura, Cali. Docente e investigadora del grupo de investigación GRIPSI de la Universidad Antonio Nariño - Sede Cali. Psicóloga particular y voluntaria de Santamaría Fundación. Joven investigadora, Minciencias 2019-2021.

© <https://orcid.org/0000-0001-8537-6696>

✉ mariadelmarperezari@outlook.com

Pares Evaluadores

Peer Evaluators

William Fredy Palta Velasco

Investigador Junior (IJ)

Universidad de San Buenaventura, Cali

© <https://orcid.org/0000-0003-1888-0416>

Marco Antonio Chaves García

Fundación Universitaria María Cano, Sede Medellín

© <https://orcid.org/0000-0001-7226-4767>

Carolina Sandoval Cuellar

Investigador Senior (IS)

Universidad de Boyacá

© <https://orcid.org/0000-0003-1576-4380>

Mauricio Guerrero Caicedo

Director del Programa de Comunicación de la Universidad Icesi, Cali

© <https://orcid.org/0000-0001-6374-1701>

Kelly Giovanna Muñoz

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México

© <https://orcid.org/0000-0001-7408-6108>

Gildardo Vanegas

Universidad del Cauca, Popayán

© <https://orcid.org/0000-0003-3627-4516>

Claudia Ximena Campo Cañar

Universidad del Cauca, Popayán

© <https://orcid.org/0000-0001-5352-3065>

David Leonardo Quitián Roldán

Investigador Junior (IJ)

Uniminuto, Villavicencio

© <https://orcid.org/0000-0003-2099-886X>

Jairo Vladimir Llano Franco

Investigador Senior (IS)

Universidad Libre de Colombia, Seccional Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-4018-5412>

Alejandro Alzate

Universidad Icesi y Universidad Católica

© <https://orcid.org/0000-0002-0832-022>

Arsenio Hidalgo Troya

Investigador Asociado (I)

© <https://orcid.org/0000-0002-6393-8085>

Distribución y comercialización

Distribution and Marketing

Universidad Santiago de Cali
Publicaciones / Editorial USC

Bloque 7 - Piso 5
Calle 5 No. 62 - 00
Tel: (57+) (2+) 518 3000
Ext. 323 - 324 - 414

✉ editor@usc.edu.co
✉ publica@usc.edu.co
Cali, Valle del Cauca
Colombia

Diseño y diagramación

Design and layout by

Juan Diego Tovar Cardenas
Universidad Santiago de Cali

✉ librosusc@usc.edu.co
Tel. 5183000 - Ext. 322
Cel. 301 439 7925

Corrector de estilos

Proofreader

Jorge Salazar
✉ josalazarf@gmail.com
Cel. 316 526 1218

Este libro fue diagramado utilizando
fuentes tipográficas Literata en el contenido
del texto y Open Sans para los títulos.

Impreso en el mes de abril.
Se imprimieron 100 ejemplares en los
Talleres de SAMAVA EDICIONES E.U.
Popayán-Colombia
Tel: (57+) 3136619756
2022

Fue publicado por la Universidad Santiago de Cali, la
Universidad Antonio Nariño y la Universidad EAFIT.