

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

DOCTORADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN ANTROPOLOGÍA DE LA

SEXUALIDAD, CUERPO Y GÉNERO



Sexo de cristal

Vivir con VIH y consumir metanfetamina.

Experiencias de sujetos homosexuales en el estado de Puebla, México.

2021- 2025

Tesis que para obtener el grado de Doctor en Antropología Social presenta:

Roberto López Roque.

Director de tesis Dr. Mauricio List Reyes

Comité tutorial:

Dr. Francisco Javier Báez Hernández

Dr. Juan de la Cruz Bobadilla Domínguez

Dr. Eduardo Mattio

Dr. José Manuel Méndez Tapia

Noviembre 2025



Esta investigación fue realizada gracias al
apoyo de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

Agradecimientos

Esta investigación no hubiera sido posible sin la colaboración de toda la gente que me enseñó, orientó, escuchó, leyó, aconsejó, criticó, apoyó y me sostuvo durante su realización.

Pero muy de especial manera este trabajo fue posible gracias a BP, Caín, Carlos, Eduardo, Fabián, Gustavo, Jasón, Mauricio, Pancho y Víctor. Ellos son, aunque en el texto suelo enunciarlos como *colaboradores*, la centralidad de este trabajo.

En estas líneas no solo comparten su historia y su vida, también la tejen con la mía.



"Undetectable = Untransmittable". Obra de Pierre et Gilles

Contenido

| | |
|--|-----|
| Introducción general: Cómo inicia esta investigación | 7 |
| El primer año de la investigación: la búsqueda de los participantes y de los primeros espacios para el registro etnográfico..... | 9 |
| El segundo año de doctorado: la articulación con el trabajo de escritorio y las vicisitudes del investigador | 14 |
| El tercer año de la investigación: meter el cuerpo..... | 22 |
| El planteamiento del problema, la pregunta general y el objetivo de la investigación | 26 |
| Capítulo 1 | 29 |
| La pandemia del VIH/sida en primera persona | 29 |
| Introducción al capítulo uno: 1981, el inicio de una pandemia que nos ha acompañado a una generación | 30 |
| La década de la prevención: el auge del preservativo en los 90..... | 42 |
| La década del 2000: la apuesta por la medicalización | 53 |
| 2010: La década indetectable | 67 |
| Ingresando al TARGA: la vinculación con el CAPASITS como paciente | 79 |
| Los años 2020: 4 décadas de lucha frente al VIH/sida, la articulación con otra pandemia y el surgimiento de nuevas problemáticas | 86 |
| Conclusiones del capítulo uno..... | 93 |
| Capítulo 2 | 95 |
| Diagnósticos positivos a VIH y experiencias con el uso de metanfetamina | 95 |
| Introducción al capítulo dos: El consumo de metanfetamina como una problemática de la sexualidad entre varones en Puebla..... | 96 |
| VIH y consumo de metanfetamina..... | 98 |
| La sospecha: experiencias previas al diagnóstico positivo a VIH..... | 110 |
| Trauma social. Angustia y redes de apoyo..... | 140 |
| Conclusiones del capítulo 2..... | 157 |
| Capítulo 3 | 160 |
| Gubernamentalidad y sexualidades víricas | 160 |
| Introducción al capítulo tres: Tratamientos integrales y el buen paciente | 161 |
| Cómo se ha gobernado a las poblaciones que vivimos con VIH | 163 |
| El estatus de quienes vivimos con VIH ante el tratamiento para VIH/sida..... | 167 |
| Mecanismos de vigilancia | 169 |
| Consumo de cristal y atención institucional a VIH..... | 174 |
| La sexualidad de las personas que vivimos con VIH..... | 179 |

| | |
|---|-----|
| Sexualidad después del VIH: ¿qué papel juega la interseccionalidad?..... | 181 |
| El placer sexual vs la atención en salud | 190 |
| Sexo a pelo: el preñar y las responsabilidades del autocuidado y el cuidado del otrx. | 193 |
| No siempre se puede: ¿Qué pasa cuando se pierde la indetectabilidad?..... | 202 |
| Bugchasing: estrategias sobre la suspensión y rechazo de la indetectabilidad..... | 204 |
| Conclusiones del capítulo 3..... | 208 |
| Capítulo 4 | 210 |
| Placer metanfetamínico | 210 |
| Introducción al capítulo cuatro: Los caminos del cristal en la ciudad de Puebla. Rutas y espacios para el sexo y consumo | 211 |
| Los dealers, las hadas madrinas del sexo con cristal..... | 213 |
| Las rutas del consumo en Puebla: las reuniones en domicilios privados | 216 |
| Los bares, antros y lugares de encuentro como base para el sexo con cristal | 218 |
| Modalidades y tecnologías para el consumo de metanfetamina en el sexo | 220 |
| Tecnologías para el sexo con cristal..... | 223 |
| <i>Solo busco mi venita</i> : técnicas para el uso del cristal inyectado | 228 |
| Coger con cristal | 230 |
| El placer sexual y el consumo de metanfetamina..... | 233 |
| El sexo en el motel Del mar | 240 |
| Conociendo la dulcería..... | 244 |
| Desconfiar de los nuevos encuentros | 248 |
| Confianza y desconfianza..... | 253 |
| Rostros de cristal | 260 |
| Conclusiones del capítulo 4..... | 270 |
| Conclusiones generales | 272 |
| La pandemia del VIH/sida como un fenómeno generacional | 276 |
| El VIH como trauma social..... | 279 |
| La indetectabilidad como eso que sostiene a la sexualidad de los colaboradores | 282 |
| El placer metanfetamínico como una categoría de análisis..... | 284 |
| Referencias..... | 290 |

Introducción general: Cómo inicia esta investigación

Por algún lado habrá que empezar. La idea de investigación para este trabajo doctoral en realidad se vino gestando desde años atrás. El tema del consumo de sustancias psicoactivas en poblaciones sexo diversas y más específicamente en la de varones homosexuales, nació ante la necesidad de crear un proyecto que me permitiera ingresar a una maestría de la Universidad Veracruzana en torno a la prevención de adicciones, en el año 2017.

El motivo de haber seleccionado tal posgrado no fue otro más que su accesibilidad. Se ofertaba en línea (lo cual me permitía vivir en Puebla y esporádicamente viajar a Xalapa, Veracruz para supervisiones) y los bajos costos de cada semestre. En esos años daba clases en una universidad privada a perfiles de Criminología, Ciencias Penales y Criminalística por lo que me pareció favorecedor especializarme en el tema de la prevención de sustancias psicoactivas, del cual lo que yo tenía era breves capacitaciones y la ejecución de talleres en el tema con población privada de su libertad, en el tiempo que estuve laborando en un Centro penitenciario.

Pero el posgrado en prevención de adicciones pedía además que el proyecto tuviera un elemento innovador para ser aceptado. En la misma universidad donde laboraba como docente, también había abordado temas de género y sexualidad, mismos que formaban ya parte del plan de estudio de algunas materias. Conocía también a algunas amistades que eran consumidoras de este tipo de sustancias, sobre todo cuando visitaban lugares de encuentro en la capital poblana.

Así que presenté una propuesta sobre el consumo de psicoactivos en varones homosexuales dentro de aquellos múltiples lugares de encuentro en la ciudad de Puebla. El tema fue bien recibido en el posgrado y fui aceptado, aunque el proyecto se perfiló bajo un enfoque cuantitativo: un estudio sobre qué tipo de sustancias y en qué espacios eran consumidos por población gai en la ciudad de Puebla.

No obstante este proyecto no se culminó porque tuve que abandonar este posgrado. En el año 2018 salió la convocatoria para la maestría en Antropología Social de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (en adelante BUAP) lo que representaba un panorama distinto para mí. De entrada tendría acceso a una beca pues el programa recibe apoyo del entonces Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), ahora Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECITHI). También se ubicaba en la capital poblana y al ser un programa de tiempo completo, podría abandonar el trabajo dando clases en la universidad privada para dedicarme de lleno al posgrado.

La convocatoria de esta maestría que ubique online, estaba además enfocada en la línea de sexualidad, cuerpo y género, por lo que el proyecto que venía trabajando parecía poder acoplarse a este espacio académico. Hasta ese momento lo único que había realizado era el acercamiento a espacios de encuentro que como varón homosexual había ya visitado con

frecuencia anteriormente para entretenerme. así que ahora había acudido a los mismos ubicando la posible presencia de sustancias psicoactivas y su consumo en estos espacios.

Con esa información decidí recomponer mi propuesta de investigación y aplicar a la maestría de la BUAP haciendo un cambio: dado que se trata de un posgrado enfocado al registro etnográfico, consideré necesario realizar una propuesta cualitativa.

La primera propuesta resultó bastante básica y si acaso reflejaba mi interés por el estudio del consumo de sustancias psicoactivas en lugares de encuentros sexuales entre varones. Pero no contemplaba algún tipo de delimitación en cuanto al tipo de sustancia o las características de la población o los espacios, mucho menos los marcos teóricos que se manejan en esa línea investigativa.

Esta nueva versión de la propuesta también fue aceptada y durante determinado tiempo llevaba ambas propuestas sobre la misma temática en dos espacios académicos distintos y bajo enfoques diferentes. En la BUAP el proyecto fue recibido en la línea de sexualidad, cuerpo y género tal como esperaba, más específicamente en el enfoque de salud. Esta línea está a cargo del Doctor Manuel Méndez, quien había ya realizado un importante trabajo en temáticas sobre VIH y salud en poblaciones de varones homosexuales y el doctor Mauricio List con una fuerte trayectoria en investigaciones sobre la sexualidad entre varones desde la década de los 90. La propuesta de investigación fue asignada al Dr. Méndez, teniendo como lector al Dr. List y el Dr. Juan Domínguez Bobadilla quien ha realizado importantes trabajos sobre espacios de encuentro sexual y socialidad entre varones.

Pero los cambios de esta nueva versión del proyecto fueron más allá del enfoque cualitativo. La línea de sexualidad, cuerpo y género sostienen una perspectiva teórica desde el postestructuralismo, la teoría queer y la feminista incluyente. De esta manera las propuestas teóricas de la línea permitieron que el proyecto avanzara sobre nuevas perspectivas. Principalmente las reflexiones de Foucault sobre entender a la sexualidad desde la noción de dispositivo y de Butler sobre la performatividad del género me permitieron alejarme un tanto de las visiones clínicas que mayoritariamente habían abordado la temática del consumo de drogas en poblaciones homosexuales bajo el concepto de *chemsex*.

Pero definitivamente la estancia académica que realicé en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) en Argentina abonó en gran medida para el avance del texto, sobre todo porque me permitió comprender el carácter político de la práctica del consumo de drogas en estas poblaciones. Los grupos de trabajo argentinos estaban principalmente dirigidos por el doctor Eduardo Mattio de la facultad de Filosofía y Humanidades de la UNC, y reunía además a gente del Centro de Estudios Avanzados (CEA) de la misma universidad. La estancia no fue solo grata y cálida por la cordialidad de las y los anfitriones, sino que me aportaron mucho para poder fortalecer el proyecto y darle un enfoque teórico mucho más interesante.

Al final y tras las delimitaciones necesarias, el proyecto cerró con el título: *Los Poppers como tecnología químico - política. Análisis sobre la práctica cultural de su consumo en un sauna para encuentros sexuales entre varones de la ciudad de Puebla*. Como el título lo nombra, la sustancia psicoactiva elegida fue el popper, una sustancia vasodilatadora que es aspirada durante las prácticas sexuales y que permite la dilatación del ano, el musculo liso y una mayor excitación que en muchas personas se manifiesta en mayores sensaciones de placer sexual. Y el espacio elegido fue un sauna en la ciudad de Puebla donde varones homosexuales se dan cita para encuentros sexuales.

A raíz de las entrevistas con diversos chicos de distintas edades, un elemento estaba presente: el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Ya sea porque algunos de los muchachos que participaron en la investigación tenían algunos años viviendo con el virus, o manifestaran preocupación por esta infección, este virus estuvo presente en muchos de nuestros diálogos. Además de ello, Pancho mi mejor amigo, llevaba ya un tiempo ingiriendo algunas sustancias psicoactivas y vivía con VIH desde el 2008. Y por otro lado, yo vivía con el virus desde el 2017.

Por tanto, el tema del VIH/sida fue el elemento que decidí articular para la presente propuesta de investigación. En el 2021, en plena pandemia del COVID19, respondí a la convocatoria del doctorado en Antropología social de la BUAP; en la misma línea y para poder dar continuidad al proyecto que venía trabajando. Ahora había agregado el tema del VIH como una complejidad y venía vislumbrando el consumo de metanfetamina o cristal¹ como la sustancia elegida, aunque en un principio opté por la generalidad, pensando que los primeros acercamientos al campo me darían más pistas de las dinámicas farmacológicas.

La propuesta fue bien recibida y en agosto de ese año se inició el proceso investigativo. Tras un cambio de director por cuestiones administrativas, el trabajo doctoral quedó bajo la tutela del Dr. List, quien como ya referí había sido mi lector en la investigación de maestría pero también había sido docente en algunas materias y coordinador del seminario. Como método de trabajo acordamos avances escritos de manera semanal y al mismo tiempo empezar a sondear el campo sobre todo para perfilar la delimitación metodológica.

El primer año de la investigación: la búsqueda de los participantes y de los primeros espacios para el registro etnográfico

Una de mis primera preocupaciones al iniciar esta tesis, fue decidir cómo ubicar a las personas que podrían colaborar en mi trabajo de investigación. Lo primero que pensé fue en

¹ Actualmente, algunos activistas en el ámbito de los derechos de usuarios y usuarias de cristal, han recalcado la importancia de no usar este término como sinónimo de metanfetamina. No obstante, a lo largo de este texto si los ocupo como sinónimos en parte para evitar cacofonías en la redacción pero también porque los colaboradores de este texto no hacen distinción entre ambos términos.

contactar con algunos de los chicos que colaboraron conmigo en el trabajo de maestría los cuales yo sabía que consumían poppers y otras sustancias pero que además vivían con VIH. Sin embargo, de los tres que participaron en aquella ocasión y que reunían tales características, uno de ellos ya no vivía en Puebla y la delimitación espacial la había enfocado en la entidad poblana. El otro fue Fabián, un chico de 30 años, ingeniero que laboraba en esos momentos para una de las universidades privadas más importantes del país, por lo que constantemente viajaba a distintas ciudades donde había campus en los cuales intervenía en remodelaciones.

En su momento Fabián me había comentado que no solo era usuario de poppers en sus prácticas sexuales sino que también solía hacer uso de marihuana y cristal. Pero en la investigación de maestría no vivía con VIH, es más, tenía una postura un tanto estricta e higienista con respecto a las personas que ejercían su sexualidad en lugares de encuentro de la ciudad y vivían con el virus. Pero desde la finalización del anterior trabajo Fabián se había mostrado muy interesado en qué haría yo después, así que cuando le platiqué sobre articular ahora el tema del VIH, me pidió vernos en persona. Nuestra primera plática cara a cara después de la anterior investigación, fue en el entonces negocio de plantas que yo había montado previo a ingresar al doctorado. Fabián me confesó entonces que había sido diagnosticado con el virus poco después de culminar mi investigación de maestría, así que aceptó con gusto participar en la actual. La historia de Fabián, como la de los otros chicos que colaboran, se desglosa a lo largo de este trabajo. No obstante cuando hablamos aquella primera vez, Fabián viajaba al siguiente día a Monterrey así que dejamos nuestros encuentros de entrevistas para un mejor momento.

El tercero de ellos fue mi amigo Pancho, a quien conozco desde el 2012 y actualmente cohabitamos en el mismo domicilio, haciéndonos cargo y cuidando a un grupo de perritos que a lo largo de varios años hemos rescatamos de su situación de calle. Durante la pandemia del COVID19- y esto es algo que explico a mayor profundidad en el texto- Pancho había estado consumiendo metanfetamina junto con otros psicoactivos en sus encuentros sexuales, así que en un primer momento mi idea esperanzadora era que Pancho me ayudaría a través de la técnica *bola de nieve*. Sin embargo, para ese momento Pancho ya tenía una relación muy conflictiva con la sustancia y consideré que pedirle me presentara con sus amigos de sexo con cristal no ayudaría en mucho a que mejorara sus condiciones de consumo. así que en ambos casos, tanto el de Pancho como el de Fabián, estaban en pausa para iniciar las entrevistas.

En todo caso necesitaba encontrar otras vías para poder contactar con otros chicos que reunieran los criterios que estaba considerando. Desde la investigación de maestría me había apoyado usando la aplicación para encuentros homoeróticos y sexuales *Grindr*, colocando en la descripción de mi perfil la solicitud abierta para participar en el trabajo, y por este medio había tenido contacto con algunos de los chicos que me ayudaron en aquella ocasión.

Así que esta fue una herramienta de la que eché mano de nueva cuenta. La descripción de mi mensaje e incluso las fotografías que utilicé y por supuesto de los efectos de las mismas las narro con mayor detenimiento en los apartados de este trabajo. Por ahora queda decir que por medio de Grindr contacté con muchas personas. No todas cubrían las condiciones delimitadas (vivir con VIH y consumir alguna sustancia psicoactiva durante el sexo) pero mucha gente se mostró interesada y me ayudaron mucho o en su defecto fueron contactos importantes para el trabajo: chicos muy jóvenes con gusto por el sexo sin condón, algunos que solo consumían sustancias como la marihuana pero no vivían con el virus, otros que sí vivían con VIH pero no les interesaba el consumo, activistas VIH, entre otros perfiles más.

Entre muchos de estos chicos algunos se mostraron muy interesados en colaborar. Por ejemplo esta Brandon, un chico de 19 años que apenas había salido del closet, proveniente de una colonia periférica y tradicional de la ciudad y que le interesaba el tema del consumo de sustancias durante el sexo y con quien sigo manteniendo cierta amistad hasta la actualidad. Con otros de estos chicos también perdí rápido contacto. Me parece importante hacer mención de estos muchachos, así como los que ubiqué en otras fases de la investigación y que no conforman parte del grupo de entrevistados con los que se aplicaron por completo la batería de entrevistas. Pero es importante su mención porque sin sus testimonios no es posible considerar la riqueza de este trabajo, y su participación resulta valiosa para el análisis y reflexión antropológica del texto.

Así que durante mucho tiempo después de iniciar el doctorado, activaba la aplicación en diferentes lugares para que mi invitación a participar en el proyecto estuviera visible. Bajo esta técnica pude ubicar a algunos de los colaboradores que tienen cierta centralidad en este trabajo y que voy a ir presentando en esta introducción de manera inicial y con mayor profundidad a lo largo del texto.

Al mismo tiempo de las búsquedas en Grindr, decidí hacer uso de otras redes sociales como Facebook. En este espacio encontré algunos grupos de personas que vivían con VIH. Por alguna razón había decidido que buscar personas que vivían con el virus y a partir de ahí averiguar si hacían uso de sustancias psicoactivas o no, parecía más fácil. Aunque ahora, desde esta perspectiva, quizás hubiera sido bastante interesante haberlo hecho al contrario: buscar en los espacios de consumo de sustancias como el cristal, a chicos que tuvieran sexo con otros varones y que vivieran con el virus. Haber partido de una perspectiva diferente tal vez habría ayudado a subsanar las problemáticas que se presentaron posteriormente. Así que lo que parece ser una decisión sencilla, puede terminar representando algo crucial para el desarrollo del trabajo investigativo.

De cualquier manera, el camino que había decidido tomar me llevó en este caso a un grupo en Facebook, un colectivo denominado *RENACER VIH*. Se trata de numeroso grupo de personas que viven con el virus de distintos países de América Latina. El grupo llamó mucho mi atención no solo por la diversidad de temáticas acerca del padecimiento desde las

cuales lo abordaban. También porque al estar conformado por gente de toda Latinoamérica la diversidad de puntos de vista y experiencia era vasta.

Originalmente el espacio se creó como un grupo informativo en *Facebook*, compartiendo diversos contenidos relativos al VIH/sida. Algunos de los integrantes de este colectivo eran activistas de otras organizaciones con mayor infraestructura y tiempo de formación. Ellas y ellos orientaban a las y los demás en sus dudas sobre posibles infecciones oportunistas, diagnósticos, tratamientos, trámites legales, etcétera. El grupo no era exclusivo de población sexo diversa, por lo que sus dinámicas eran ricas en información.

Mi integración a este grupo sucedió cuando ofrecieron una conferencia virtual sobre VIH y consumo de sustancias psicoactivas². Durante mi estancia en el grupo se incrementó del número de participantes: al momento de esta redacción contaban con más de 35 mil miembros.

Dichas conferencias ocurrían de manera semanal, en plataformas digitales como *Zoom* o *Meet*. En ellas se dialogaba de temas específicos en conjunto, muchas de las veces con la exposición de algún experto. La dinámica consistía en la exposición del tema, para luego permitir algunas participaciones de los presentes. Estas conferencias fueron de mucha ayuda informativa y para conocer y reflexionar acerca de las posturas de diversas personas que vivimos con el virus sobre los tratamientos contra el padecimiento. En especial esta conferencia citada me dio un dato muy importante (que después confirmaría con una de las médicas infectólogas con mayor relevancia en la atención a pacientes que viven con VIH en Puebla, durante un espacio que también fue constituyente de mi formación doctoral): *no existe evidencia palpable (por lo menos hasta este momento) que dicte que el consumo de metanfetamina interactúe con la eficacia de los medicamentos antirretrovirales (ARV)*. Este dato resultó muy importante porque sostiene la idea de que una persona puede ser consumidora de esta sustancia sin que se vea afectado directamente su tratamiento contra el VIH.

Como el auge del grupo fue durante el periodo pandémico del COVID19, tras éste el colectivo ha perdido cierta fuerza y aunque sigue habiendo conferencias internacionales, cada vez son más alejadas temporalmente.

Aunado a las búsquedas digitales, durante este primer año del doctorado decidí que iniciaría las observaciones de campo en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual del estado de Puebla (CAPASITS), ubicado al sur de la capital poblana. Aunque yo ya tenía algún conocimiento de las dinámicas en el módulo de atención referido como usuario, decidí que este espacio sería de mucha utilidad

² Para poder ver la conferencia, debía ser integrado por Marcela, una mujer argentina de alrededor de 50 años y la principal dirigente del colectivo y con la que hasta la actualidad mantengo comunicación afectiva. Cuando le solicité a Marcela mi ingreso, no le comenté sobre mi trabajo de investigación ni mi interés relacionado con éste. Solo le dije que tenía unos años viviendo con el virus y estando bajo tratamiento. El tema de mi investigación nunca, hasta la fecha, ha salido en nuestras conversaciones.

para la investigación. Aunque este punto lo desarrollo más detalladamente en el primer capítulo de este texto.

Y una de las razones por escoger este espacio para el registro etnográfico no solo fue que obedecía a uno de los objetivos de la investigación, el cual estaba enfocado a la atención sanitaria a poblaciones con VIH y la manera en que se manejaban los casos detectados de usuarios consumidores de psicoactivos, sino que también acudir a este espacio me permitía aprovechar para acercarme con chicos de varias edades que vivían con el virus y poder invitarlos a participar en el trabajo.

Así que durante mis visitas al módulo intenté hacer contacto con algunos de los asistentes, hablándoles sobre mi trabajo e invitándoles al mismo. Como describiré más a detalle en la tesis, este proceso de visitas al CAPASITS sucedió en un momento en que existían medidas de restricción por el COVID 19, por lo que las interacciones que describo sucedieron mayormente fuera de la clínica, donde la gente esperábamos para poder recibir algún servicio, además de que el uso de cubrebocas era obligatorio.

Todas estas condiciones son importantes de tomar en cuenta para la descripción del cómo aproveché este campo. No podría decir actualmente con claridad cuál fue la manera en que decidía acercarme a la gente o qué lectura hice de aquellos a los que no quise invitar. Muchas veces fue una lectura rápida de las personas, pero sobre todo pensaba en quiénes podrían ser aquellos que no me rechazarían con mi propuesta o que no *se sacarían de onda*.

Por ello solía acercarme a gente joven o que ya hubiéramos cruzado algunas miradas o incluso el saludo. Estos factores me animaban a platicarles sobre los motivos de mi presencia en el módulo. Ello me daba la apertura para acercarme y plantear mis intenciones. Aunque debo aclarar que este no fue un filtro planificado, ni quiera pensado, es decir que en ningún momento me detuve a reflexionar qué características específicas tendría que contemplar para acercarme o no a la gente.

Por supuesto que estas acciones dejaron fuera a muchos sujetos que posiblemente hubiesen sido idóneos para participar. Solo me incliné en considerar al CAPASITS Puebla como un espacio donde sería seguro encontrar gente que viviera con el virus, sin la necesidad de preguntar por su estado serológico, algo que consideraba tan personal e íntimo que sospechaba podría generar ofensas o conflictos.

Pero además el hacer esta dinámica en CAPASITS Puebla incluía otros aspectos. Tenía que tener cuidado de no ser escuchado por alguna o alguno de los trabajadores o directivos de la clínica porque aunque en su momento planté a uno de los psicólogos mi necesidad de realizar observaciones etnográficas en el módulo, éste me había explicado que los procesos para obtener tal permiso eran complicados y tardados, así que ante tal respuesta había decidido hacerlo sin el conocimiento de las autoridades. A fin de cuentas, no se trataba de entrevistas con trabajadoras o trabajadores sanitarios, sino con usuarios del módulo como yo y lo que me interesaba eran sus historias y percepciones sobre la atención en VIH/sida.

Por lo que esto también representó un filtro para poder acercarme a las personas, porque en más de una ocasión quise hacerlo y la presencia de personal clínico o de seguridad del módulo me lo impedía. Yo temía que al ser descubierto, se me pidiera explicar el motivo por el cual buscaba y me acercaba a los pacientes y tener que aplicar de manera obligatoria el protocolo institucional, lo cual consideré me quitaría tiempo y representaba una limitante para poder explayarme en críticas y reflexiones en torno a la atención institucional y los tratamientos frente al VIH /sida.

En el CAPASITS Puebla, como espacio de ubicación para posibles colaboradores, contacté con gente que después no quiso o pudo continuar apoyándome . Aquí conocí a un chico profesionista que tenía su propia oficina o despacho. Aun cuando aceptó participar, nunca se pudo concretar el inicio de una entrevista. Constantemente lo veía activo en Grindr en busca de encuentros de sexo con cristal. También aquí conocí a Carlos, un muchacho de Ciudad de México que describo un poco más a detalle en capítulos venideros, pero cuya historia de vida me había generado mucho interés. Poco a poco Carlos se había sumergido en el consumo de cristal por su pareja de quien estaba enamorado y hasta había dejado su hogar en la capital del país para radicar en el municipio de Ciudad Serdán, en el interior del estado poblano. Como estos dos casos, otros más se fueron diluyendo como contactos o posibles colaboradores de la investigación. Pero me parece oportuno también hacer mención de aquellos que terminan perdiéndose en el camino.

Cabe aclarar que mis visitas etnográficas al CAPASITS Puebla estaban organizadas a partir de las actividades que fueran surgiendo ya sea en cuanto a mi atención médica personal, el seguimiento clínico de mi amigo Pancho o de alguno de los colaboradores, el abastecimiento de medicamento o la realización de pruebas de laboratorio. Esto porque al ubicarse el módulo dentro de las instalaciones del complejo médico del sur, su acceso era y es restringido a la población que tiene agendada alguna atención sanitaria. Situación que se incrementaba en ese entonces por las condiciones de pandemia por el virus del SARS-CoV-2.

El segundo año de doctorado: la articulación con el trabajo de escritorio y las vicisitudes del investigador

Desde el inicio del doctorado, mi asesor de tesis y yo habíamos acordado que al mismo tiempo de realizar trabajo de campo, debía ir entregando avances redactados del protocolo y la tesis. Tras la revisión bibliográfica y revisión el estado del arte, el reto ahora era poder abordar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en la sexualidad de varones que se identificaban como homosexuales y que viven con VIH, alejado de la mirada clínica que suele caracterizar los acercamientos científicos al tema desde un enfoque epidemiológico.

Sin embargo, a pesar de tener los antecedentes de la investigación de maestría, el abordaje teórico y la perspectiva antropológica resultaron un reto bastante crudo para mí. Sencillamente todas las versiones del texto que iba elaborando no lograban tener la sustancia que yo quería ni el soporte teórico deseado. No trataré de justificarme en estas líneas por ello, pero si hago mención de esto es porque estos procesos fueron el marco para la circulación de algunos afectos como la angustia, la frustración, incluso la tristeza y hasta la desesperación.

Por un lado considero importante el registro de estos afectos como elementos culturales que de alguna manera tienen que ver con el trabajo investigativo. Y no hablo desde un discurso productivista que tenga como moraleja que la producción de una tesis debe hacerse por encima de los *afectos dolorosos* y que superarlos constituye un crecimiento personal. Hablo más bien de la importancia de dar cuenta de tales frustraciones, fallos y tristezas como un posicionamiento desde el cual la o el investigador toma camino para sus reflexiones teóricas y el análisis etnográfico que el campo va mostrándole. Ya sea que sean afectos que estén adheridos al propio trabajo investigativo o que estén articulado a otras vicisitudes de la vida del o la etnógrafa, estos están ahí orientando, generando algo en las decisiones que se van tomando en la investigación.

En el año 2021, el primero del doctorado, mi padre falleció. Y más que tristeza, los afectos que puedo ahora identificar con mayor claridad fueron el enojo y la frustración. Se fue sin volver a dirigirnos la palabra desde el 2012. Se fue sin reconocer sus humillaciones hacia mí y su abandono. Se fue sin recordarme un instante en sus últimos momentos. Se fue no reconociéndome como su hijo. Todo ello porque nunca estuvo de acuerdo con mi orientación sexual. Pero además de ello, una serie de complicaciones legales vinieron con su fallecimiento, un cambio en mi relación con hermano y medios hermanos y un reforzamiento del eterno sentir de no formar parte de algo.

A la par, la salud de mi madre se complicaba tras un evento vascular cerebral que sufrió en el 2020. Ahora un edema macular se hacía presente y era necesario dar un seguimiento y cuidados estrictos guiados por oftalmología. Ello implicó una serie de traslados, consultas, tratamientos, cirugías e inyecciones oculares. Además de ello, Pancho -mi amigo- tenía temporadas en las que no solo desaparecía para poder consumir cristal, sino que hubo momentos en que las visiones y la paranoia lo abrazaban al grado tal que se tuvo que iniciar un tratamiento psiquiátrico que aminorara tales efectos.

Todo eso tuvo como consecuencia entre otras cosas problemas con mi capacidad de memoria y retención de información. Durante el 2021 y el 2022 sentí que las cosas se complicaban porque tras cada asesoría semanal sencillamente no recordaba las indicaciones y recomendaciones de mi tutor. Era como si cuando él hablaba yo pensaba simplemente en cómo *no fallar* esta vez y eso me encerraba en un círculo vicioso de olvido y frustración. Y pasaba lo mismo con las lecturas teóricas del seminario. En las sesiones colectivas donde discutíamos a las autoras y autores, de repente mi mente estaba en blanco. Ni siquiera

entendía las anotaciones cada vez más detalladas que tenía que hacer en mi libreta de apuntes. Era como si nunca hubiera leído una sola palabra de los textos. Incluso en esos años perdí mi condición de indetectabilidad al VIH por no tomar mi medicamento en tiempo y forma. Ni siquiera era que recordara al otro día que no lo había tomado, sencillamente no tenía el menor recuerdo de qué había hecho a pesar de apoyarme con un sistema de alarmas para la ingesta de la tableta.

Todo ello tenía repercusiones en el desempeño del trabajo porque no terminaba de quedar el enfoque teórico ni la dirección que tendría la investigación. Y también se reflejaba en el trabajo de campo que realizaba. En un momento determinado, parecía que no tenía un rumbo claro ni siquiera para realizar o seleccionar los espacios de análisis. Sentía que estaba avanzando muy poco también en ubicar a las persona cuyas experiencias pudieran dar forma al trabajo.

En estos procesos conocí a un chico activista en torno al VIH que manejaba una asociación que había estado muy ligada al CAPASITS Puebla. Desde años atrás yo había tenido contacto con uno de los activistas más reconocidos del estado, Onán Vázquez, de quien siempre me he apoyado para determinadas cuestiones sobre el virus e incluso estuvo conmigo cuando sucedió mi proceso de infección y adscripción al tratamiento ARV. Por su puesto que Onán colabora en este texto como una figura representativa de la historia de las luchas frente al VIH /sida y contra la homofobia en Puebla.

Este otro chico tiene también un importante trabajo de activismo y de apoyo a personas que viven con el virus, mismo que ha sido reconocido incluso por instituciones educativas del estado. Platicar con él me ayudó mucho para comprender procesos de atención sanitaria sobre VIH/sida en la entidad poblana y cómo CAPASITS en su momento fue un espacio no solo de cuidados a la salud, sino también punto de convergencia entre el activismo y la institucionalidad. Un lugar donde las y los usuarios sentían cómodo para su expresión sexual y sentimental. Aunque también es cierto que hablar con este activista me permitió ver cómo los prejuicios que sostienen estructuras como la serofobia y la homofobia al mismo tiempo forman parte del trabajo de atención y apoyo a las personas que vivimos con el virus, sea desde el estado o desde el mismo activismo.

Con este chico activista pude documentar el festejo de su aniversario número 17 de su asociación. Una fiesta privada y modesta en su domicilio. Sin embargo, cuando platiqué con mi asesor sobre este evento, mostrándole mi registro etnográfico, una de las discusiones que hubo fue que se estaba perdiendo de vista el objetivo principal del trabajo: el consumo de las sustancias durante el sexo frente a la atención institucional en VIH/sida.

Algo que se hizo en ese momento fue la delimitación del tipo de sustancia psicoactiva en la que me enfocaría, para reducir la dispersión que mi trabajo estaba presentando. Opté por la metanfetamina, pensando que tanto Pancho como Fabián eran consumidores de la misma además de los otros chicos que aunque estaban ya ausentes, en su momento habían

referido esta sustancia. Así que en adelante, los siguientes posibles colaboradores tendrían que ser usuarios de metanfetamina.

Sin embargo, para mediados del 2022 aun no tenía entrevistas realizadas con colaboradores fijos. Ninguno de los chicos que había contactado hasta ese momento en el CAPASITS Puebla o en aplicaciones o redes sociales, habían concretado una cita para poder dialogar. Pero meses antes Caín, un chico que había sido alumno mío en la universidad donde antiguamente di clases, me había llamado para que pudiera apoyarlo en su adscripción al tratamiento ARV tras su diagnóstico positivo a VIH. Un tanto desesperado lo busqué para invitarlo a participar en el trabajo de investigación, pues recordaba que en sus palabras me había contado la presencia de uso de sustancias en las prácticas sexuales donde sospechaba había sucedido la infección.

Resultó que en algunos de esos encuentros Caín había usado junto con su entonces pareja, cristal o metanfetamina. Así que Caín, mi ex alumno, se convirtió en el primer colaborador con quien concreté una primera entrevista. Pero nuestro encuentro se dificultaba porque él labora hasta la actualidad en una dependencia de Seguridad Pública y tiene un horario de 24 por 24 horas y en sus días de descanso suele atender el negocio de su familia. Además de radicar en una ciudad vecina a la capital poblana.

Aquí abriré un paréntesis para comenzar a presentar a los chicos que colaboran de lleno en este trabajo, pero desde un enfoque interseccional. Esta fue una solicitud de mi asesor pues aunque a lo largo de este texto los colaboradores se van presentando en diferentes aspectos, se hace necesaria una descripción interseccional pues ésta reconoce que su identidad y experiencia no se definen por una sola característica como su género, su origen o la clase social, sino más bien por la compleja interacción de éstos y otros múltiples factores que se están cruzando y sosteniendo constantemente. La interseccionalidad de cada uno de ellos se trata de una experiencia única que surge de la interacción de sus propias condiciones.

En ese sentido, es necesario iniciar diciendo que Caín, mi ex alumno, es un chico homosexual de piel morena, de estatura baja y cuerpo delgado, una expresión masculina y simpática que le han permitido moverse con soltura en espacios institucionales y familiares, aunque no sin tensiones.

Tiene un rostro que me parece atractivo y que le ha otorgado cierto capital estético. Sin embargo, su historia personal está marcada por intersecciones complejas por vivir con VIH, una condición que le preocupa especialmente en sus entornos laborales. Su trayectoria educativa —una licenciatura completa— lo posiciona como la primera generación universitaria en una familia de origen campesino, con capital económico estable pero escaso capital cultural. Vive con sus padres, hermanos y medios hermanos.

Caín ha dejado atrás actualmente el consumo de cristal, lo que marca un punto de inflexión en su historia de vida y su participación en este trabajo. Mantiene una relación de noviazgo hasta la actualidad.

No obstante su disponibilidad, Caín no fue el primer chico entrevistado debido a sus horarios laborales, como ya referí. Antes de concretar la primera entrevista con él, otro chico de nombre Jasón contactó conmigo a través de Grindr en octubre del 2022. Además de ser originario de la capital del país, Jasón es un chico homosexual de piel blanca, de poco más de 30 años, estatura baja y cuerpo esbelto. Cuando lo conocí pude observar ciertas expresiones femeninas que, lejos de limitarlo, parece que le han permitido habitar espacios urbanos de la diversidad como los antros gais y los lugares de encuentro. Considero que Jason tiene un rostro atractivo y su capital cultural —reflejado en su dominio de varios idiomas— le han abierto puertas a nivel social y laboral, incluso sin haber cursado estudios universitarios. Jason es proveniente de una familia de clase alta con recursos económicos sólidos, cuenta con oportunidades laborales y una posición solvente que lo sitúan en un eje de privilegio material. Jason vive con VIH y está bajo tratamiento desde su adolescencia. Con él tuve mi primera entrevista completa, en un parque conocido de la ciudad de Puebla.

En ese mismo mes de octubre, también por la aplicación de Grindr, contacté con Carlos. Resulta que Carlos y yo nos habíamos conocido alrededor del 2009 y había leído mi anuncio en la aplicación. Carlos tenía ya un tiempo viviendo con VIH y siendo usuario también de metanfetamina. Aunque había radicado en la ciudad de Puebla durante sus estudios universitarios, Carlos había retornado a Teziutlán, de donde ambos somos originarios y nos habíamos conocido años atrás.

Carlos es un chico homosexual de piel blanca, de 35 años, corporalidad rolliza y rostro atractivo. Encarna una expresión masculina que le ha permitido navegar ciertos espacios laborales y lúdicos con relativa aceptación. Su acceso a la educación superior —dos carreras profesionales— refleja las oportunidades con las que ha contado, aunque al momento de nuestras pláticas enfrentaba una precarización laboral que hasta cierto punto tensionaba su autonomía pues tuvo que recurrir al apoyo económico de su grupo familiar primario. La situación en la que vivía cuando iniciamos las entrevistas dejaba ver su red de apoyo familiar emergente, aunque limitada por los recursos al pertenecer a la clase media. Carlos se mostró muy accesible durante los primeros años de contacto, aunque después se alejó y aunque nunca lo reconocí, personalmente creo que dicho alejamiento se debió a que su consumo de cristal se incrementó y trajo consigo consecuencias en su salud.

En ese mismo mes y año mi asesor de tesis, el doctor List, me compartió un trabajo periodístico de Rafael Cabrera: *Amor de cristal*. Se trata de un audio repostaje en formato podcast que habla sobre el consumo de metanfetamina en chicos homosexuales durante sus prácticas sexuales en la capital mexicana. Dicho reportaje me ayudó mucho en la

investigación aunque siempre se me pidió tener en cuenta las diferencias entre un trabajo periodístico y una etnografía.

Ahora bien, continuando con la labor de contactar participantes, debo decir que Carlos no fue el único teziuteco que terminó integrándose a la investigación. Como había mencionado, la muerte de mi padre y la atención médica de mi madre me obligaban a viajar a mi ciudad natal y pasar unos días ahí de manera constante. De este modo, optaba por tener abierta la aplicación Grindr con la finalidad de contactar más colaboradores. Este fue el medio por el que conocí a dos chicos más: BP y Eduardo.

BP son las iniciales de un muchacho que contactó conmigo narrándome ciertas particularidades que llamaron mucho mi atención y entable una buena amistad con él. BP es un chico homosexual de piel morena, 28 años, corporalidad promedio y estatura media. Tiene una expresión masculina que hasta cierto punto ha sido infantilizada por su entorno familiar, limitando su agencia en espacios sociales y familiares. Vive con VIH, pero además se encuentra bajo tratamiento por depresión, ansiedad y esquizofrenia, condiciones que lo sitúan en una intersección crítica de salud mental, estigma serológico y exclusión estructural. Su historia incluye experiencias de trabajo sexual en la adolescencia, marcadas por vulnerabilidad y supervivencia.

Actualmente vive con su madre en un entorno urbano, sin empleo ni estudios profesionales, con ingresos escasos y dependencia económica. Su formación académica se detuvo en la preparatoria. BP maneja una notablemente alta actividad sexual, pero su vinculación afectiva parece más bien limitada, lo que parece revelar una suerte de tensión entre sus deseos y placeres sexuales, cierto aislamiento y al mismo tiempo una aparente búsqueda de reconocimiento que se reflejan sobre todo en sus constantes publicaciones en redes sociales. Su rostro podría ser descrito como poco agraciado por los estándares normativos y ha sido parte de una narrativa de exclusión estética que refuerza su invisibilización social.

Con BP después de terminar nuestras entrevistas seguimos en contacto en la actualidad y siguiéndonos en nuestras redes sociales. De este chico me llamó mucho la atención en particular su dinámica familiar: pareciera que la familia ha optado por sobre protegerlo y considerarlo a partir de sus diagnósticos serológicos y psiquiátricos, como alguien que no puede valerse por sí mismo.

Por otro lado Eduardo, el segundo chico que contacte a finales del 2022 en Teziutlán, parece ser la otra cara de la moneda de BP: un muchacho con mucha independencia que hace algunos años se fue con su entonces novio a Guadalajara, ahí vivieron juntos también en Puerto Vallarta, para luego terminar la relación, y Eduardo retornar a la capital jalisciense donde inició el sexo con consumo de cristal y se infectó de VIH. Pero además vivió sin tratamiento ARV durante un tiempo considerable para luego retornar a Teziutlán. Con

Eduardo optamos por encontrarnos algunas veces en el atrio de una de las iglesias teziutecas para las entrevistas.

El rostro de Eduardo es hasta cierto punto lindo e infantil, con un cuerpo esbelto y baja estatura. Su formación académica se limita a la preparatoria, pero ha ocupado cargos laborales importantes. Al momento de las entrevistas, Eduardo residía con su familia en un entorno urbano y de clase media-baja, marcada por una estructura no convencional: su madre es la pareja alterna de un médico de la ciudad y ella se dedica a la realización de banquetes. En ese 2022 Eduardo colaboraba en ese negocio familiar.

Con Carlos, BP y Eduardo muchas de las entrevistas fueron continuadas a distancia, dado que el primero de ellos cambió de domicilio en algunas ocasiones por motivos laborales y radicaba en otras ciudades. Con los otros dos chicos también fue necesario terminar nuestras pláticas online porque mis visitas a Teziutlán disminuyeron.

Dado que tenía ya cierta práctica con las entrevistas a distancia, decidí en el tercer año de la investigación solicitarle a Fabián – mi amigo que había colaborado en mi investigación de maestría- iniciar en esta modalidad, dado que se encontraba en Pachuca para ese entonces. Así que para marzo del 2023 comenzaron las entrevistas con Fabián.

Fabián es un varón homosexual menor de 30 años, de piel blanca, cuerpo rollizo y rostro atractivo a mi parecer. Es de estatura media-baja y una expresión ligeramente femenina. Considero que es un chico simpático, inteligente y elocuente cualidades que le han abierto oportunidades sociales y profesionales. Su formación en ingeniería y las oportunidades laborales le han permitido viajar por el país a pesar de sus problemas y tensiones sobre todo con su grupo familiar. Proviene de una familia numerosa de clase urbana popular, marcada por el divorcio de sus padres, el consumo de alcohol por parte del padre y el uso de cristal tanto por él como por uno de sus hermanos. Los conflictos familiares han dejado huellas afectivas en Fabián que considero logran convivir con su mente abierta y su mirada crítica hacia las condiciones que lo rodean.

Por otro lado, debo comentar que el uso de las aplicaciones digitales no se redujo a Grindr, Facebook o las plataformas para llamadas online. Con muchos de los chicos como Gustavo -un chico que labora en una aerolínea en la ciudad de México y cuyas experiencias se presentan en este texto- o Paco – un docente universitario también de la capital del país que con frecuencia se instala en la capital poblana- mantuve comunicación vía WhatsApp y aunque tuvimos entrevistas personales iniciales, las consecuentes fueron por esta aplicación dadas sus actividades laborales en la capital del país. Gustavo y Paco son dos de los varios chicos con los que mantuve una comunicación fluida pese a que no formaron parte de los entrevistados formales, dado que no tenían el perfil completo de los demás colaboradores.

Para Mayo del 2023, mientras seguía haciendo visitas etnográficas al CAPASITS Puebla, contactando gente para entrevistas y dando seguimiento a las ya existentes, continuaba a la par entregando avances redactados de la tesis. También había encontrado una estrategia para poder recordar los textos teóricos que se iban analizando en el seminario: los leía en voz alta mientras me grababa a mí mismo, luego pasaba 5 o 6 días escuchando la grabación mientras hacía el aseo de la casa o alguna otra actividad que me permitiera escuchar los audios. Y lo mismo hice con las asesorías que para ese entonces ya sucedían dos veces por semana, dado el poco avance que tenía sobre todo en el material redactado.

Poco a poco me di cuenta que esta técnica me ayudó a retener la información y poder discutirla en los espacios de seminario. Pero aún no podía sostener las discusiones que tenía con mi asesor en las asesorías. Sucedió entonces la primera conversación seria con mi asesor. No es que antes de ella hubiéramos llevado el proceso sin responsabilidad o formalidad, al contrario: como señalé anteriormente mantuvimos en todo el tiempo una dinámica activa de creación y revisión semanal o bi semanal de material investigativo. Mas bien en esta ocasión, la preocupación del asesor era que parecía que yo no tenía claro el rumbo de la investigación.

De manera emergente acudí al Doctor Méndez, mi ahora lector y antiguo tutor, quien sugirió enfocarme en la constitución del sujeto homosexual que vivía con VIH y hacía uso de cristal en el ejercicio de su sexualidad como objetivo de la investigación. Esta redirección es importante de narrar en esta introducción porque considero que no solo se trata de estrategias teórico metodológicas sino que también y de múltiples maneras afecta a la o el investigador y por ende la redacción del texto trabajado y la producción misma de conocimiento.

La propuesta de enfocarme ahora a la constitución de la subjetividad de los sujetos colaboradores fue bien recibida por los lectores de la tesis. Pero implicaba el fortalecimiento del bagaje teórico y metodológico. Hice algunas modificaciones a la estructura de las entrevistas, tratando de profundizar en el apego o adherencia al tratamiento ARV de los colaboradores. De esta manera las entrevistas estaban enfocadas y organizadas así: una primera entrevista general que me servía para conocer al sujeto y su historia. Luego nos enfocábamos en cómo sucedió el proceso de infección por VIH. Después en su adscripción al tratamiento y el apego y manejo del mismo. Posteriormente hablamos sobre cómo se inicia con el consumo de cristal o como Becker (2009) refiere, su *trayectoria de consumo*.

En este mismo rubro hablamos de cómo sucedió el ejercicio de su sexualidad incluyendo el reconocimiento de su orientación y procesos para la *salida del closet*. Para ese momento pensaba que la última batería de las entrevistas sería suficiente para poder hablar de las prácticas de consumo y sexo y como éstas constituían sus subjetividades. Así que continué con los procesos de observación etnográfica en el CAPASITS Puebla y con las entrevistas con los colaboradores existentes.

El tercer año de la investigación: meter el cuerpo.

Febrero del 2024 lo asumo como un referente de cambio en este proceso investigativo. En esas fechas decidí pasar una o dos semanas en Teziutlán. Tenía la idea de contactar con más gente para entrevistar, pero no tuve el éxito que yo esperaba como anteriormente. Dado que nadie respondió a mi perfil de Grindr, contacté con un chico a quien conocía desde el 2005. En ese entonces él estudiaba el bachillerato pero ahora era ya un hombre mayor. Me contó que vivía con VIH pero que también tenía comorbilidades: diabetes, úlceras gástricas y cáncer. El chico no era consumidor de cristal pero quizás su historia de vida pudiera ofrecer elementos importantes para la investigación. También en aquella ocasión lo acompañé a un bar y un club nocturno de Teziutlán, pues me había mencionado que sabía un poco de cómo se movía la venta de metanfetamina en la ciudad.

Sin embargo este fue el marco para una segunda plática seria con el asesor de la investigación. Palabras más palabras menos, él pensaba que la tesis no daba para más y que su límite parecía haberse establecido en la discusión en torno a la atención sanitaria, porque ya se había avanzado mucho y no existía material para sostener discusiones sobre el sexo con cristal y sobre todo del placer en estas prácticas sexuales.

Aquella discusión con el asesor fue para mí una suerte de parte aguas. Hubo algo ahí que me pareció doloroso. Pero no lograba identificar exactamente el motivo de mi enojo. No era un enfado contra el asesor que pudiera entenderse como *no entiende mi trabajo*. Tampoco era que yo no me había esforzado. Era algo más. Carla Reyes, mi compañera del doctorado me aconsejó una pausa. Una pausa no solo en el trabajo sino también en las entregas, en las asesorías, en las lecturas y hasta en los otros múltiples asuntos que llevaba equilibrando desde el inicio de este proceso investigativo que parecían ajenos pero que de alguna manera estaban articulados.

Y en este punto deseo profundamente enunciar el papel de Carla en mi vida. Nos conocimos en el 2018 al ingresar juntos a la maestría anteriormente referida. Y desde ese momento nos hemos acompañado, escuchado, sostenido, consolado, orientado y vivido. Carla y yo no solo somos amigos. El término amistad queda bastante corto. Si tuviera que escoger un término para definir o acercarme a la definición de nuestra relación ese sería el de *cuidado*. El cuidado como algo más complejo que el querer porque incluye todos los verbos antes citados pero además articula el reconocimiento y respeto de las posturas personales y públicas y el diálogo continuo. Carla y yo nos hemos cuidado en todos estos años y entre esos cuidados se ubican también los interminables diálogos sobre nuestros trabajos y sobre el trabajo antropológico en general y cómo estos se articulan en nuestras vidas.

Y enuncio esto porque Carla no solo me aconsejó buscar una pausa. Sino que también en una de nuestras muchas pláticas había y hemos hablado de lo que implica *poner*

el cuerpo en el trabajo antropológico. Y es que di en cuenta que ese algo que me hacía molestar, que me enfadaba de los comentarios de mi asesor, fue que yo sentía que hasta ese momento no había *puesto el cuerpo* en la investigación.

Una de las críticas que había recibido en el trabajo de maestría, en el sauna, fue que todos los chicos que colaboraron me habían parecido atractivos o agradables para mí. Es decir, el hecho de que me atrajeran físicamente había sido una de las razones por las cuales yo me había acercado para hablarles, aprovechando el capital erótico que en ese entonces yo tenía. Y las críticas iban dirigidas más que nada a que al escoger a chicos atractivos dejaba de lado el acercamiento a la sexualidad de los cuerpos que no son hegemónicamente atractivos: cuerpos gordos, racializados, rechazados por el capacitismo o por las lógicas higienistas. Y en aquella ocasión me quedé con la sensación de que me había faltado mucho *meter el cuerpo*, salir de ciertas zonas de *confort y comodidad etnográfica* en la que él o la investigadora se puede llegar a instalar y con ello perder ciertos registros del fenómeno que se escapan de sus manos.

Decidí entonces meter el cuerpo. Sabía que no estaba adentrándome de lleno en el sexo con metanfetamina. Las narrativas de los chicos habían sido muy valiosas pero no era lo mismo. Me hacía sentir esa falta del cuerpo dentro del campo. Me había detenido hasta ese momento por distintas razones. Las que más pesaban era mi exposición a la sustancia y a los sistemas de narcomenudeo, pero sobre todo el temor a que eso no ayudaría al proceso de mi amigo Pancho para recuperarse de un *consumo problemático a la misma sustancia*.

Yo sabía desde hace tiempo de un motel donde el sexo con cristal era una actividad importante. Una zona de compra venta y consumo de cristal y otras sustancias. Y sabía también que el temor de verme cerca de una zona de narcomenudeo me detenía. Pero la confrontación con el asesor me pareció la clave para saber que era el momento de meter el cuerpo en ese espacio que había evitado hasta ese entonces y que me mantenía al margen de entrar de lleno en la sexualidad con cristal.

También pensaba en que muchos de los chicos que colaboraban hasta ese momento, decían tener un consumo que no les representaba problema alguno. Ninguno de ellos había manifestado hasta ese momento que hubiera tenido que recurrir a tratamientos de rehabilitación en internamiento o en el exterior. Así que también me preguntaba qué pasaba en los casos donde el consumo fuera excesivo y el único que tenía hasta ese momento tales características, era el de mi propio amigo.

No obstante y casi por una coincidencia, en marzo del 2024 me contactó Mauricio, por medio de Grindr. Mauricio es un varón homosexual de 46 años, moreno claro, de estatura media y cuerpo promedio. Tiene barba y cabello negro que a mi parecer enmarcan un rostro que no se ajusta del todo a los cánones convencionales de belleza sobre todo para la comunidad de varones gais, pero cuenta con una masculinidad sobria, que a vista de muchos resulta un factor atractivo.

Mau vive con VIH pero también con diabetes desde hace unos años, y recientemente a nuestras pláticas había sido diagnosticado con un posible cáncer de páncreas, lo que sitúa a su experiencia con mucha particularidad. Pero sobre todo lo que más me interesó de su caso, fue el fuerte consumo de cristal que mantenía pese a sus condiciones de salud. Mauricio reside solo en una unidad habitacional al sur de la ciudad, sostenido por sus ahorros y el apoyo económico de su padre. Su trayectoria profesional incluye experiencia en empresas privadas y en el ámbito público, respaldada por estudios universitarios, pero al momento de las entrevistas se encontraba desempleado. Su vida sexual es bastante activa, y tiene una afición por las prendas leather y de lycra. Las pláticas que tuve con Mau siempre sucedieron en medio de las nubes blanquecinas de la metanfetamina que fumaba constantemente. En las entrevistas que tuvimos, solía fumar cristal sin preocupación.

Y en ese mismo mes de marzo del 2024, decidí contactar con un chico que era un visitante frecuente del motel ya mencionado donde circulaba el cristal: el motel Del mar . Uno de mis amigos me había pasado su contacto pero lo había postergado hasta ese momento que consideré necesario meter el cuerpo. Y vaya que el contacto con el chico fue clave para mi acceso al motel. Ahí fue donde platicué con Víctor, el último, chico colaborador que se integró al trabajo. Víctor es un varón homosexual de 45 años, moreno, de rostro que considero atractivo, cuerpo delgado y estatura baja. Tiene voz grave y expresión masculina que parecen permitirle habitar espacios con una presencia que llama la atención por su facilidad de palabra y simpatía, sobre todo por su mirada analítica y su experiencia de vida. Vive con VIH y ha atravesado episodios de consumo de cristal, iniciados tras la muerte de su padre y su entonces pareja durante la pandemia de COVID-19, lo que convirtió el duelo en una puerta hacia la vulnerabilidad y la exposición. Víctor proviene de una familia numerosa de clase media en un entorno urbano. Aunque vive solo, frecuenta el domicilio de su madre, manteniendo una relación sostenida por el cuidado mutuo. Cuenta con formación universitaria y es propietario de un pequeño restaurante en una ciudad turística cercana a la capital poblana.

Las entrevistas con Víctor se llevaron a cabo en el propio motel. Generalmente eran los lunes por mañana, luego de sus jornadas de sexo con cristal. En el cuerpo del texto narro con más detalle mis estancias en el establecimiento pero por ahora considero oportuno mencionar que las diversas actividades a las que acudí al motel me permitieron moverme a través de distintos horarios y estancias prolongadas diurnas y nocturnas. Algunas veces llegaba a tempranas horas para hablar con Víctor y otras pasaba la noche dentro del establecimiento.

Y a raíz de mis encuentros con Víctor, me animé también a adentrarme más en las dinámicas del motel: conocí a uno de los dealers o vendedores del cristal y otras sustancias en el establecimiento y estuve presente en una *orgia a pelo*. Estas acciones me hicieron

agregar una batería más a la tanda de entrevistas: preguntas relativas al placer experimentado en las prácticas sexuales de los colaboradores.

Meter el cuerpo significó para mí un cambio incluso en mi sentir hacia la investigación. A la par, inicié las entrevistas formales con Pancho mi amigo. Pero en esos días su consumo de cristal era muy alto. A esas alturas yo podía leer las reacciones y facciones corporales que me decían que la sustancia circulaba en su organismo. Pero no solo era su forma de hablar o su actitud, sino que también presentaba cuadros de depresión, ataques de ansiedad y pánico y horribles alucinaciones que tenían que ver con cadáveres y seres amorfos y bestiales. Pancho es un hombre homosexual de 50 años, moreno, alto y corpulento, con un rostro atractivo y cuerpo musculoso marcado por tatuajes y perforaciones. Su expresión masculina le ha permitido cierta aceptación en entornos laborales y sociales, aunque su historia personal revela capas de exclusión y violencia. Vive con VIH desde 2008 y consume cristal desde 2020, lo que ha afectado su salud, sus vínculos y sus oportunidades laborales, especialmente en un contexto urbano periférico con precariedad. Se dedica al estilismo y la barbería, oficios que le permiten sostener su casa en las afueras de la capital poblana y la crianza de una manada de perritos rescatados de la calle, actividad que comparto con él.

Durante todo el proceso de investigación fue difícil leer e investigar acerca de tendencias que rechazan el prohibicionismo en el consumo de drogas así como el internamiento forzado para rehabilitación por esta causa, cuando en casa un ser querido se hunde poco a poco en el consumo. Para ese entonces ya habíamos probado con tratamientos psicológicos, psiquiátricos y hasta mágicos. En abril del 2024 Pancho me solicitó ser internado. Las entrevistas quedaron cortadas e ingresó a una clínica de rehabilitación. Durante ese doloroso y cansado proceso, me apoyaba de Carla para pensar cuál era el papel y cómo vivían los familiares los procesos de internamiento por consumo de sustancias.

Aunque no era un objetivo de la investigación, en muchos momentos el tema del cuidado y sostén familiar salía a flote. Ese fue uno de los comentarios que se hizo a mi trabajo durante los últimos semestres, durante las sesiones del seminario donde se había optado por leernos mutuamente como un ejercicio de compartir y reflexionar sobre nuestros trabajos.

En estos espacios alguien había comentado el papel de los seres queridos de los colaboradores tanto para su diagnóstico VIH como por los tratamientos relativos al consumo de cristal. Hablar de ello me estrujaba el corazón. Como familiar de Pancho, una persona en internamiento, resultaba duro pensar y reconocer los sistemas de apoyos existentes en las narrativas de los chicos colaboradores, y sostener además el interés por el papel del placer en estas experiencias sexuales.

Tales sesiones del seminario resultaron ser más trascendentes para mi trabajo de lo que yo esperaba. Que de hecho esperaba muy poco de ello. Tres veces se leyó mi texto en

este ejercicio y aunque la primera fue bastante tediosa y hasta odiosa, me toca reconocer que las aportaciones que se hicieron le dieron un rubro a mi forma de redactar y presentar la investigación que me parece ahora muy disfrutable. En un momento determinado, tras analizar el capítulo primero en donde realizó un recorrido de la pandemia del VIH/sida, las observaciones emergentes encaminaron a proponer una escritura en primera persona.

Las reflexiones de Mary Luz Esteban (2004) en torno a la auto etnografía y la antropología encarnada dieron la pauta necesaria para que el texto tuviera una redacción sentida. Esteban considera que por medio de la antropología encarnada es posible dar cuenta de la experiencia corporal propia dando cuenta al mismo tiempo de los fenómenos culturales y estructurales. Además este enfoque permite dar cuenta del registro político de la vida cotidiana del o la investigadora, y de cuestionar la ficción del orden y control de la investigación antropológica hegemónica que desde la moral determina qué es lo que se puede y no se puede contar en el registro etnográfico. A lo largo de este texto, agradezco y utilizo este enfoque y debo reconocer lo satisfactorio que fue.

Pero además de ello y esto sucedió ya casi al final del proceso de redacción y ordenamientos de los datos etnográficos, en el último año del doctorado, acercarme al texto de Guillermo Correa *locas de pueblo: maricas mayores en los pueblos de Antioquia* (2022) otorgó otra herramienta más que mucho fue de mi agrado. En el prólogo de este texto se narra que una de sus particularidades y aportes radica en que no toma las grandes teorías para ubicar ejemplos de las mismas en el campo. Mas bien, lo que propone es un diálogo entre unas y las otras como un ejercicio para romper con la verticalidad epistémica. Golpea con ello no solo las tendencias hegemónicas teóricas y descentraliza la generación de aportes epistémicos. Logra algo que me pareció fascinante y que yo no había logrado: las narrativas del campo no son ejemplos de la teoría, sino diálogos que pueden sostenerse con las teorías de los grandes autores y autoras, puesto que son igual de valiosos, poderosos y productivos que las reflexiones canónicas.

El planteamiento del problema, la pregunta general y el objetivo de la investigación

De esta manera y después de todas las desavenencias expuestas, la propuesta terminó abrazando el siguiente planteamiento del problema:

Aunque el consumo de metanfetamina inició su auge después del 2013 en nuestro país, diversas asociaciones e instituciones de gobierno sanitarias, como la clínica CONDESA en la Ciudad de México, han coincidido en que fue durante la pandemia del COVID19 que se registró un alza en los casos de uso de cristal por parte de integrantes de la comunidad de varones homosexuales, consumo que se realiza mayoritariamente durante el ejercicio de su sexualidad. Algunos de estos casos son varones que viven bajo tratamiento

ARV por vivir con VIH, situación que ha derivado en la toma de ciertas acciones como la instauración de un área de psiquiatría en espacios como CAPASITS Puebla para manejar los casos detectados.

Aun cuando algunas y algunos de los representantes de tales instancias sanitarias lo han señalado como una *problemática de salud*, este fenómeno lejos de constituir un asunto adictivo individual se inscribe en una red compleja de afectos, placeres, resistencias y vulnerabilidades que desafían los marcos normativos de la salud pública y la sexualidad.

En ese sentido esta investigación parte del reconocimiento de que estas prácticas sexuales con uso de metanfetamina o cristal no pueden ser comprendidas únicamente desde ópticas biomédicas o conductuales, sino que requieren ser interrogadas como formas de producción social de subjetividad, corporalidad, deseo y placer.

La literatura existente que fue revisada para esta investigación, tiende a patologizar estas experiencias reduciéndolas a riesgos clínicos o incluso déficits morales, sin atender muchas de las veces a las condiciones estructurales, de determinación social y afectivas que las sostienen. En particular, se observa una escasa problematización de cómo el consumo de cristal en contextos sexuales interfiere o no con la adherencia al tratamiento ARV y la forma en que ambos aspectos interactúan.

Este vacío teórico y hasta político se agrava por la exclusión de las voces de los propios sujetos inmersos en esta problemática, en los espacios de atención institucional y en la formulación de políticas de salud públicas. Mas bien, los sujetos suelen ser objeto de estigmatización no solo por parte del personal sanitario, sino también dentro de la misma comunidad de pares, lo que refuerza dinámicas de exclusión, silenciamiento y auto estigma.

Además de ello la falta de mecanismos de intervención sensibles a la experiencia vivida, así como la ausencia de marcos analíticos que reconozcan la dimensión performativa, relacional y política del placer sexual metanfetamínico, configuran un escenario urgente que demanda ser abordado desde una mirada situada y comprometida. Por tanto, en esta investigación se busca contribuir a la construcción de saberes que no reproduzcan la lógica biopolítica y de control corporal, sino que habiliten formas más cercanas y afectivas de pensar la sexualidad, el consumo de metanfetamina y los tratamientos para VIH.

Bajo este planteamiento el objetivo general de la investigación se centra en reflexionar y analizar en torno a las prácticas sexuales con metanfetamina o cristal entre varones homosexuales que viven con VIH y se encuentran bajo tratamiento antirretroviral, con el fin de visibilizar las tensiones y ubicar las interacciones entre placer sexual y cuidado de la salud, así como problematizar los discursos biomédicos e institucionales que configuran la experiencia de estos sujetos en contextos de estigmatización y desatención.

Y de la misma forma, la pregunta de investigación general se plantea de la siguiente manera: *¿Cómo interactúan el seguimiento de los tratamientos antirretrovirales para VIH, la práctica del uso de la metanfetamina y el ejercicio de la sexualidad en la experiencia de los colaboradores, quienes se identifican como varones homosexuales?*

Así, a lo largo de esta tesis expongo y desarrollo en un primer capítulo, un relato en primera persona de la pandemia del VIH/sida que recorre poco más de 40 años y que se cruza con elementos macroestructurales y políticas públicas sanitarias.

En el segundo capítulo presento detalladamente a cada uno de los colaboradores de este trabajo. Intento seguir con la narrativa auto etnográfica ahora entrelazando sus historias y hago el esfuerzo porque sus presentaciones se den como en una novela, cuando los distintos personajes van apareciendo en la narración. Los protagonistas no solo se van presentando sino que también dan cuenta de sus procesos de inicio de consumo de cristal y la infección por VIH así como su adscripción a los tratamientos ARV.

El tercer capítulo se centra en la forma en que los colaboradores llevan sus tratamientos antirretrovirales en el CAPASITS Puebla y articulan a ellos su consumo de cristal en sus prácticas sexuales, un ejercicio de la sexualidad particularizado por la presencia del virus referido. Ello me permite dialogar con diversos autores para reflexionar sobre la adherencia y el concepto Foucaultiano de la gubernamentalidad.

El último capítulo se enfoca al placer sexual metanfetamínico. En este hago un recorrido sobre las jornadas de sexo con cristal, las rutas que los colaboradores realizan, las estrategias, técnicas y tecnologías para el consumo del cristal en el sexo y el papel que el placer juega en sus narrativas. Mi objetivo de este último apartado es proponer al placer metanfetamínico como una categoría de análisis y cuáles son las implicaciones que ello conlleva.

Para finalizar esta introducción y con ello dar paso al cuerpo de la investigación, debo decir que esta tesis se ha escrito bajo infinidad de versiones completas y parciales. En varias ocasiones, a manera de broma, mi asesor me recuerda que él tiene digitalmente guardadas cada una de las versiones de este texto, enviadas de manera semanal durante los 4 años del doctorado. Yo suelo reírme y pienso para mí, que bien podría deshacerse de ellas. Pero al final cada una de tales versiones representa una suerte de peldaño en una escalera que me trajo desde hace años a este punto. Y seguramente, si el tiempo y las circunstancias lo permiten, esta última versión de tesis doctoral será otro peldaño más que me llevará a otro lugar. A fin de cuentas, como señala Geertz (1973), ningún trabajo antropológico surge de la nada, sino que más bien parte de trabajos y reflexiones etnográficas ya existentes para poder analizar los discursos sociales sea con mayor profundidad o nuevas perspectivas.

Capítulo 1

La pandemia del VIH/sida en primera persona

Introducción al capítulo uno: 1981, el inicio de una pandemia que nos ha acompañado a una generación

Nací en febrero de 1979. Dos años antes de la aparición de los primeros casos oficiales de VIH/sida en los Estados Unidos y 4 años antes de los primeros diagnósticos positivos a este padecimiento en México. Esto quiere decir que pertenezco a una generación que creció junto con la pandemia, que ésta estuvo presente no solo en el desarrollo y ejercicio sexual de dicha generación, sino también como una presencia constante en la vida. Nací y crecí en Teziutlán, una antigua y pequeña localidad del estado de Puebla, en México. Pero por muy chico y apartado que haya sido el lugar de origen, el impacto de la pandemia del VIH/sida fue tal, que tuvo repercusiones variadas en las vivencias de todo tipo de poblaciones. Sobre todo al considerar que ese impacto sucede de manera particular si se trata de vivencias no heterosexuales, como en mi caso.

Hoy en día se sabe que el VIH es una infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana que ataca el sistema inmunitario. También se conoce que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es “la fase más avanzada de la infección” (OMS, 2023) y puede ser mortal. El virus causante “ataca a los glóbulos blancos (...) y esto hace que sea más fácil contraer enfermedades como la tuberculosis, otras infecciones y algunos tipos de cáncer.” (OMS, 2023). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH /sida (ONUSIDA), estima que al menos 40 millones de personas en el mundo vivimos con el virus y alrededor de 670 000 murieron de enfermedades relacionadas con este padecimiento durante el 2022 (UNAIDS, 2024).

La información -y control- acerca del VIH/sida con que se cuenta en la actualidad es basta, pero evidentemente no siempre fue así. Muchos autores y autoras como Prieto (2006), señalan que debido a que los primeros casos ocurrieron entre la población de sujetos que se identificaban como homosexuales, a esta pandemia no se le dio la centralidad que posteriormente la caracterizaría. Fue necesario que se entendieran precisamente las condiciones pandémicas del padecimiento, es decir la expansión y presencia de un gran número de casos dentro y fuera del primer grupo identificado como mayormente afectado, la comunidad homosexual, para que fuera aplicada una serie de esfuerzos bajo el argumento de la protección y el resguardo de la vida en el resto de las poblaciones.

Se crearon entonces organismos internacionales que fueron responsables del manejo de la pandemia. Para 1982 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lideraba las estrategias de combate frente al VIH/sida (Pisani, 2008pp. 21-22). En ese marco institucional, durante ese mismo año la enfermedad ya había sido denominada como Síndrome de Inmundo Deficiencia Adquirida (Carrillo y Villegas, 2004) una vez conociendo que el padecimiento debilitaba el sistema inmunitario, aunque fue hasta 1983 que Montagnier identificó por

primera vez el virus causante, en Francia³ y un año más tarde (1984) Gallo confirmó el mismo descubrimiento en los Estados Unidos⁴.

Fue en el año de 1983 que sucedieron los primeros casos oficiales registrados en México. En algunos países como el nuestro, ante la llegada de la pandemia del VIH/sida se tuvo como base una profunda desigualdad social que permeó mayormente a las poblaciones que se encontraban en condiciones de pobreza. Angélica Ospina (2022) señala que precisamente estas condiciones previas agravaron necesidades que eran (y son) básicas ante una pandemia: el contar con información clara y con sustento científico, otorgar acompañamiento a personas diagnosticadas con el virus o padeciendo del síndrome y una asistencia médica digna y de calidad. A su vez este escenario hizo más evidente aspectos ya existentes en nuestro país como la discriminación, lo deficiente del sistema sanitario mexicano y la limitada concepción sobre el derecho a la salud que tenemos las poblaciones (p. 208).

Además la llegada de la pandemia del VIH/sida también puso de manifiesto el papel que la sexualidad homoerótica ocupaba en la sociedad mexicana. En localidades como en la que nací y crecí, para esos años era un tema del que poco o nada se hablaba. Mi madre y algunos familiares que eran adultos en ese entonces, refieren que la sexualidad entre varones estaba completamente invisibilizada y si acaso referenciada solo por uno o dos personajes en la localidad, que eran tachados de *maricones* por ser “afeminados”. Se rumoraba con burla que secretamente estos varones gustaban de vestirse como mujer y *aprovecharse* de hombres ebrios en cantinas de ciudades veracruzanas cercanas a Teziutlán como Martínez de la Torre o Tlapacoyan. Si acaso hubiese este tipo de encuentros en la ciudad, sucedían en la completa privacidad y secreto y tales prácticas sexuales eran consideradas como exclusivas de las grandes urbes, como la capital del país y el estado.

Los referentes del homoerotismo en la localidad provenían más bien de algunas películas para adultos que llegaron a tocar el tema y que eran proyectadas en horarios nocturnos en la televisión o bien expuestas en el cine *Variedades*⁵, por lo que el tema del VIH/sida se significó como algo completamente ajeno y exclusivo de ciertos grupos sociales de las grandes ciudades. Tal concepción se reforzó con una de las características que se tuvo en México: un crecimiento inicialmente lento de casos de VIH/sida, en comparación con

³ La identificación del agente causante desde un registro molecular ocurre en el contexto en el cual Rose (2013) ubica un cambio de paradigma en la producción de conocimientos científicos biomédicos que denomina como *biopolítica molecular* y que cambia la manera de entender los procesos de salud/enfermedad, la biología y la vida misma. Para el autor, los descubrimientos biotecnológicos han tenido un giro en cuanto paradigmas científicos dejando atrás una lógica molar, es decir, el entender las funciones vitales y a la vida misma a partir de sistemas complejos y relacionados (aparatos digestivo, circulatorio, nervioso, etc.) para enfocarse en aspectos mucho más minúsculos como las células, las conexiones neuronales, las bacterias, los genes, los virus, etcétera.

⁴ Aunque esto generó una disputa por el descubrimiento del virus, actualmente se reconoce a ambos tal hallazgo.

⁵ Un edificio de 1880, que había sido un célebre teatro, luego una arena de box, un salón para bailes de gala, y por ultimo un cine. Pero que para la década de 1980 estaba prácticamente en ruinas Fue reinaugurado como teatro en el 2006 con la intervención de gobiernos municipales y estatales y es actualmente una joya arquitectónica de Teziutlán.

otras regiones del mundo (Magis, et al, 2000, p,15). Magis y Parrini (2003) en su texto *Nuestra epidemia. El SIDA en México 1983-2002*, refieren que para septiembre de ese año (1983) estaban documentados solo 14 pacientes. La entidad poblana por su parte tuvo un primer caso en 1984, siendo el único registrado en ese año según el Programa Epidemiológico VIH Puebla (2022).

Por ello, en un inicio en el territorio mexicano se habló que era una enfermedad propia de varones homosexuales urbanos que tenían capacidad económica para viajar fuera del país. Esto restó importancia a la propagación del virus en poblaciones rurales o localidades pequeñas como en la que nací y crecí, pero también entre varones no homosexuales, en poblaciones femeninas, en usuarios y usuarias de sustancias psicoactivas y en donadoras y donadores profesionales de sangre, actividad que antes de la pandemia representó una fuente de ingresos importante para sectores populares (COLMEX, 2020). Por tanto, el gobierno mexicano de ese entonces, estando en la presidencia de la república Miguel de la Madrid, consideró que la pandemia solo afectaría a ciertos sectores de la población a los cuales muchas autoridades y grupos sociales hegemónicos no estaban interesados en salvaguardar:

homosexuales, trabajadoras y trabajadores sexuales, consumidoras y consumidores de drogas, donadoras y donadores de sangre. Se trataban de *estilos de vida* despreciados y mal vistos socialmente, por lo que incluso el VIH/sida llegó a ser considerado una suerte de *castigo* por su comportamiento.⁶ La visión más ampliamente compartida fue estigmatizar la enfermedad como algo propio de estas poblaciones.



Imagen 1.1.El cine Variedades en Teziutlán en la década de 1980

Aunque esto no fue algo exclusivo de México. Alrededor de 1984 se manejó en los Estados Unidos lo que se fue conocido como el grupo de las 4 H's. Tal denominación oficial hacía referencia a las poblaciones que se habían identificado para ese entonces como mayormente afectadas: *homosexuales, haitianos, hemofílicos y heroinómanos*. Esta clasificación funcionó como un intento para darle *un rostro* a la pandemia. De los cuatro grupos

⁶ Aunque cabe señalar que pese a la indiferencia del gobierno federal algunas dependencias sanitarias se mostraron interesadas y preocupadas por el desarrollo de la pandemia. Por ejemplo, en ese mismo año de 1983, "médicos del Instituto Nacional de Nutrición identificaron el efecto del Síndrome sobre las células T4, y enviaron un artículo a dos de las más importantes revistas médicas de ese momento sin que fuera publicado. Dos años más tarde fue aceptado por una revista norteamericana, pero ya en 1984 otro equipo había publicado el primer artículo sobre el tema". (Magis y Parrini, 2003,p.1)

identificados, los homosexuales -y en menor medida las y los usuarios de drogas inyectadas- representaron los cuerpos que encarnaban y propagaban la enfermedad. Cuerpos y prácticas de las cuales la gente se tenía que mantener alejada para no estar expuesta a la infección.

Volviendo a nuestro país, también la población homosexual fue la que más cargó con el estigma del VIH/sida. Esto porque, aunque el número de casos registrados en México era bajo, la presencia simbólica de la enfermedad fue creciendo e instalándose en la sociedad mexicana. Poco a poco el virus y el padecimiento tomó un lugar en las vivencias y dinámicas sociales, en gran medida derivada de mitos, prejuicios y desinformación. Tales posturas estigmatizantes provinieron de ideologías neoconservadoras que se difundieron en medios masivos como películas, programas de televisión, revistas, etcétera. Dichas ideologías aprovecharon la pandemia para atacar la llamada *liberación sexual*, que a groso modo podría enunciarse como una corriente de pensamiento social y político que sobre todo en los años 60 y 70 del siglo XX, desafiaba los códigos tradicionales de la sexualidad en occidente, y que había entendido a la sexualidad entre varones como una expresión más de placer. Pero la pandemia del VIH/sida fue aprovechada para retomar prejuicios y odio hacia personas homosexuales, considerándolas *culpables* de la enfermedad.

Estos prejuicios y odio que circulaban en torno a la homosexualidad y que vinculaban al VIH/sida con la orientación homosexual se fueron encarnando en las vivencias de las poblaciones en el país y el mundo, es decir, en las subjetividad y cotidianeidad de las poblaciones. En ese sentido, recuerdo que sería alrededor de 1985 cuando en alguna ocasión mostraba mis dibujos hechos en una libreta frente a mi hermano y uno de mis primos. En mi familia se pensaba que mi habilidad para dibujar era bastante buena para mi edad, por lo que era común me pidieran mostrarles mis *dibujitos*. Ambos, mi hermano y mi primo tienen alrededor de 5 años más que yo, por lo que enseñarles mis trabajos era una especie de búsqueda de aprobación. De hecho, había sido una sugerencia de mi hermano, quien a veces presumía con *orgullo de hermano mayor*, lo que yo hacía. En uno de mis dibujos se mostraba una pareja de novios en la iglesia a punto de casarse. Sin embargo, mi primo, al ver el dibujo, hizo un comentario que dejó una huella importante en mi memoria. Señalando al dibujo del novio expresó: *ay si, mana... el novio parece Juan Gabriel pasado por sida*.

Mi hermano se quedó callado igual que yo. El comentario de mi primo parecía poner en evidencia varias cosas. Una de ellas fue que, en su opinión, yo no era lo suficientemente bueno en el dibujo porque había hecho un muñeco varón que parecía *joto*⁷. Por otro lado, su crítica a la imagen dibujada de alguna manera ponía en evidencia un secreto mío, del cual mi hermano – y mi hermana y mi mamá- conocían muy bien: no solo me gustaba dibujar

⁷ Seguramente sí lucía bastante “afeminado”, porque yo siempre he preferido dibujar más figuras femeninas que masculinas, por lo que mis trazos debieron darle mucha feminidad al muñeco. El criterio para considerarlo un mal dibujo estaba más bien relacionado con mi aparente imposibilidad de replicar la masculinidad en el trazo de un cuerpo de hombre. ¿Se trató de un mal dibujo solo porque no era uno masculinizado, sino femenino?

muñecas, también me encantaba jugar con ellas. Y tenía muchas, escondidas por varias partes de la casa. Ya desde ese entonces era constantemente reprendido por ser “afeminado”, por no practicar deportes y no jugar de manera ruda, por hablar con un tono de voz *chiqueona*: desde pequeño fui señalado como *maricón*. Y aparentemente ya a esa edad yo había entendido bastante bien que eso era algo que tenía que mantenerse como un secreto y del cual debería avergonzarme. Por eso lo dicho por mi primo de alguna manera parecía sacar a la luz ese oscuro secreto.

Pero lo que más recuerdo fue la forma en que las palabras de mi primo relacionaron a *Juan Gabriel*, el personaje del espectáculo mexicano de ese entonces que frecuentemente fue señalado como *joto*, con el VIH/sida.

En ese entonces parecía bastante claro que ser homosexual era sinónimo de padecer tal enfermedad. Y esta idea prejuiciosa parecía estar bastante enraizada en las poblaciones. La expresión *pasado por sida* resultaba un ejemplo de cómo estaba unificada la orientación homosexual con el padecimiento a manera de *destino inevitable*. Esta idea de ser algo *inherente* a la homosexualidad, no solo generaba la ilusión de un destino inesquivable, sino también lo contrario: si no se pertenecía a esta población, o si se evitaba el mínimo contacto con algún *joto*, no había que preocuparse por infectarse⁸. Pero si alguien se reconocía a sí misma o mismo desde esta orientación sexual, aun siendo un niño, se vinculaba inmediatamente al padecimiento. Y a la vez esto tenía como efecto la necesidad de mantener los deseos y la identidad homosexual en secreto, porque no solo se le tacharía de *joto*, sino también de *sidoso*.

En esos años (1985) en mi localidad se reconocía públicamente a una persona como maricón: a *la Güiicha*. José Luís fue un varón, unos 15 años mayor que yo, que trabajó en una de las dos radiodifusoras del municipio como secretario. Siempre vestía elegantemente: zapatos de hombre, pero con tacón alto, pantalones de vestir bien planchados, camisas o blusas combinadas en colores. Como Teziutlán de una ciudad con temperaturas muy bajas casi todo el año, *la Güiicha* lucía frecuentemente elegantes abrigos de paño de mujer, o suéteres echados al hombro, con grandes hombreras y muchos estoperoles dorados, cuentas brillosas y cadenas, parecidos a los atuendos de las artistas y presentadoras de televisión de esa época. Con su cabello ondulado y abultado al frente y corto y su bolso de cadena, bajaba con mucho garbo, moviéndose muy femenino por la calle principal a su trabajo. Por supuesto la gente lo veía con desprecio o morbo. Ya sea que le chiflaran con burla o bien, hacían ademanes de sacudirse si pasaban junto a él, diciendo *no se me vaya a pegar el sida o lo joto*.

Este miedo prejuicioso sobre los medios a través de los cuales el VIH/sida -y lo *joto*- se *podría pegar*, circulaba también en torno a otras circunstancias. Habrá que recordar que otra importante característica que se presentó en México fue que desde los primeros casos diagnosticados, algunos estuvieron vinculados a las transfusiones sanguíneas (Valdespino J.

⁸ Lo cual propició el descuido y la propagación del virus en diversas poblaciones además de la homosexual.

et al, 1995, p:581). El terremoto de 1985 en la zona centro de la nación puso el tema sobre la mesa cuando se requirió de múltiples transfusiones hemáticas para las víctimas del sismo. La carencia de regulación en el comercio y trasfusión sanguínea de ese entonces habilitó que la atención emergente por la catástrofe natural fuera también un campo de propagación del virus. Así el estado mexicano modificó la Ley General de Salud prohibiendo la venta de sangre, lo cual resultó ser un mecanismo para la categorización de los denominados *grupos de riesgo* en el país, mediante la implementación de procesos regulatorios en torno a la donación de sangre. Como se mencionó ya con anterioridad, el comercio hemático era una actividad económica importante en las clases populares, hasta antes de la pandemia. Muchos casos positivos sucedieron en estos sectores de comercio informal. Pero lejos de ser atendidos, estas víctimas también fueron rechazadas y discriminadas por ser portadores del virus. Así que estas modificaciones a la ley tuvo efectos en cuanto a la generación de significados sociales más discriminatorios y excluyentes para los ya diagnosticados con VIH/sida. Aunque no todos los casos eran tratados de la misma manera, las modificaciones en las leyes de salud si permitieron incrementar la discriminación.

Por ejemplo, Teutle (2010) citando a Dolores (1989) señala que “la regulación de la sangre (1986) la prohibición de su comercio (1987) y finalmente la norma técnica que impide donar a *homosexuales, bisexuales, prostitutas y farmacodependientes* (1988)” dio forma a las poblaciones sobre las cuales se ejercería un control a manera de estrategia preventiva:

Parte de la prevención del sida fue combatir a las *poblaciones de alto riesgo*, tildarlos de *sidosos* y controlar sus acciones a través del control de sus cuerpos. Un supuesto *control de su crecimiento*. Por ejemplo, la prohibición del travestismo o bien negar sus donaciones y su sangre que se dieron en otros estados como las medidas de control del sida. (Teutle, 2010, p. 23-24).

Así que además de temerle a *los jotos* porque podrían *pegar* el sida, también existió la circulación del miedo por infectarse del virus a través del contacto con *sangre contaminada* - como Del Río (1995) documenta que era enunciada- aunque dicho temor no se limitó a los procesos de transfusión sanguínea. También circuló en prácticas donde hubiese contacto con la sangre de una posible persona infectada a través de una herida o mediante alguna intervención quirúrgica, curación o inyección. Así mismo se sumaron aquellas prácticas de la vida cotidiana en donde se hacía uso de objetos punzo cortantes compartidos como agujas, navajas, cortaúñas, cuchillos, etcétera. Recuerdo que, en una ocasión por esos años, mi papá llegó a casa un poco tomado y alterado, diciendo que en la cantina se acaba de comentar el caso de *alguien* que se había *enfermado de sida* en una peluquería. A mi hermano y a mí nos

trajo entonces un par de navajas de afeitar, las cuales deberíamos llevar cada vez que nos cortaran el pelo, *no fueran que se nos pegara el sida*.⁹

Y es que la información que circulaba a manera de prevención, o bien no tenía un sustento científico y se mezclaba con mitos y prejuicios, o era información que llegaba distorsionada o limitada a nuestro país, o era información científica que hoy se sabe, era errónea. Durante la primera mitad de los 80 se creía que la transmisión del VIH/sida podía darse por medio de besos, compartir artefactos como los cepillos de dientes o los platos y cubiertos, pues se pensaba que el virus podría transmitirse también por medio de fluidos como la saliva, las lágrimas o el sudor – información que aún perdura en la actualidad en determinados contextos-. Por lo que muchas *acciones preventivas* que la gente realizaba se basaron en esa información.

Y no se limitó a los contextos cotidianos, sino que también tal información existía en espacios de atención clínica a personas ya diagnosticadas, quienes eran atendidas en hospitales de segundo nivel, es decir, aquellos que contaban con especialidades médicas pertinentes. En Puebla, para 1986 se tenían registrados solo 24 casos, los cuales se atendieron en el Hospital General del Estado.

En ese sentido las poblaciones que ya vivían con el virus no solo padecían el estigma y rechazo social, sino que esto se reflejó en la atención clínica. García (2022) señala la existencia de una normativa *moral heterosexual conservadora* que habilitó que las poblaciones diagnosticadas y sus familiares fueran rechazados en los centros de salud y hospitales, donde se les negó la atención institucional argumentando un supuesto riesgo de contagio (p.28). La atención en los servicios sanitarios se hizo cada vez más intolerante para las primeras personas diagnosticadas con VIH/sida. Muchos de ellas no fueron recibidos en las salas de urgencias, negándoseles servicios como el de ambulancia para trasladarlos a los hospitales e incluso no se les permitió el uso de las camillas. Se llegó a dar el caso de que el personal de los nosocomios amenazara con huelgas para evitar el contacto con los pacientes diagnosticados. Este contexto motivó a que familiares y amistades de algunas y algunos pacientes formaron grupos junto con profesionales de la salud que se habían mostrado preocupados por esta situación y la falta de empatía hacia quienes presentaban sida (García, 2022, p.29). Por supuesto, hubo otras familias que no solo abandonaron a los pacientes, sino

⁹ En ese sentido otra de las poblaciones que fueron punto de interés en la expansión del VIH/sida en México fueron los sectores usuarios de sustancias psicoactivas inyectadas. Aunque algunas y algunos investigadores como Ospina señalan que éste sector no se vinculó con las demás poblaciones dentro de las políticas de intervención estatal, porque una de las aparentes dificultades que impidieron tal abordaje integral, fue la dificultad para catalogarlos de manera clara dentro de los denominados *grupos de riesgo*. Lauritsen documenta cómo en las estadísticas sobre VIH/sida de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, desde el inicio de la pandemia hubo problemas metodológicos, como el uso del *cruce de variables*, que imposibilitaron la obtención de cifras reales. Por ejemplo, varones homosexuales que a la vez eran usuarios de drogas inyectables o incluso trabajadoras sexuales, solo fueron contabilizados a partir de su orientación sexual. Esto arrojó un número de casos bastante bajo en la población de usuarios de psicoactivos. En ese orden de ideas, la atención a las poblaciones usuarias de drogas inyectadas no sucedió de manera igual que otros sectores directamente afectados por el VIH/sida, planteándose de manera desarticulada y con diferentes lenguajes que hicieron difícil la creación de acciones coordinadas (Ospina, 2022, p.208).

que incluso éstos fueron expulsados de sus hogares, falleciendo solitarios y en condiciones indignas en los hospitales y en albergues.

Entonces, el rechazo, la discriminación, la pésima atención sanitaria y en general el desinterés del estado por ofertar soluciones, motivaron a la movilización social no solo en México sino también en varias partes del mundo, aunque en cada región dicha movilización tuvo objetivos e intereses distintos frente al desarrollo de las estrategias gubernamentales.

Uno de los casos más célebres y conocidos de movilización social frente a las políticas sanitarias en torno al VIH/sida fue el grupo llamado ACT UP: la AIDS Coalition to Unleash Power. Este grupo se fundó en 1987 en Nueva York, Estados Unidos y sus acciones fueron parámetro para otras organizaciones a nivel mundial:

Sus demandas, dirigidas a laboratorios farmacéuticos y organismos gubernamentales —como la Agencia de la Alimentación y el Medicamento de EEUU (FDA, en sus siglas en inglés)—, se centran en el acceso temprano a fármacos experimentales y en la aceleración de los procesos de aprobación (Franquet y Hernández, 2011).

Las acciones de ACT UP fueron el efecto de una situación que caracterizó en esos momentos a la pandemia del VIH/sida: los descubrimientos científicos no se reflejaron en mejoras a las condiciones de las poblaciones que ya vivían con el virus. El descubrimiento del agente causante no inhabilitó lo grave que significó no poder ofrecer algo a la población ya infectada. Por lo que las acciones de este grupo comenzaron a exigir la creación de medicamentos para combatir el padecimiento. La aparición del primer fármaco antirretroviral sucedió en 1985 cuando el mundo puso sus ojos en la Zidovudina (AZT), un fármaco que casi 20 años atrás había sido registrado como anticanceroso y cuya eficacia para tal efecto había sido baja así como su rentabilidad comercial. El AZT resultó ser un fármaco eficaz frente al virus del VIH. Sin embargo, pese a su efectividad inicial, la FDA autorizó su uso hasta 1987, es decir, dos años después¹⁰.

En México también existió una movilización social que hizo frente a la manera en que se manejaba la pandemia por parte del estado mexicano. Además de las condiciones ya señaladas con anterioridad, Teutle (2010) refiere que el México de la década de los 80 estuvo inmerso en crisis económicas, cambios políticos, incapacidades del estado para solventar no solo las necesidades básicas, sino también las consecuencias de desastres naturales (como el terremoto antes mencionado). Ante tal panorama esta década contempló el surgimiento de nuevas ideologías, corrientes sociales y grupos políticos.

Este contexto fue la semilla para el resurgimiento de actores sociales que tenían ya un importante camino recorrido en torno a los derechos sexuales y reproductivos, y que entonces se enfocaron en la pandemia del VIH/sida: grupos feministas, lésbicos y

¹⁰ La protección de la vida como un objetivo político apertura la entrada de determinados actores y entidades como la industria farmacéutica, entidad que es contemplada también por Rose (2013) como esencial en la biopolítica molecular. Buscar una solución farmacológica es también un producto biopolítico.

homosexuales se movilizaron desde el surgimiento de los primeros casos de VIH/Sida en el país: “comienza la lucha contra el sida que pareció, sólo importar a los colectivos (...) quienes constituyeron la mayor parte de grupos contra el sida desde 1984” (Teutle, 2010, p. 21).

La presión de los grupos sociales que se movilizaron agilizó las acciones del estado frente a la pandemia. Las demandas de estos grupos mexicanos pueden distinguirse bajo dos rubros principales (no necesariamente separados). Por un lado, muchas organizaciones se enfocaron en exigir, proponer y llevar a cabo acciones preventivas para evitar el aumento del número de casos. A la par surgió la exigencia por una atención sanitaria digna, derivada precisamente de las pésimas condiciones en que eran tratados los pacientes, familiares y acompañantes en algunos espacios institucionales. Y al mismo tiempo en nuestro país, a diferencia de otros donde se exigía al estado y a la industria farmacéutica la creación de medicamentos, aquí se luchó por el acceso a tales avances generados en otras partes del mundo, principalmente Estados Unidos, así como información científica y eficaz sobre la lucha contra el VIH/sida.

Esto resulta destacable porque en México, pese a la renuencia del gobierno federal por intervenir mayormente en la pandemia, algunas instituciones y profesionales de la salud se posicionaron del lado de las poblaciones afectadas y organizaciones sociales. Estas acciones de resistencias frente al sistema sanitario mexicano operaron a partir de la articulación entre ciudadanos directa o indirectamente afectados por el padecimiento e integrantes de las propias instituciones de salud.

García (2022) documenta que muchas de estas agrupaciones se constituyeron por pacientes con VIH, familiares y amistades que fueron frecuentemente acompañados por personal de medicina, psicología, trabajo social e incluso personas de grupos religiosos (p.31). Un buen número de estos grupos se conformaron bajo el formato de *grupos de auto apoyo*: espacios asistencialistas que brindaron soporte a quienes vivían con el virus y donde también existía la convivencia, el poder hablar sobre cómo se vivía el padecimiento, sobre el rechazo social, sobre la negación de los servicios de salud, acerca de la violatoria de la dignidad de las personas, los actos discriminatorios, etcétera y por ende, fueron espacios donde se buscaron soluciones al respecto, a través del confrontamiento a las políticas sanitarias (García, 2022, p.33).¹¹ Bajo este tipo de organizaciones se encontraban también aquellas que mantenían programas de prevención por compartir agujas para el consumo de sustancias psicoactivas. Pero estos grupos se mantuvieron con cierto distanciamiento, un tanto porque su presencia no era tan extendida en todo el país, pues se ubicaron mayormente en la frontera norte, región donde el consumo de drogas inyectadas era mayor, debido al tráfico de estupefacientes entre esta frontera y su destino, los Estados Unidos.

¹¹ García señala algunos ejemplos de estos grupos de autoayuda que luego devinieron en grupos de demanda social fueron “el Grupo de Investigación Social Sobre Sida y Defensa de Derechos Humanos, El Colectivo Sol, AVE de México, Compañeros de Ciudad Juárez, La Asociación Regional del Sureste; el Comité de Madres, familiares y amigos de personas con sida de Guadalajara, Entre Amigos, Voz Humana y el Proyecto Azomalli”.(García, 2022, p.33).

Claro es que no todos los casos diagnosticados fueron apoyados por alguno de estos grupos y/u organizaciones. Muchas y muchos pacientes padecieron ante el sida de manera silenciosa y en el abandono. Pero destaco la presencia de estos grupos de autoayuda porque de alguna manera otorgaron, junto con la atención médica particular y/o la colaboración de personal clínico involucrado, lo que hoy se conoce y se brinda como un *tratamiento integral en VIH/sida*. Ofrecieron servicios de soporte psicológico y emocional, recomendaciones sobre la alimentación, algunos tratamientos paliativos, inclusive consejos para liderar con el desgaste y el cansancio para quienes se encontraban en fase de sida. Servicios que para ese entonces no otorgaba ninguna institución de gobierno en México¹² (García, 2022, p.35).

Estas primeras *intervenciones integrales*, por llamarlas de alguna manera, emergieron también ante la carencia de tratamientos antirretrovirales en el país, que ya circulaban en otros territorios como Estados Unidos. La circulación del AZT en México, comenzó entre 1985 y 1987 de forma no oficial, por lo que se trataba de casos muy particulares. Ya sea porque los pacientes contaban con ciertos privilegios como la solvencia económica, facilidad de adquirir medicamentos en el extranjero, o tenían influencias en dependencias sanitarias. Ante la ausencia de medicamentos eficaces y accesibles, los tratamientos que se brindaron en el país constaban de atención principalmente a las infecciones oportunistas y fortalecimiento de las defensas del organismo. Un artículo médico de 1989 sobre la atención clínica a los pacientes con VIH/sida en México da cuenta de ello:

Los esfuerzos que se están llevando a cabo para encontrar medicamentos contra el SIDA están orientados a actuar directamente sobre el virus y a reconstruir el sistema inmune del paciente (...) el enfermo con SIDA, por lo general, requiere de atención médica exhaustiva, y de constantes cuidados de enfermería. Continuamente entra y sale del hospital durante periodos de uno a dos años, ya sea por internación o por consulta especializada. En México los enfermos con SIDA se internan, en promedio, tres o cuatro veces por año, con periodos de estancia de 21 días. También toman medicamentos en forma crónica para evitar la recurrencia de infecciones. Todos estos eventos hacen que su manejo sea extremadamente costoso, ya que a la fecha no existe medicamento o vacuna efectiva que pueda curar o prevenir esta enfermedad (Ruíz, 1989, p:127).

Todas estas condiciones hicieron que durante la segunda mitad de la década de 1980, la pandemia tuviera en México un crecimiento exponencial (Magis, et al, 2000, p,15). Ante tal crecimiento Karam (2008) documenta que en 1986 se conformó el CONASIDA: el Comité Nacional de Prevención del sida, como respuesta también al llamado de la OMS ante la emergencia sanitaria pero al mismo tiempo ante la presión de los grupos sociales

¹² Colocar la protección a la vida en el centro de la política no es solo una forma de regulación y control social. Es también un escenario para la movilización y organización social y comunitaria que muchas de las veces nutre las carencias (intensionales o no) del aparato gubernamental.

organizados. No obstante, el financiamiento de éste comité corrió a cargo de fondos y recursos externos, lo que dificultó sus operaciones. Dicho comité estableció la realización obligatoria de pruebas de detección del VIH en la sangre y hemoderivados en todo el país, así como instalar la vigilancia epidemiológica¹³ y bajo su dirección se realizaron los primeros materiales educativos (Magis y Parrini, 2003,p.2):

Para 1988 el comité se convirtió en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida (CONASIDA) y se asignó un presupuesto estatal aunque siguió dependiendo en gran medida de organismos internacionales.¹⁴ Además “se consolidó como la entidad encargada de la formulación y difusión de las políticas y estrategias nacionales en materia de atención y control de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual” (Ponce de León y López Zaragoza, 2008, p.182).¹⁵

Sin embargo, todas estas acciones no garantizaban el acceso a tratamientos farmacológicos, por lo que otra alternativa que tuvieron los pacientes mexicanos para acceder a dichos tratamientos fue aprovechar que algunas instituciones aplicaron protocolos de investigación que incluyeron la adscripción de fármacos incluso experimentales, para poder lograr un registro del impacto del medicamento en las poblaciones diagnosticadas: los estudios de casos y control llevados a cabo por instituciones sanitarias. El personal médico de ese entonces consideró que el curso clínico de la enfermedad, sobre todo a corto plazo, era impredecible dada la variabilidad de una persona a otra, aunque a largo plazo el resultado inevitable fuera la muerte. Por ello les interesó el hecho de que los pacientes mejoraran o empeoraran temporalmente, pese a no tener acceso a un tratamiento farmacológico. Al no tener una explicación clara al respecto, consideraron de suma importancia realizar estudios controlados denominados *dobles ciegos* cuyo periodo era en promedio de 6 meses, con el fin de encontrar la mayor eficacia en un medicamento ARV(Ruíz,1989, p: 218).

Los estudios de control *dobles ciegos* son estrategias epidemiológicas donde por medio de ensayos clínicos ni el investigador ni los participantes conocen qué tratamiento es otorgado a los segundos, sino hasta terminar con el estudio. Este tipo de procedimientos tienen como objetivo evitar que los resultados se vean sesgados por influencias consideradas como no científicas. En este ejercicio uno de los grupos recibe un placebo y el otro un fármaco activo. El *dobles ciegos* garantiza que nadie, más que el monitor, sepa a qué grupo fueron asignados los participantes. Muchas personas decidieron colaborar en estos estudios con la esperanza de encontrar una solución farmacológica o bien ayudar de manera altruista

¹³ Magis y Parrini (2003) señalan que“ el monitoreo de la epidemia comenzó con la realización de encuestas serológicas en poblaciones especiales en 1985 y con el registro de casos de SIDA en 1986. Se creó una red nacional de notificación de casos que abarcó al Sistema Nacional de Salud, ya que el VIH/SIDA es una de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria” (p.2)

¹⁴ Ponce de León y López Zaragoza (2008) comentan que “se puede identificar dos etapas en torno al impacto del VIH/sida en México. Tras el primer caso oficialmente registrado en 1983, un crecimiento exponencial de casos sucedió a la mitad de esta década, tras lo cual se registra una disminución, misma que termina en una segunda ola alrededor de 1994. (p.182)

¹⁵ CONASIDA publicó la Norma Técnica para la Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, con el fin de establecer las bases para el control y la prevención de la infección por este virus.(Magis y Parrini, 2003,p.2)

al descubrimiento de una alternativa, a riesgo de su propia vida. Por supuesto que estos estudios recibieron muchas críticas tanto en México como en el resto del mundo, por el uso de placebos para la investigación clínica. Al respecto, quienes simpatizaron con estos protocolos argumentaron que sin la aplicación de los mismos sería imposible saber si la mejora del paciente se debía a la eficacia del medicamento o a otros factores como el propio deseo del paciente por sanar o incluso el azar. En nuestro país, las instituciones que llevaron a cabo estos estudios señalaron frecuentemente que quienes participaban en ellos tuvieron siempre la entera libertad de ingresar o renunciar en cualquier momento.¹⁶ (Ruíz, 1989, p: 219).

En los últimos años de esta década tomaron más relevancia las acciones dirigidas a la prevención. En nuestro país, en 1988 – y hasta 1992- instituciones y organizaciones sanitarias realizaron investigaciones entre el *grupo de riesgo* denominado como *hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)* con el fin de evaluar estrategias preventivas e intervenciones educativas que desde 1987 se venían realizando entre este grupo considerado como mayormente afectado por la pandemia. A partir de estas investigaciones se comenzaron a impartir talleres sobre el uso del preservativo. Todas estas acciones, que necesitaban ser coordinadas y planeadas, orillaron a la creación de los primeros Consejos Estatales para la Prevención del Sida (COESIDAS) en México, desde 1989 (CENSIDA, 2006). Mientras tanto la entidad poblana terminó la década con 134 casos en ese mismo año de 1989 (SS Puebla, 2022). Sin embargo y como se verá en el siguiente apartado, el caso de Puebla se enmarca en una serie de desatención institucional y manejos inadecuados de los programas en torno al VIH/sida basados en prejuicios y generando discriminación.

A nivel internacional, la década de 1980 cierra con la preocupación por la resistencia a los medicamentos ARV, y el desarrollo de otras alternativas sobre todo en cuanto prevención (que tuvieron un mayor auge en los 1990). Santoro (2019) señala que la pandemia del VIH/sida puede entenderse en tres fases. Una primera fase puede ser entendida a partir de una *lógica de exclusión* y fue propia de los 1980 que se acaban de exponer. El autor la señala como fase de exclusión por el ejercicio político de crear a los *grupos de riesgo* por medio de la clasificación y señalamiento de determinados sectores sociales. La creación de tales grupos de riesgo produjo a su vez los cuerpos en los cuales recaería el estigma y la discriminación, significados como aquellos que esparcían la enfermedad. Las otras dos fases que Santoro señala representan lo vivido en las próximas dos décadas, por lo que sirven de marco para continuar la narrativa en el siguiente apartado.

¹⁶ Aunque Ruíz documenta muy bien estos casos, la primera vez que yo escuche al respecto fue alrededor del 2016, de voz de un activista que participó directamente en uno de estos estudios de caso. Afortunadamente el azar quiso que él fuera uno. Lo más impactante para mí fue escuchar cómo cada cita a recoger medicamentos, él notaba que eran menos personas las que acudían. Escuchar la experiencia personal y directa de alguien que vivió esto me hacía considerar tales ejercicios epidemiológicos como crudas manifestaciones de lo clínico. En lo personal considero estos estudios como materializaciones puras de la biopolítica en cuanto a *dejar morir* en pro de proteger otras vidas.

La década de la prevención: el auge del preservativo en los 90

En el inicio y a lo largo de la década de 1990, el uso del preservativo tuvo mayor auge dado que las estrategias para hacer frente a la pandemia del VIH/sida a nivel mundial, otorgaron una mayor importancia a la prevención de nuevos casos como una medida para enfrentar el padecimiento. En distintos espacios de la sociedad el tema del uso del preservativo tomó mayor importancia y presencia. En esta década se ubica la segunda fase de la pandemia del VIH/sida que Santoro (2019) distingue. Como fase intermedia, es referida por el autor como de *normalización*, porque alude al intento de establecer como norma a las prácticas sexuales consideradas *no riesgosas*.

Las políticas públicas sanitarias propuestas por organismos internacionales y países involucrados impulsaron las prácticas sexuales con uso de preservativo, aunque no solo eso. También se promovieron las relaciones monogámicas, así como una exaltación a la fidelidad entre las parejas como escenarios donde, dentro de los límites de la pareja, las posibilidades de infección eran casi imposibles. Como el objetivo era remarcar las prácticas sexuales con el mínimo contacto de fluidos, incluso se consideraron aquellas prácticas que incluían el uso de juguetes sexuales. En general, se comenzaron a concebir como idóneas a las prácticas sexuales donde no se compartían fluidos como el semen, el líquido preeyaculatorio o vaginal y por supuesto la sangre, fuera de la pareja monogámica. Estos métodos para el ejercicio sexual fueron conocidos como *métodos de barrera*. Esta lógica, según Santoro (2019) se caracterizó por la implementación de medidas con cortes moralistas que buscaron el disciplinamiento de los cuerpos.

En el territorio mexicano, además de los COESIDAS – es decir los organismos estatales- que poco a poco se creaban en las entidades federativas, en 1990 se constituye el Centro Nacional de Capacitación en VIH/sida y un año más tarde (1991) la dirección de investigación, ambas dependencias que buscaron promover el uso del preservativo, administrar otras intervenciones preventivas y supervisar la atención a la salud y tratamientos de poblaciones que vivían con el padecimiento. Ambas dependencias buscaron que el tema del VIH/sida se divulgara en diferentes contextos de la sociedad mexicana. En 1992, la Secretaría de Salud (SSA) y la Secretaría de Educación Pública (SEP) capacitaron a personal docente de los niveles primaria y secundaria con el fin de que la información sobre la enfermedad circulara entre la población estudiantil mexicana (CENSIDA, 2006).

Yo cursé el nivel primaria en un pequeño colegio religioso, de 1986 a 1992 en Teziutlán. Los temas de sexualidad, uso del preservativo o incluso temáticas relacionadas con el género nunca formaron parte del temario, más allá de las breves menciones sobre *aparatos reproductivos del hombre y la mujer* y los cambios físicos durante la adolescencia expuestos en los textos de Ciencias Naturales. Pero como colegio religioso, nunca recibí ningún taller o plática por parte de mis profesoras. Mas bien lo que pasó fue que cuando cursaba el sexto grado de primaria, los únicos 6 varones de mi generación escolar fuimos citados un sábado

por la mañana sin informarnos de nada, para descubrir poco después que acudiríamos a una plática sobre salud sexual y reproductiva impartida en la biblioteca del palacio municipal¹⁷.

Para esos años en Puebla no se había conformado aun un Consejo estatal que regulara las intervenciones en materia de VIH/sida en la población del estado como sucedería más tarde. Por lo que las indicaciones y acciones preventivas surgieron directamente de la SSA en coordinación con la SEP, por lo que no existían aun protocolos analizados, críticos y revisados y seguramente se ejecutaron en la entidad con un amplio margen de acción y sin supervisión ni medición del impacto de tales acciones. En la charla a la que casi secretamente acudimos mis compañeros y yo, estuvieron presentes otros jóvenes de nuestra edad, de otras escuelas de la ciudad. La mayor parte de la charla fue sobre el uso del condón, los cambios físicos en la adolescencia y los *embarazos tempranos*. Luego una ronda de preguntas y respuestas que derivaban en decir que usáramos condón y que debíamos cuidarnos de enfermedades. Por supuesto -y fue la primera vez que las vi- estuvieron presentes las imágenes de penes y vaginas con gonorrea, sífilis y VPH, *luciendo* ampollas, verrugas, pus y otras secreciones. Recuerdo que ni siquiera lograba entender qué parte de la anatomía humana se mostraba en las imágenes, un tanto por la inflamación de los tejidos y otro tanto por la mala calidad de las imágenes expuestas en un proyector de diapositivas, en una sala bien iluminada a las 11 de la mañana. Pero como todo mundo hizo gestos de asco y temor, terminé haciendo lo mismo.¹⁸

Bertha Hernández, periodista mexicana, documenta que las campañas que fomentaron el uso del preservativo en el país a raíz de la pandemia del VIH/sida en la década de los 80, sucedieron en el marco del miedo, la incertidumbre, la escasa información científica desde el extranjero acerca del virus, la contra ofensiva de grupos conservadores y la improvisación de intervenciones estatales. Es en este escenario que se empezó a hablar del concepto de *sexo seguro* en el país, siendo el uso del condón “la medida más inmediata, más sencilla, menos compleja, más accesible. Y entonces empezó la batalla por determinar quién mandaba en los asuntos de alcoba de los mexicanos” (Hernández, 03/08/19).¹⁹

El acceso gratuito al mismo en lugares clave fue una de las principales estrategias. Hernández señala que quienes nos convertimos en jóvenes en esos años en el país, nos encontramos a menudo con organizaciones civiles que difundían el uso del condón y el sexo seguro, como parte de la vida privada. El preservativo dejó de ser solo un recurso anticonceptivo, para volverse el arma preventiva contra el VIH/ sida y otras ITS. Que, por cierto, la periodista agrega que el término *enfermedades de transmisión sexual* – hoy Infecciones de transmisión sexual- llegó a desbancar el uso de términos como *enfermedades venéreas* o *enfermedades secretas*, muy comunes antes de la promoción del condón. El

¹⁷ . Recuerdo que incluso nos acompañó uno de los dos profesores de educación física (los únicos varones de la institución).

¹⁸ Ignoro a la fecha si mis compañeras de grupo, que fueron alrededor de 20 chicas, recibieron alguna platica parecida al respecto y donde fue.

¹⁹ Ante la esperanza por una vacuna para el VIH/sida – planteada desde un principio de la pandemia, sin obtener un resultado exitoso - el uso del preservativo fue la apuesta mayoritaria

preservativo ya no era un asunto de extrema discreción: aparecía y se hablaba de él en la prensa, en la radio, revistas, incluso en mítines y marchas. Fue la primera vez, a decir de Hernández, que en nuestro país se hablaba con tanta libertad y resonancia mediática, desde el gobierno, de una nueva manera de vivir la sexualidad. (Hernández, 03/08/19).

El tema del uso del preservativo circuló bastante y con facilidad en la sociedad pese a las posturas opositoras sobre todo de sectores religiosos, aunque no siempre se hablaba de manera clara y directa. Yo tuve la ventaja que al ser mi hermana y hermano mayores que yo y estudiar los niveles preparatoria y secundaria respectivamente, obtuve con mayor facilidad muchas explicaciones²⁰. En una ocasión, mi hermana me explicó que la letra de la canción *Ponte el sombrero*, del grupo *Miami Band*, cuya coreografía se exponía en uno de los programas de televisión cómicos y nocturnos más populares de esos años en Imevisión (hoy TV azteca), promovía el uso del preservativo frente al VIH/sida. “No hay cura, no hay solución, solo el sombrero te da la protección” reza una de las estrofas de la canción que aún puede encontrarse en plataformas digitales.

Otra periodista, Nora Muñiz (2020) señala que la presencia del condón se empezó a filtrar en la sociedad mexicana a través de diversas estrategias. Fue común que se expusiera la temática en la televisión, las revistas y los periódicos²¹: “Los anuncios publicitarios implicaban a padres interrumpiendo el cachondeo de sus hijos para instarles a usar preservativos. Las campañas de prevención incluían a luchadores promoviendo condones y caricaturas políticas como las de Arturo Kemchs [fig. 1.1]” (Muñiz, febrero 13, 2020).

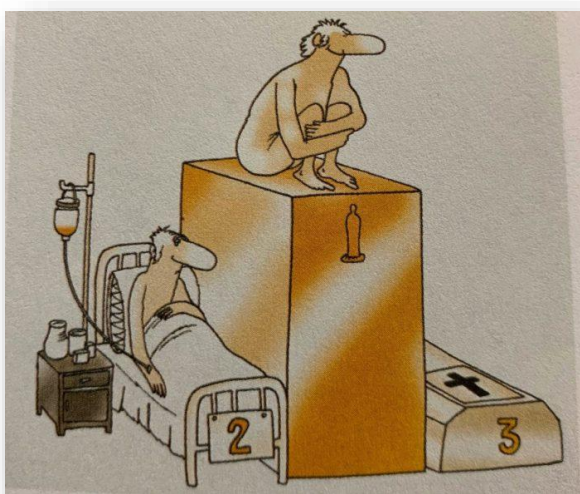


Imagen 1.2 Caricatura que promovía el uso del preservativo frente al VIH/sida en México durante los años 90.

Pero la promoción del condón no fue la única estrategia en esta década frente al VIH/sida. Por ejemplo, en nuestro país en ese mismo 1992 se publicó la *Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales*. Se trató de uno de los primeros protocolos para homogeneizar la atención a las y los usuarios en diferentes instituciones sanitarias en México. Esta guía representó los primeros esfuerzos y la tendencia a la homologación en cuanto atención al VIH/sida en territorio mexicano,

²⁰ No es que mi familia hablara de sexualidad con mucha franqueza todo el tiempo, recuerdo muy bien que de las pocas veces que mi hermano me golpeó, fue un sape que me dio cuando en medio de todos pregunte qué y para qué eran los *tampones*.

²¹ E incluso en 1997, frente a Bellas Artes, en el centro de la Ciudad de México, se montó una exposición de un condón inflable de 10 metros de altura y listones rojos alusivos al símbolo de la pandemia.

con la intención de reducir la mala atención a pacientes diagnosticados, como una respuesta ante la movilización y exigencia social.

Por supuesto que de estos avances se habló muy poco. La mayoría de la información que circulaba era sobre el preservativo y se destinaba poco espacio para hablar de lo que sucedía y lo que gente necesitaba después del diagnóstico. Lo que parecía interesar al estado mexicano era la prevención de casos y cuando la infección sucedía parecía que la gente no tendría que hacer otra cosa más que esperar la muerte, como si estuvieran en una suerte de limbo. Claro que esto no fue así, pero aparentemente hubo un esfuerzo porque esa idea se mantuviera vigente.

En la secundaria a la que acudí en esos años (1992-1995) solo se habló brevemente del virus del VIH/sida al estudiar la estructura de los virus en general. Me tocó una generación que inició con un nuevo modelo educativo promovido en 1993.²² Como parte de este nuevo modelo, hubo una hora de *asesoría*, donde se supone que él o la docente responsable del grupo, nos hablaría de temas diversos. Estos espacios fueron los destinados a tocar el tema de la sexualidad y las infecciones de transmisión sexual a nivel secundaria en el estado. En los dos primeros años recuerdo que ambos maestros varones, se limitaron a hablar sobre el uso del condón y los embarazos no deseados. Honestamente, reconociéndome como alguien homosexual que no pretendía tener sexo heterosexual, esas charlas me parecieron sin importancia y poco relacionadas conmigo.

Fue una profesora en el último grado de secundaria quien además del uso del condón, tocó el tema de los casos de VIH/ sida. La profesora expuso al grupo la película *Filadelfia* (1993) del director Jonathan Demme. La cinta narra la historia de un abogado homosexual en Estados Unidos que es despedido de la firma donde laboraba, al presentar síntomas del sida. La trama se basa en el proceso legal mediante el cual gana la demanda por despido injustificado y discriminación por ser homosexual y padecer VIH/sida, culminando con la muerte del protagonista por la enfermedad. La cinta fue ganadora de varios premios, pero también fue muy criticada por varias razones, pues si bien expuso un tema en su momento poco abordado en el cine estadounidense, al mismo tiempo sostuvo y promovió ciertos estereotipos y estigmas. Es señalada por plantear una aceptación familiar hacia los protagonistas homosexuales poco realista para los años 90, además de exponer la muerte por sida del personaje principal como un destino inevitable. De igual manera fomentó la estigmatización de los *lugares de encuentro sexual para varones* pues la historia deja entrever que el protagonista se infectó durante un encuentro casual en un cine porno gay.

Recuerdo que la película me impactó, pero no desde el VIH/sida, sino más bien desde otros registros. En primer lugar, porque fue la primera vez que en mis clases se habló de algo con lo que me identificaba, mi orientación homosexual, sin considerarla un pecado o una

²² Se dejaron atrás las cuatro áreas generales de conocimiento impuestas desde los años 70's (Ciencias naturales, Ciencias Sociales, matemáticas y español) para dar paso a materias más específicas: biología, civismo, geografía, lectura y redacción, matemáticas, física, química.

desviación, una anomalía o algo de lo que tenía que avergonzarme. Pero al mismo tiempo la cinta me mostró otros referentes para vivir la homosexualidad o lo que en ese entonces entendí como *otras formas de ser homosexual*. Los personajes de la película eran diferentes a *La Güiicha*, a Juan Gabriel o los otros *jotos* del cine de ficheras o los programas cómicos como *Puro loco*²³, de los cuales entendía que la gente siempre se iba a burlar, ridiculizar y despreciar, tenerles miedo e incluso asco y que debería darme vergüenza ser como ellos. Tampoco eran los *depravados* que había visto en películas mexicanas de los 70's como *El llanto de la tortuga*, *Tres mujeres en la hoguera* o *Cuando tejen las arañas*²⁴.

Durante años - principalmente por parte mi papá - se me había hecho entender la vergüenza que generaba mi comportamiento amanerado en mi infancia y adolescencia, y que ese comportamiento no solo era una carga para mi familia sino que, de seguir así, como consecuencia tendría que dejar mi casa. De alguna manera, los personajes que interpretaban Tom Hanks y Antonio Banderas en *Filadelfia* representaron para mí una alternativa para no negar mi orientación sexual, sin correr el riesgo de perder a mi familia²⁵. Además, los protagonistas planteaban otra cosa que mucho me importaba y con lo que soñaba desde que me había enamorado a los 12 años de otro varón (24 años mayor que yo): el amor entre dos hombres y la materialización del mismo en una relación de pareja. Por supuesto que en ese entonces ignoraba y no me daba cuenta sobre otra de las críticas que se han hecho a la película: fomentar una masculinidad hegemónica entre varones homosexuales, como una condición para la autoaceptación y la aceptación social, y por ende un rechazo hacia los comportamientos y estereotipos femeninos.

Pero fuera de ello, poco fue el tiempo de reflexión que recuerdo haber dedicado al VIH/sida tras la proyección de la cinta. La profesora hizo el intento de hablar sobre la sensibilización hacia las personas que se habían infectado, pero terminó diciendo que lo mejor era prevenir la enfermedad mediante el uso del condón, para no tener que vivir las tragedias del protagonista. Lo cual sí se articuló muy bien cuando unos años después otro profesor, pero en el nivel preparatoria, nos dejó de tarea ver en casa (la institución no le permitió exponer la cinta en la escuela) la película *Kids: vidas perdidas* (1995) de Larry Clark. Una cinta que expone la vida sexual de un grupo de adolescentes heterosexuales estadounidenses que consumen psicoactivos y que terminan infectándose con VIH/sida.

²³ "Puro loco" fue un programa transmitido por TV azteca, de 1995 al 2007. Se trataba de sketch donde se mostraban situaciones en ese entonces consideradas como graciosas. Algunos de ellos hacían mofa de personajes homosexuales, que prolongaban la concepción del cine de ficheras donde el joto era alguien cómico que siempre buscaba tener sexo con hombres.

²⁴ "El llanto de la tortuga" es una película de 1974 de Francisco del Villar, protagonizada por Jorge Rivero, Isela Vega Hugo Stiglitz y Cecilia Pezet. "Tres mujeres en la hoguera" es una cinta de 1979 de Abel Salazar y protagonizada por Maricruz Olivier, Pilar Pellicer, Maritza Olivares y Rogelio Guerra. "Cuando tejen las arañas" es también de 1979, del director Roberto Gavaldón y protagonizada por Alma Muriel, Carlos Piñar, Jaime Moreno, Raquel Olmedo y Angélica Chaín. En las tres películas se tocan temas de homosexualidad, lesbianismo, parejas swinger y otros conceptos que cuestionan la heterosexualidad y el matrimonio monogámico. Pero en las tres historias se narran sucesos trágicos que ilustraban a los personajes desde la perversidad. Estas tres películas es posible verlas en la actualidad en plataformas digitales.

²⁵ Aunque honestamente dudo que mi familia lo hubiera hecho. A pesar del distanciamiento con mi padre durante toda su vida, hoy en día dudo que me hubiera corrido de la casa.

Al final, ambas cintas fomentaban, entre otras cosas, la idea de que el diagnóstico positivo a la enfermedad era el final del camino. Que nada había después más que esperar la muerte. Poco impacto generó en mí estas dinámicas pedagógicas porque apenas si había besado a las tres novias que tuve en esos años, y nunca había tenido un acercamiento o tocamiento siquiera con otro varón²⁶, por lo que el uso del preservativo y la prevención del VIH/sida parecían temas muy alejando de lo que yo vivía en ese momento. Había otras cosas que más me angustiaban al respecto como las constantes burlas y ataques violentos de mis compañeras y compañeros de clase por mi amaneramiento y la nula intervención del profesorado, sobre todo en la preparatoria.

Mientras tanto, la realidad social en nuestro país exigía y fomentaba una serie de acciones como respuestas ante las condiciones de las personas que ya vivían con el virus. Porque efectivamente, en muchos de los casos el diagnóstico positivo a VIH/sida no representó el final, sino el inicio de un arduo camino. En 1994 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue la primera institución que proveyó del esquema gratuito de antirretrovirales (ARV)²⁷. Sin embargo, habrá que tomar en cuenta que, durante la primera mitad de la década, los medicamentos antirretrovirales no lograron aun modificar de manera sustancial la evolución de la enfermedad. Además de ello, los efectos indeseables solían ser mayores que el efecto terapéutico. (Magis y Parrini, 2003,p.7).²⁸ Sin embargo, pese a tales condiciones el uso del AZT representó un medio por el cual la vida de los pacientes que lo consumían mejoró y se prolongó considerablemente, por lo que los esfuerzos se centraron en investigar la resistencia a dicho medicamento.²⁹

Una de tales estrategias fue que en 1995 la monoterapia empezó a sustituirse con la combinación de dos medicamentos de entre los que había disponibles; pero, sobra decir que ninguno de esos medicamentos ni su combinación eliminaba la infección, e incluso su eficacia para detener la progresión de la enfermedad era limitada (García, 2022, p.42). Por ello, en la segunda mitad de esta década comenzaron a manejarse los primeros cocteles o combinación de varios fármacos que buscaron cumplir los requisitos de simplicidad, tolerancia y eficacia. Franquet y Hernández (2011) señalan que en 1995 inició la denominada

²⁶ Por supuesto que se trató de una condición personal. De adulto, cuando en mi localidad había ya la presencia de una comunidad sexo diversa, pude conocer historias de otros varones homosexuales que iniciaron su vida sexual desde esos años o incluso supe que algunos de mis compañeros heterosexuales habían tenido juegos homoeróticos entre ellos. También mis compañerxs heterosexuales tenían para esos años una vida sexual bastante activa, así como consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. Otras condiciones en mi historia de vida, además de mi orientación sexual, jugaron un papel para que mis prácticas sexuales iniciaran muchos años después.

²⁷ la *Norma Oficial Mexicana para la prevención y control del VIH* se publica en 1995 cinco años después a través de un proceso de consulta amplio, con el propósito de incorporar los avances científicos, los cambios en las leyes y la opinión de dependencias gubernamentales, académicas y sociales. (Magis y Parrini, 2003,p.4)

²⁸ Hasta 1995 a nivel mundial se contaba con una reducida opción de tres medicamentos del “tipo de los inhibidores de la transcriptasa reversa análogos de los nucleósidos: zidovudina (azt), didanosina (ddi) y zalcitabina (ddc). Ese año, la monoterapia empezó a sustituirse con la combinación de dos medicamentos de entre los que estaban disponibles; pero, sobra decir, ninguno de esos medicamentos ni su combinación eliminaba la infección, e incluso, su eficacia para detener la progresión de la enfermedad era limitada”. (García, 2022, p.42)

²⁹ : “Didanosida (ddI) en 1991, la zalcitabina (ddc) en 1992, estavudina (d4T), el saquinavir (primer IP) y lamivudina en 1995” (Prieto, 2006).

era del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). Y en estos ensayos de fármacos ARV combinados, el AZT estuvo aun presente.³⁰

En 1996 sucedió un avance considerable al ubicarse al primer Inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleósidos (ITINN): la nevirapina.³¹ Esta sustancia bloquea enzimas y proteínas que el VIH necesita para reproducirse en las células infectadas (los anteriores medicamentos solo lograban bloquear a determinadas enzimas). Fue un significativo avance porque representó una solución derivada de un mayor conocimiento del funcionamiento del virus en el organismo a nivel molecular, el cual se vinculó con el desarrollo de la combinación de ARV, para combatir al virus a partir de sus diferentes fases de asimilación en el organismo.

Sin embargo, tales descubrimientos tardaron en verse reflejados en mejoras para la población diagnosticada. Tan solo en ese mismo año de 1996, en México existía solamente el abastecimiento de ARV para personas que estaban afiliadas al IMSS o ISSSTE, o bien que participaron en algunos de los protocolos de investigación referidos anteriormente por lo que existió en esos momentos un importante grupo de personas con VIH excluidas de cualquier alternativa terapéutica y/o farmacológica. (García, 2022, p.43).

El mismo García en este texto. cita a Ana Luisa Liguori para dar cuenta de las condiciones paradójicas entre los avances en investigación científica y las condiciones económicas: “Entre más avanza la investigación clínica, mayor es la brecha entre quienes pueden costearse el mejor tratamiento y quienes no tienen acceso a ningún tipo de terapia” (p.44).

Además de ello, en ese tiempo aun quienes estaban adscritos al IMSS tenían también una oferta limitada de ARV, pues no se contaban con los medicamentos de última generación existentes en Estados Unidos en ese momento. Estas condiciones de limitación y no acceso a tratamientos farmacológicos motivaron aún más a la movilización social:

De acuerdo con Georgina Gutiérrez, un evento fue el detonante para la conformación de un movimiento nacional, se trató de una charla impartida por el doctor Ángel Guerra Márquez en el auditorio de Cáritas, donde presentaron las noticias sobre los nuevos medicamentos y sus combinaciones. Durante el evento se le formuló la pregunta *Doctor, pero, ¿qué hay que hacer para tener esos medicamentos?* y la respuesta fue –refiere Georgina Gutiérrez– *La moneda está en el aire, esa es su respuesta, ¿qué van a hacer ustedes?*³² (García, 2022, p.44).

³⁰ De hecho su manejo aún existe hasta nuestros días, en combinación con otros fármacos y es preferentemente usado en casos de transmisión vertical. El desuso de ciertos medicamentos a lo largo de la pandemia ha tenido que ver sí con su eficacia frente al virus, pero también con otros factores como los descubrimientos en cuanto efectos del VIH en el organismo humano, e incluso con procesos referentes a permisos y convenios entre farmacéuticas y gobiernos.

³¹ Dicho avance se presenta en el XI congreso internacional de SIDA celebrado en Vancouver (CENSIDA.2006).

³² Las cursivas y los corchetes son míos.

Aunque en nuestro país, desde 1987 existía la Fundación Mexicana de Lucha contra el Sida, según documenta García, el evento en el auditorio de Cáritas sería la semilla para uno de las organizaciones sociales más importantes en México frente a la atención VIH/sida: el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH (Frenpavih) que se presentó de manera formal el 23 de octubre de 1996, aunque antes que él y a la par, distintas organizaciones a lo largo y ancho del país se movilizaban por esta y otras problemáticas más propias de cada región. Las demandas de organizaciones como Frenpavih y otras, además de personalidades homólogas consiguieron en 1997 dos logros importantes a nivel nacional: el inicio del financiamiento FONSIDA cuyo objetivo fue reunir fondos para tratamientos ARV dirigidos a población sin seguridad social y la creación de un primer *modelo de atención médica para pacientes con VIH/sida* que requería la conformación de un equipo de salud multidisciplinario para atención ambulatoria e integral y que debería instalarse en cada hospital estatal del país (CENSIDA, 2006).

Sin embargo, ambos logros encontraron dificultades para su ejecución en el territorio mexicano por varias razones, pero destacan los prejuicios y las decisiones de corte moralistas tanto de ciertos sectores sociales, el estado, personal sanitario y profesionales de la salud, como los factores que más dificultaron la aplicación de estos programas. Por un lado, no fue posible desde un principio considerar a toda la población diagnosticada para ser beneficiada por el FONSIDA. Se implementó un criterio para determinar cuáles serían las poblaciones prioritariamente beneficiadas por dicho fondo. Las mujeres embarazadas que vivían con el virus y menores de 18 años fueron los primeros beneficiados por este fideicomiso en 1998³³. De alguna manera estas estrategias reflejaron el pensar de las autoridades y ciertos sectores hegemónicos, e incluso algunos grupos activistas. Quienes padecían directamente la enfermedad, no fueron considerados igual de importantes para ser atendidos. Existieron sectores como ciertos grupos de varones homosexuales y las y los usuarios de drogas que quedaron al final para recibir una atención sanitaria. puesto que la disponibilidad de los fármacos distribuidos dentro de las instituciones de seguridad social destacó la desigualdad ya existente, dado que el 48% de las personas con VIH/SIDA en nuestro país, no tenían acceso a servicios médicos (Magis y Parrini, 2003,p.7). En ese sentido la población de usuarias y usuarios de drogas representaron otro sector de trabajo en el tema del VIH/ sida.

Como antecedente de esta situación para dicho sector, podría decirse que desde el inicio de la pandemia la población de usuarios y usuarias de sustancias psicoactivas -sobre todo inyectadas- fue considerada como uno de los llamados *grupos de riesgo* en el país. Pero fue hasta 1998 cuando se publicaron los primeros resultados de un estudio en usuarios y usuarias de drogas inyectables (UDI) en Tijuana, Baja California. Tales resultados visibilizaron a este

³³ Magis y Parrini (2003) mencionan que “los tratamientos se distribuyeron en las 32 entidades federativas de forma proporcional al número de casos reportados; los estados a los que se dieron mayor número de tratamientos fueron: Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Puebla y Veracruz” (p.8)

grupo social como un sector bastante desatendido tanto por autoridades como por las organizaciones sociales. En la historia del VIH/sida en México, las ciudades fronterizas del norte del país se caracterizaron por el alto número de población que se había infectado mediante el uso de sustancias psicoactivas inyectadas³⁴. Por tal motivo tras los resultados del estudio citado, CENSIDA implementó estrategias de prevención y reducción del riesgo que fueron desde la elaboración de material informativo (un cartel, un tríptico y una historieta) así como la publicación de un manual para este sector y talleres dirigidos a personal de salud y organizaciones civiles que trabajaron con estas poblaciones³⁵ (Magis y Parrini, 2003, p.6).

En ese sentido, la población usuaria de drogas no tuvo la misma visibilidad y participación en la movilización social frente al VIH/sida en nuestro país. Tal invisibilización se vincula a la representación que se ha construido socialmente en torno a la figura del *adicto* y *adicta* como personas carentes de voluntad, capacidad de agencia, de pensamiento o consentimiento, además de considerarles sin derecho a la autonomía, sin voz frente a sus propias prácticas de consumo y con la ausencia de un discurso frente a su salud. Tales representaciones sociales dificultaron la articulación de un movimiento social conformado por personas que consumen sustancias psicoactivas así como la construcción de sus propias narrativas frente al VIH (Ospina, 2022, p. 253).

Sin embargo, pese a estas condiciones, el activismo en torno al VIH/sida en nuestro país se caracterizó en muchos momentos por ser autocrítico. Para finales de la década de 1990 existió una tendencia en los discursos sobre grupos sociales no hegemónicos. Desde la academia y el activismo a nivel mundial se cuestionaron los conceptos de *riesgo* (poblaciones de riesgo, prácticas de riesgos, sujetos de riesgo, etcétera) para concebirlos entonces desde la idea de *vulnerabilidad*. Dichos cambios obedecieron a planteamientos de la epistemología social que reflexionaron acerca de las “condiciones estructurales y su relación con las condiciones de salud de grupos poblacionales, en el marco de las discusiones en torno a los efectos de la denominada *década perdida* y a las transformaciones sociales y económicas que implicó el proceso de globalización” (Ospina, 2022, p.266).

La movilización social en México en torno al VIH/ sida había dado ya pasos importantes para finales de esta década, por lo que también se comenzó a cuestionar la manera en que las autoridades clínicas continuaban implementando sus estrategias, pues aún con *buenas intenciones* tales acciones no estaban libres de prejuicios y puntos de vista moralistas. El concepto de *poblaciones vulnerables* desplazó cada vez más y sobre todo en el discurso activista, al de *poblaciones de riesgo*. No obstante, estos cambios epistemológicos tampoco cambiaron significativamente la situación de determinadas poblaciones como los y las usuarias de drogas viviendo con VIH. En opinión de Ospina (2022) en estos cuerpos ahora

³⁴ Sobre todo porque en las décadas de 1980 y 1990 una serie de medidas entre México y Estados Unidos se enfocaron en una mayor vigilancia en el tráfico de sustancias, lo que hizo que mucha mercancía, que no logró pasar a territorio estadounidense, se vendiera y consumiera en la frontera mexicana.

³⁵ Magis y Parrini (2003) señalan que “la estrategia de prevención permitió desarrollar un modelo educativo en prisiones en Baja California y Chihuahua entre 1996 y 2001”. (p.6)

considerados como '*vulnerables*' se materializaron los temores y rechazos de los sujetos considerados como *no vulnerables*. Esto derivó en la implementación de políticas públicas a nivel local basadas en dispositivos biopolíticos, es decir interesados en la regulación de determinadas poblaciones, en el control de drogas y delincuencia juvenil que se centraron en el encierro en centros de *rehabilitación* y/o en centros de *readaptación* (p.267). En la televisión mexicana de esos años, en 1998 se hizo popular la canción del slogan de TV azteca *Vive sin drogas*, como parte de la campaña prohibicionista implementada por la fundación de dicha televisora en coordinación con autoridades de salud pública y seguridad social.

Por otro lado, regresando al tema de la atención institucional y gestión de las acciones gubernamentales frente al VIH/sida, la implementación de un modelo para la atención clínica de pacientes que vivían con el virus en el país, no garantizó que las y los usuarios estuvieran libres de discriminación y rechazo. Es decir que pese a el uso de modelos de atención institucional, su implementación no garantizaba la adecuada atención sanitaria. Puebla fue un claro ejemplo de ello.

En la entidad poblana, para la segunda mitad de la década de 1990, no se había constituido aun un Consejo estatal, sino un Centro de Información sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CISIDA). Dicha dependencia administró todas las acciones en temas de VIH/sida. Estuvo dirigida por un grupo de profesionales de la salud, quienes realizaban intervenciones preventivas, pruebas de detección, capacitación a personal clínico en atención a pacientes dentro del estado.

Sin embargo, la titular del CISIDA fue señalada desde los primeros años de sus gestiones por discriminar y realizar actividades prejuiciosas y hasta homofóbicas y serofóbicas. Mi hermana trabajó en la Secretaría de Salud del estado de 1997 al 2001, por lo que a través de ella pude contactar con una ex trabajadora de tal secretaría (a la que llamaré *Gaby*) que llegó a conocer la forma en que trabajó el CISIDA en los años 90. Considero que su testimonio refleja la manera en que los prejuicios y la discriminación pueden fácilmente introducirse en las intervenciones estatales sanitarias:

Trabajé en la SSA y a veces daba pláticas de prevención en las escuelas pero como eran de VIH tenía que reportarlas al CISIDA. Estaba su oficina del boulevard *Cinco de Mayo*, hacia el oriente. Me acuerdo que una vez la responsable del CISIDA discutió con la encargada del programa donde yo estaba, que era una química, porque los puso a hacer un video para prevención pero quitó partes donde los doctores explicaban qué era el VIH y cómo se transmitía y metió testimonios, pero esos testimonios ella los escribió y puso a algunos de sus trabajadores a decirlos de espaldas para no reconocerlos. No me gustaba su video porque asustaba más de lo que informaba y yo mejor metía mis técnicas para sensibilizar. Yo sabía que ella era psicóloga, no doctora y recuerdo que los doctores que estaban en mi programa decían que no por ser psicóloga debía quitar la explicación médica en los videos. Pero si recuerdo que ella dio los diálogos y eligió a compañeros de psicología y una dentista

para que los dijeran de espaldas cómo si fueran ellos los pacientes. La dentista decía que se contagió por tener varias parejas, los otros por contacto con homosexuales y no tocó la transmisión por transfusión sanguínea o compartir jeringas, y yo daba pláticas a primarias y secundarias que era una forma fácil de contagiarse en caso de uso de drogas. (*Gaby*, comunicación personal, 2025)

A pesar de que en 1998 inició en México el programa *Lazo rojo* que buscaba atacar la discriminación y el estigma hacia personas que vivían con VIH/sida, incluso las acciones e intervenciones estatales en la materia, no estaban libres de tales cortes moralistas. El testimonio de *Gaby* refleja cómo en el video preventivo dirigido a adolescentes poblanos se estigmatizaba la sexualidad y a la población homosexual. El testimonio también refleja cómo las poblaciones adolescentes y jóvenes que parecían ser el objetivo principal del trabajo estatal preventivo a finales de la década de los 90, aprendimos sobre el VIH/sida desde el miedo e información tergiversada y prejuiciosa.

Desde agosto de 1998 empecé a radicar en la ciudad de Xalapa, Veracruz donde me instalé para estudiar la licenciatura en Sociología. Salir de mi localidad representó no solo poder estudiar la universidad sino la oportunidad de conocer a otros hombres con los cuales podría tener sexo, enamorarme e incluso conformar una relación sentimental que tanto añoraba. En abril del 99 comencé a experimentar un malestar estomacal que impedía alimentarme de manera adecuada. El más mínimo bocado de cualquier alimento producía que mi estómago se inflamara sorprendentemente. Por tanto, la pérdida de peso fue tal que llegué a pesar 47 kilogramos, unos 18 kilos menos de mi peso habitual. Los meses pasaron y mi organismo no respondía a ninguno de los tratamientos implementados.

Esta condición llevó a la gastroenteróloga que trataba mi padecimiento, en octubre de ese año, a plantear dos alternativas: o estaba consumiendo sustancias psicoactivas (una práctica que se consideraba común en la facultad de humanidades a donde acudía) o me había infectado de VIH.

El consumo de psicoactivos estaba fuera de discusión porque estaba seguro de no hacerlo. Pero no sucedía lo mismo con el VIH/sida. A pesar de que para ese momento solo había estado en una sola ocasión con otro hombre al cual conocí una noche en el centro de Xalapa, con quien solo nos habíamos acariciado y tocado hasta eyacular, la posibilidad de estar infectado por el virus fue en ese momento una alternativa bastante viable. Para ese entonces yo sabía y conocía lo más básico de la enfermedad : que era causada por un virus, que el virus se transmitía por contacto de sangre o en prácticas sexuales sin protección y que no había cura. Y aunque no había habido penetración, pensaba que quizás una gota de semen había entrado por mi ojo, o que se había quedado en mis manos, las cuales después habría yo succionado o había comido con ellas sin lavarme.

La información que había tenido hasta ese momento, en la primaria, secundaria y preparatoria no cubría detalles tan específicos como los que había experimentado en ese primer encuentro sexual con otro varón. Es más, nunca se habló de sexualidad entre varones

más allá de considerarse una práctica mucho más riesgosa que el sexo heterosexual para infectarse de VIH/sida. Y yo era un tipo homosexual de 20 años, que había tenido un encuentro con un extraño a quien había *levantado* en un parque por la noche. Para mí, todo estaba acabado. Efectivamente, de ser el resultado positivo, solo quedaba esperar morir. Recuerdo ahora con un poco de risa, que mi mayor coraje era la ironía del contexto: iba a morir por haber estado sexualmente con alguien, que ni siquiera había sido completamente satisfactorio y que fallecería antes de haber encontrado a ese hombre especial con quién formar una pareja.

Recuerdo que llamé por teléfono a mi mamá y le dije el posible diagnóstico de la médica. La respuesta de mi familia fue buscar otras opiniones y tratamientos. Nunca me llegué a realizar el estudio de diagnóstico a VIH/sida. Algunos meses después, un médico de mi ciudad dio con un tratamiento que resolvió el problema: *cholex*, un complemento alimenticio que actúa en el metabolismo de triglicéridos y colesterol solucionó el problema. Recuperé peso y energía, salvé el semestre -que estaba a punto de perder por faltas- y el tema del VIH/sida no se volvió a tocar.

La década del 2000: la apuesta por la medicalización

Durante los dos últimos años de mi carrera (2000-2002) el tema del VIH/sida no estuvo más presente en mi cabeza. A pesar de que retomé con gran auge mi vida sexual y sentimental, luego del padecimiento gastrointestinal. Tuve mi primera relación de noviazgo con un chico, quién poco después me confesaría que la mayor parte de sus ingresos provenían de ejercer el trabajo sexual. Fue una relación bastante bonita, pero solo duró unos meses porque me pesó demasiado su actividad laboral principal. Yo fui quién terminó la relación y al poco tiempo me descubrí infectado de *ladillas*³⁶. Aunque este tipo de infección puede suceder no necesariamente por contacto sexual, inmediatamente yo adjudiqué a este chico la transmisión, alegando su actividad laboral. Pero aun indignado y todo, en ningún momento pensé en la realización de una prueba para VIH/sida. Era un tema que no estuvo presente, en esos momentos, como una posibilidad.

También en ese tiempo *le rompí el corazón* a un compañero de la licenciatura, quien también laboraba como trabajador sexual mientras estudiaba. Con él fue la primera vez que hubo penetración sin el uso del preservativo. Hoy día reconozco que fue placentero el haber *jugado* con lo que el chico decía sentir por mí, al no corresponderle en una relación formal como él quería. A pesar de ello, terminamos siendo amigos y coqueteando de vez en cuando. Recuerdo con afecto esta relación sobre todo por el placer sexual que tuvimos en nuestros encuentros.

Fue frecuente también en ese tiempo que coqueteara y saliera con estudiantes de las otras carreras de la unidad de *Humanidades*, y tuviera sexo con ellos, incluso dentro de las

³⁶ Las ladilla son insectos ectoparásitos de los humanos. Pequeños, casi redondos y de formas achatadas. La infección por estos insectos es llamada ftiriasis. Su transmisión ocurre principalmente por contacto sexual pero puede también suceder por contacto con objetos infectados.

instalaciones universitarias. En algunas ocasiones usaba condón, y en otras no. Sucedió lo mismo con algunos docentes, pero de otras facultades ajenas a *Humanidades*. Aproveché muchas situaciones para tener acercamientos y encuentros con distintos varones desconocidos. El transporte público, el gimnasio, las áreas comunes de la universidad, los teatros, las calles y parques de Xalapa fueron buenos escenarios para conocer hombres, *ligarlos* y tener algún encuentro sexual con ellos. A algunos nunca más los volví a ver, otros me llegaron a visitar con cierta frecuencia en el pequeño cuarto que rentaba para seguir *cogiendo*. Otros me llegaron a buscar incluso en el domicilio de mis papás, en mi ciudad de origen. También hice uso del entonces naciente mundo del internet, con salas virtuales para contactar hombres de página como *Latín chat* o *Sergay*.

En este marco también sucedió la primera vez que *salí del closet* fuera de mi familia, admitiendo mi homosexualidad ante mis compañeras y compañeros de salón, pero principalmente con mi grupo de amigos más cercano, todos heterosexuales. Fue en una *quemada*, la fiesta que se organizaba al final de cada año escolar, en la que participaban las 5 facultades que conformaban el área de Humanidades y donde la mayoría de las y los asistentes nos perdíamos en el alcohol y otras sustancias. Era frecuente que había prácticas sexuales en los baños y los salones durante esa noche y en la quemada del 2001, completamente ebrio, me besé con muchos hombres frente a las y los demás, así que mi *salida del closet* fue inevitable. Sin embargo, esa salida del armario fue la primera vez que me sentí aceptado por un grupo de personas, valorado sin ser juzgado por mi orientación sexual ni ser el objeto de violencia o burlas y la primera vez también que me sentí protegido: luego de confirmar mi orientación sexual, mis amigas y amigos me cuidaban cuando tomaba mucho alcohol e incluso en alguna ocasión me *rescataron* cuando - aun no recuerdo como llegué ahí por estar muy ebrio- me encontraba semi desnudo en la vía pública con un grupo de varones desconocidos.

Luego conocí, me enamoré y tuve muchas relaciones sexuales sin protección con un chico que estudiaba la licenciatura en Historia. Solo en una ocasión usamos el preservativo, y eso fue porque él sospechó que yo había estado con alguien más. El tema del uso del condón nunca fue puesto sobre la mesa. Pareciera que ambos pensábamos que, cada uno por su lado, no teníamos encuentros sexuales con otras personas, aunque eso nunca fue así. Tampoco nunca se tocó el tema de la exclusividad sexual o de la fidelidad. Creo que algo que nos mantuvo juntos todo ese tiempo fue el placer sexual que compartimos, y me parece que ambos dimos por sentado que, al ser nuestros encuentros sexuales tan satisfactorios, no tendríamos que buscar a nadie más. Y dicho placer sexual, mucho se basó en no usar condón cuando nos penetrábamos³⁷. Personalmente y desde mis experiencias con este chico, me es mucho más placentero no usar preservativos.

Todo este contexto, donde disfruté de varios encuentros sexuales con distintos varones incluyendo el chico del que me enamoré y donde el tema del VIH/sida estuvo bastante ausente, sucedió en lo que Santoro (2019) refiere como la última fase de esta

³⁷ Jamás tuvimos una relación de noviazgo tal cual. Además del sexo, hicimos algunas actividades juntos, como si fuésemos novios, pero no lo fuimos. Yo lo amé mucho. Años después el me confesó que también me quiso demasiado, pero nunca se concretó una vida en pareja. Nuestros encuentros terminaron cuando en el 2002 terminamos de estudiar y cada quien tomó rumbos distintos.

pandemia, denominada por el autor como de *medicalización*. El término alude a la apuesta por el uso y consumo de fármacos como la medida de combate principal ante el VIH/sida. Y es que, durante la década del 2000, nuevos medicamentos ARV se sumaron al cuadro farmacológico ya existente. Esto tuvo mucho que ver en parte con el florecimiento de la industria farmacológica que en el marco del neoliberalismo de los años 80 y 90 se habían consolidado ya como una enorme empresa global.

En nuestro país mientras tanto, esta fase tuvo también como marco un cambio en el gobierno político mexicano y por lo tanto una serie de modificaciones en la infraestructura sanitaria³⁸. Se trató del ascenso al gobierno federal del Partido Acción Nacional (PAN), de doctrina política conservadora. Desde el 1 de diciembre del 2000 dio inicio el periodo presidencial de Vicente Fox en cuyo sexenio se intentó amortiguar los efectos de las tendencias neoliberales en la atención sanitaria, pues desde los años 80 las políticas económicas neoliberales habían influido en la reducción del gasto público en salud, ocasionando una atención *primaria selectiva*, procesos de mercantilización de la salud, descentralización de los servicios sanitarios, una creciente privatización de éstos mismos, reducción gradual de la participación del estado como proveedor de servicios y la reducción del gasto público destinado y ejercido por el sector salud (Flamand. & Moreno-Jaimes, 2015, citado por Benhumea, 2019). Todo ello derivó en una baja calidad de servicios, recursos escasos, y desorganización de las instituciones de salud públicas y privadas (Benhumea, 2019).

Una de las estrategias del entonces gobierno federal para combatir estas condiciones fue el desarrollo de políticas sociales que tuvieron la intención de corregir los vacíos en los programas de atención en salud y fortalecer el sistema sanitario. En ese sentido, y con respecto al VIH/sida, Ponce de León y López Zaragoza (2008) señalan que en el año 2000 esta enfermedad fue la decimosexta causa de fallecimientos en México (p.182). Esto generó alarma al gobierno federal, por lo que decidió destinar recursos a la compra de medicamentos ARV dentro del presupuesto de la Secretaría de Salud. Al mismo tiempo, el estado mexicano en esa década echó mano de otras estrategias para reforzar su sistema sanitario, como el apoyarse con organismos internacionales. En ese mismo año del 2000, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) creó el Fondo Estratégico, un mecanismo de cooperación para la adquisición de ARV en América Latina y el Caribe y México se adscribió a este fondo, lo que ha facilitó la adquisición de medicamentos.

³⁸ En México la creación de una primera instancia encargada de la salud pública sucedió en el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas: en 1938 se crea la Secretaría de Asistencia Social, como parte de las implementaciones para las mejoras a la salud de la población mexicana. Sin embargo fue en el último año de ese sexenio, en 1940 que empezó a llamarse Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) aunque posteriormente derogó sus funciones asistencialistas a otras instancias (como el denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia (DIF).) quedando solo con la responsabilidad de la salud. En el sexenio del presidente Manuel Ávila Camacho sucede la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): "Una de las instituciones medulares del sistema sanitario mexicano que afilia a los trabajadores formales de la iniciativa privada y en 1959, el titular de ejecutivo Adolfo López Mateos instruyó la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), dando cobertura a los empleados y familias del sector público federalizado" (Benhumea, 2019). Estas tres instituciones de salud (SSA, IMSS e ISSSTE) y sus modelos organizacionales y administrativos fueron vigentes hasta los años 80.

Al gobierno entrante le interesó mucho lograr un avance significativo en cuanto al combate frente al VIH/sida, entre otras cosas porque era uno de los compromisos al adscribirse a programas internacionales. En ese sentido se apostó también por mejorar la atención médica en el país para personas que vivían con este padecimiento. Dicha atención venía estructurándose y reestructurándose desde años atrás, como ya se refirió, con modelos que habían sido funcionales. Incluso desde 1999 se manejaba ya en estos modelos la prevención y atención de otras infecciones de transmisión sexual además del VIH/sida, porque se había notado una disminución de hasta el 50% de éstas, a partir de los programas de acción contra el VIH/sida. Por ello, para el año 2000 se planteó como un requisito indispensable que las unidades de atención sanitaria estatales contaran con un nuevo modelo denominado “Servicio Especializado para la Atención Integral de Personas con VIH/SIDA”. (CENSIDA, 2006, p: 8) que desde su versión anterior, llamada “modelo para la atención médica para pacientes con VIH/SIDA”, se trataba de un grupo interdisciplinario que brindaba atención integral ambulatoria en hospitales estatales.

Y esta apuesta por mejorar la atención clínica también generó modificaciones en los organismos que manejaban las estrategias y presupuestos en torno al VIH/sida en México. Karam (2008) señala que para el 2001 el CONASIDA recibió la asignación presupuestal de recursos federales dado que se constituyó como un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud. En ese mismo año sucede la desaparición de Fonsida, el fondo para la adquisición de ARV y es la misma Secretaría de Salud quien asume directamente la compra de medicamentos antirretrovirales distribuyéndolos de acuerdo con las necesidades de cada entidad en el país (Magis y Parrini, 2003, p.8). Es en ese año y bajo tales condiciones que surge el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA) para regular los programas referentes a esta pandemia.

Con estas y otras modificaciones como marco, se plantea el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud del año 2001, que fue un instrumento para mejorar la infraestructura sanitaria en el país. Es en este plan que se esboza la construcción de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión sexual (CAPASITS) en cada entidad de la república mexicana y como parte del Programa de Acción para la Prevención y el Control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006. Lo que se buscó con la construcción de estos centros fue albergar al grupo interdisciplinario de servidoras y servidores sanitarios que conformaban el Servicio Especializado para la Atención Integral de Personas con VIH/SIDA de cada estado, en un espacio físico concreto y con ello se marcaría una diferencia con respecto al modelo de atención de otras instituciones de salud como el IMSS o el ISSSTE.

Además estos módulos clínicos pretendían reflejar de mejor manera las intenciones de la Secretaría de Salud de lograr una *cobertura universal* frente al VIH/ sida en el país, objetivo que se plantearía en esos momentos para el año 2006, pero que según Ponce de León y López Zaragoza (2008) la misma Secretaría de Salud dijo haberla alcanzado para el año 2003 (p:

182), pese a que físicamente los CAPASITS de todo el territorio mexicano no estuvieron completos en su construcción y funcionamiento hasta casi finalizada esa década, a pesar de que las partidas presupuestales para su construcción existían desde el 2001, por lo que durante ese 2003 muchos CAPASITS funcionaron y atendieron a la población dentro de las instalaciones de hospitales estatales o bien en centros de salud urbanos, como en el caso de Puebla a través del anteriormente mencionado CISIDA.

Claro está que el enunciar una *cobertura universal* frente al VIH/sida bajo tales condiciones resulta bastante arriesgado. Emitido desde el aparato sanitario del gobierno, contar con una cobertura total se tradujo en el hecho de que en todas las entidades del país se llegó a contar con espacios de atención clínica y distribución de antirretrovirales para poblaciones afiliadas y no afiliadas a instituciones de salud³⁹. Lo cual es bastante plausible. Pero la existencia de tal *cobertura universal* no garantizaba – como sucedió en ese año del 2003- que toda la población tuviera acceso a ellas.

Muchas problemáticas y condiciones sociales impidieron a determinados sectores sociales poder acceder a tales servicios. Aspectos como la lejanía entre el domicilio del paciente y el centro de distribución de fármacos y atención médica, el desconocimiento de que los servicios eran gratuitos, desconocer también el estado serológico a VIH/sida o el proceso para su detección, etcétera, fueron condiciones que dificultaron que ciertos sectores poblacionales aprovecharan la aparente *cobertura universal*.

En ese mismo año del 2003, empecé a laborar en el Centro Penitenciario de mi ciudad natal, como responsable del área de Trabajo Social. Como una de mis funciones tenía que realizar la vinculación con el hospital general del distrito, para la atención a la población privada de su libertad. En los primeros años trabajando en el reclusorio, dos jóvenes, en diferentes momentos y motivos, ingresaron con un diagnóstico positivo a VIH/sida. El primero de ellos fue alrededor del 2003, quien además tenía verrugas genitales por condiloma, por lo que fue necesario realizar los trámites para su atención médica en el hospital. Cuando platiqué con él sobre su tratamiento para VIH, me dijo que tenía unos meses de haber recibido el diagnóstico (no recuerdo donde me contó que lo habían diagnosticado o quizás ni siquiera se lo llegué a preguntar) pero no había sentido molestia alguna, hasta que empezaron a brotar las verrugas en su pene. Luego cometió el delito, fue detenido y no había logrado averiguar cómo conseguir el medicamento. Yo tampoco lo sabía. Incluso ignoraba sobre la eficacia de los medicamentos ARV para ese entonces y recuerdo que con la directora del penal hablábamos de los pocos años de vida que le quedaban al chico, según nuestro criterio. Fue la médica cirujana que nos atendió para la operación que eliminaría las verrugas quien nos canalizó con las trabajadoras sociales del hospital para gestionar su adscripción al Hospital General de Puebla, y el Centro de Salud Urbano Analco 1 (donde en esas fechas se

³⁹ Para la Secretaría de Salud en México una cobertura universal refiere el acceso universal, cobertura integral, acceso a medicamentos, atención primaria y especializada, servicios sin costos, calidad y oportunidad.

encontraba el programa de atención a personas con VIH/sida del estado), donde recibiría los ARV.

Esto complicó en demasía su situación legal. En esos años los protocolos de los centros penitenciarios del estado de Puebla señalaban que, en tales condiciones, los sujetos deberían ser trasladados a la capital para llevar su proceso penal en el reclusorio del estado con la finalidad de tener cerca el centro de atención hospitalaria que requería.⁴⁰ Pero eso significaba una serie de complicaciones: su caso se atrasaría porque debería esperar a que el juzgado penal de la capital lo asumiera, además representaba un esfuerzo para su familia pues ahora para visitarlo y estar al tanto del proceso penal tenían que viajar más de dos horas y cubrir sus pasajes y los del abogado que llevaba su caso, o conseguir otro en la capital o hacer uso de los servicios gratuitos del abogado de oficio, que por sobrecarga de trabajo siempre eran los procesos más lentos y tardados. Así que la dirección del penal donde yo trabajaba resolvió que lo más conveniente para todos, era convencer a la familia que por cualquier medio consiguieran el dinero para pagar la fianza - dado que era un delito menor-, que el chico saliera del penal, llevara su proceso en libertad y él diera seguimiento a su tratamiento para VIH/sida. Y así fue como pasó. Ignoro a la fecha que sucedió con él, pero esto es un claro ejemplo de cómo una *cobertura universal* a VIH/sida tal como lo planteó el gobierno mexicano de ese entonces, no garantizaba que los sujetos tuvieran las condiciones necesarias para acceder al tratamiento. El chico del relato, tras recibir el diagnóstico positivo a VIH/sida desconocía cómo acceder al tratamiento gratuito en el estado, y luego tras su internamiento en el reclusorio su condición de salud complicaba su situación legal.

Para el año 2004, el gobierno federal echó a andar el llamado *Seguro Popular*, dentro del marco del Programa Nacional de Salud del sexenio foxista, con el cual se buscó incorporar a la población mexicana sin seguridad social a un esquema de *aseguramiento* con la finalidad de recibir atención médica gratuita. Hasta antes de este programa, las personas que no tenían algún tipo de servicio médico institucional, ni posibilidades económicas de sostener una atención particular, hacían uso de los hospitales y clínicas del sector salud, en donde se les cobraban cuotas de recuperación establecidas a partir de estudios socioeconómicos ejecutados por el área de Trabajo Social. Y es que tan solo en el año 2002, 103.418.000 personas en el país hacían uso de estos servicios con bastantes carencias y deficiencias (Benhumea, 20199. Aunque el programa del Seguro Popular no logró solventar las fallas que intentaba resolver, siendo fuertemente criticado principalmente por inequidad, corrupción y falta de infraestructura (Tamez y Eibenschutz, 2009), permitió el acceso a la atención clínica gratuita y al abastecimiento de medicamentos. Un modelo muy parecido al que para esos años ya se manejaba con respecto a la atención en VIH/sida.

⁴⁰ En esos años las personas detenidas podían ser trasladadas a cualquier reclusorio del estado aun sin estar sentenciadas, es decir, aun sin que un proceso penal les adjudicara la responsabilidad del delito declarándolos culpables e imponiendo multa y sentencia. Esto muchas veces complicó la situación económica de los grupos familiares de las personas reclusas.

Aproximadamente entre el 2004 -2005, ingresó al penal donde yo laboraba, el segundo caso de una persona detenida con un diagnóstico positivo a VIH/sida. Sin embargo, este segundo chico difería en algunos aspectos con el caso anteriormente narrado. Tanto él como su esposa tenían ya un tiempo viviendo con el virus y ambos se encontraban bajo tratamiento. Eran residentes del estado de Veracruz, por lo que el abastecimiento de ARV lo hacían en el CAPASITS de esa entidad, en la ciudad de Xalapa, haciendo uso precisamente del programa del Seguro Popular que tenía una cobertura nacional. El chico ingresó en un inicio por delitos graves: atraco, homicidio y asociación delictuosa, por lo que la complejidad de su caso garantizaba una estancia prolongada en el penal, y a diferencia del caso anterior, no podía ser trasladado a un reclusorio veracruzano a menos que tuviera una causa penal pendiente en aquella entidad, que no era el caso.

Para nosotros como institución fue bastante conveniente que fuera la esposa quién viajara a Xalapa por el medicamento y nos lo otorgara para la dosificación de su cónyuge. Algo de lo que me doy cuenta ahora, al escribir estas líneas, es que nunca se programó ni se realizó una consulta de seguimiento para el chico en el CAPASITS Veracruz. De alguna manera, la cual ignoro, la esposa consiguió que le otorgaran el medicamento sin la necesidad de llevarlo a consultas o realizarle algún tipo de estudio de laboratorio, y quien daba seguimiento clínico al muchacho fue el médico que consultaba a la población en el penal. En realidad, nunca nos preocupó eso. Mas bien recuerdo que la mayor preocupación institucional fue que el chico también había referido ser bisexual y era además bastante atractivo, lo que representaba un riesgo para la seguridad del penal porque se sabía de las prácticas homoeróticas y sexuales de la población en internamiento y el chico representaba entonces una posible fuente de propagación del VIH/sida intra muros. Pensábamos que aun estando bajo tratamiento, podría infectar a los demás muchachos, por lo que una de las decisiones tomadas fue saltarnos los protocolos de nuestra propia institución y otorgarle inmediatamente la *visita íntima o conyugal*. Creíamos que de esta manera, el chico se mantendría sexualmente satisfecho sin la necesidad de tener encuentros sexuales con los demás varones.

El chico y su esposa fueron las primeras personas que recuerdo haber conocido viviendo con VIH/sida y tener una condición de salud bastante estable gracias al tratamiento farmacológico. Con vergüenza recuerdo ahora lo sorprendido que quedé en ese entonces cuando la cónyuge me contaba de su condición de salud (seguramente puse una cara de asombro e incredulidad, que seguro resultó bastante incómoda para ella) y lo insistente que yo era cada vez que nos encontrábamos preguntándole sí se sentía bien, tratándola *misericosordiosamente*.

Además, el tema del VIH/sida seguía siendo algo muy ajeno a mí y a mi vida, ahora porque desde el 2004 llevaba una relación de pareja bastante estable y formal con un chico de mí misma edad y ciudad. Para el 2005 vivíamos juntos en casa con mi madre⁴¹ y era

⁴¹ Mis hermanos mayores habían ya desertado del hogar primario y vivían con sus respectivos núcleos secundarios. Mi padre dejó a mi mamá desde el 1998 y vivía con su nueva pareja.

frecuente que no usáramos protección en nuestras prácticas sexuales. Me parece que nunca cuestioné la posibilidad de infectarnos, porque aparentemente asumía que en el marco de una pareja monogámica entre varones, el VIH/sida era una posibilidad prácticamente nula. Aunado a que fuera de los casos en el reclusorio, no conocía a nadie que viviera con el virus en la ciudad (en ese año, la entidad poblana había registrado 507 casos diagnosticados, de los cuales 273 habían fallecido), por lo que me atrevo a pensar ahora que esos casos en el penal resultaban para mí como algo extraordinario, acontecimientos alejados y propios de estilos de vida que – según yo- no eran los míos.

Creo que esa forma de pensar estaba relacionada tanto por llevar una relación de pareja monógama como por tener cierta autoridad en el reclusorio y además ser el área que *ayudaba* en las necesidades y *tragedias* de la población recluida y sus familias. Por lo que el VIH/sida parecía incluso una condición propia de los sectores precarizados a los que estaba yo dispuesto a auxiliar y no una realidad que pudo haberme abrazado. Por eso, cuando conocí al chico y su esposa bajo tratamiento, me sorprendí que alguien con VIH/sida mantuvieran una condición de salud como la de ellxs. Y me sorprendía de sobremanera la capacidad de los fármacos para lograr eso.

Santoro (2019) refiere que, en este último periodo de la pandemia, precisamente gracias al desarrollo farmacológico, se logró transformar al padecimiento de una infección aguda y mortal a un proceso crónico. Ello significó un cambio en los paradigmas en torno al VIH/sida, sobre todo en la manera en que se vivía la infección, la aplicación de tratamientos⁴² y la ejecución de las políticas públicas.

Algunos otros autores como Prieto (2006) consideran que, al cumplirse 25 años del inicio de la pandemia, se disponía ya de un arsenal terapéutico/ farmacológico antirretroviral, incomparable en la historia con otros procesos pandémicos como el caso del paludismo, la tuberculosis, la sífilis, etcétera. Pero volviendo con Santoro (2019), este autor ubica un punto significativo de esta fase pandémica en el año 2006, a partir de lo que él llama una *lexicalización* de la palabra *sida*, por parte de la Real Academia de la lengua española (RAE), al convertirla en un sustantivo común, por lo que a partir de ese momento debería escribirse con minúsculas. En su opinión, este hecho se da por la introducción y uso de los medicamentos ARV bajo las terapias de gran actividad (TARGA) que convierten al padecimiento de mortal a crónico, reduciendo su amenaza a la vida (p.99).

El chico y su esposa seguramente siguieron con su vida gracias al fármaco que ya para esos años significaba una garantía de vida ante el VIH/sida. Algunos años después, el abogado del muchacho logró demostrar una mínima participación en la comisión de los

⁴² Con los primeros tratamientos farmacológicos había que consumir un número mayor de tabletas y los efectos eran más desagradables.

delitos, reduciendo la tipificación penal y logrando el derecho a fianza, por lo que tras pagarla fue puesto en libertad⁴³.

Pero el dato de que la esposa del chico en aquel entonces hubiera podido conseguir el medicamento ARV sin un seguimiento por consultas y estudios de laboratorio del paciente, da cuenta de cómo cada CAPASITS en sus inicios operó de manera muy particular en cada entidad. En Puebla la creación del CAPASITS tuvo como marco las disputas entre grupos de activistas y el CISIDA, principalmente con quien estaba a cargo de dicha dependencia, quien como se mencionó anteriormente, fue señalada en su momento de acciones discriminatorias, homofóbicas y serofóbicas.

Onán Vázquez es uno de los personajes más reconocidos en el activismo poblano sexodisidente y encabeza la asociación *Vida Plena Puebla- no dejarse es incluirse*, organización que por más de 25 años ha realizado labores en torno a la defensa de derechos sexuales de comunidades heterodiversas y ejecuta trabajo activista sobre VIH/sida. Vázquez señala que precisamente uno de los primeros intereses de su grupo de trabajo, desde el año 2000, fue la manera en que se atendía institucionalmente a las poblaciones que vivían con el virus en el estado. Sin embargo, recibieron poco o nulo apoyo por parte de las instituciones estatales para la realización de actividades preventivas y de intervención, por lo que era común que insumos como preservativos y trípticos informativos fueran conseguidos con grupos activistas de la capital del país como el *Frenpavih* o algunas asociaciones poblanas como el albergue *Aprendiendo a vivir* o *La casa de la sal Puebla*.

Ante estas condiciones, en el año 2004 la organización de Vázquez consigue ser recibida por la entonces encargada del CISIDA. No obstante, el activista señala que fue una reunión desastrosa. Narra que la visión conservadora y prejuiciosa de la titular no solo se mostró en el trato despectivo con el que fueron recibidos, cuestionados desde su orientación sexual, sino que sus posturas impidieron un trabajo en conjunto y les preocupó sobremanera su enfoque al hacer acciones de prevención. Onán Vázquez recuerda por ejemplo una ocasión en la que el CISIDA presentó en el canal de *Televisa Puebla* a un paciente con sida en condiciones deplorables acompañado de un discurso moralista donde la titular de la dependencia sanitaria expresaba que el estado del paciente era la consecuencia de su orientación homosexual.

Pero además, estaba el hecho de que la partida para la construcción del CAPASITS había sido aprobada desde el inicio de la década y en otras entidades se contaba ya para el 2004 con tales instalaciones (en esos años en Puebla, el equipo interdisciplinario, la capacitación para atención a pacientes, el reparto de medicamentos ARV y la realización de pruebas estaba administrado por el CISIDA instalados en el centro de salud urbano número 1, en el barrio

⁴³ De sus copartícipes, es decir las otras dos personas que habían cometido el atraco, uno de ellos fue puesto a disposición federal, pues se demostró que fue el quien accionó el arma homicida, lo que significa un delito federal y fue trasladado a un penal de máxima seguridad. El otro, que penosamente resultó ser un ex compañero mío de secundaria, había muerto desangrado en la misma comisión del delito, al ser herido por el guardia de seguridad de la tienda atracada.

de Analco en la capital estatal). Por lo que fue preciso trabajar en conjunto con otras organizaciones activistas para conseguir un cambio en la manera en que el gobierno poblano venía realizando el trabajo de prevención y atención clínica en torno al VIH/sida. El lema de la cuarta marcha del orgullo LGBT+ de la entidad poblana, fue la destitución de la encargada del CISIDA y la creación de un Consejo Estatal en materia de VIH/sida del cual también carecía el estado.

Según una nota del periódico *La jornada de oriente*, la titular fue removida de su cargo en el año 2005, quedando al frente de la dependencia un médico epidemiólogo⁴⁴ (20/12/2005). Finalmente, la construcción y apertura del CAPASITS Puebla sucede en el año 2006, instalándose en el complejo de salud del sur en la capital del estado. Tanto la construcción del CAPASITS como la creación del COESIDA Puebla fueron el resultado de una serie de gestiones entre el gobierno estatal y las organizaciones civiles involucradas. La encargada del entonces recién creado CAPASITS Puebla, fue una médica epidemióloga y especialista en medicina tropical, con una postura no prejuiciosa y más accesible con la cual fue posible realizar un trabajo en conjunto para la prevención y atención al VIH/sida. El CAPASITS Puebla inició sus actividades siendo un centro de atención clínica pero también un espacio político donde grupos activistas realizaban acciones colaborativas tanto de prevención como de acompañamiento y respeto a los derechos de minorías sexuales, así como apoyo a los grupos familiares, trabajadoras y trabajadores sexuales y pacientes de la clínica con orientación heterosexual (Por supuesto a lo largo de los años ha existido un seguimiento por parte de los grupos activistas sobre la atención en el módulo).

En el año de la apertura de la clínica, Puebla registró 432 nuevos casos de VIH/sida positivos, cifra que se mantuvo constante hasta el año 2009 que se presentaron 456 (SS Puebla, 2022). Entre esos 456 casos del 2009, se encontraba el que se presentó en el penal donde yo hasta ese entonces seguía laborando. Para esas fechas el VIH/sida tenía ya una mayor presencia en el reclusorio, institucionalmente hablando. A través de la Dirección General de Centros de Reinserción Social del estado (DIGCERESOS), se solicitaba desde algunos años atrás la realización de actividades relativas a la prevención del padecimiento y la no discriminación por vivir con el virus. Se realizaban pláticas informativas, reparto de preservativos entre las visitas familiares, (dato curioso es que se repartían los condones con los familiares y no entre la población penitenciaria aun cuando se sabía de prácticas homoeróticas e incluso trabajo sexual, cobrándose entre ellos tarifas muy bajas por sexo oral, penetración o incluso compañía nocturna. Pero repartirlos entre la población significaba aceptar socialmente no solo la existencia de estas prácticas sino la incapacidad del control de las mismas) así como la conmemoración del día internacional de la lucha contra el VIH/sida el 1 de diciembre, etcétera.

⁴⁴ El CISIDA continuó trabajando pero sus labores se limitaron a la investigación en torno al VIH/sida. Sin embargo hoy día es posible encontrar notas periodistas donde se narran actos de corrupción, desatención de albores, incluso escándalos de acoso laboral en tal dependencia. La dependencia al parecer desaparece con la llegada del Partido Acción Nacional al gobierno del estado en el 2011.

Como área de Trabajo Social tenía la responsabilidad de la ejecución de estas actividades junto con el área médica. En ese año del 2009 contacté con personal del IMSS de la ciudad para una jornada de realización de pruebas rápidas⁴⁵. Las pruebas rápidas son métodos para detectar anticuerpos contra el virus del VIH en el suero, plasma o sangre, obteniendo resultados en cuestión de 20 a 40 minutos, teniendo una sensibilidad y especificidad cercanas al 100%. La facilidad de su manejo las hace ideales para aplicar en lugares donde no se cuenten con laboratorios, como los penales (SSA, 2006, p: 9). Esta actividad se había hecho ya antes, con apoyo de la DIGCERESOS, sin haber existido casos positivos en la institución. Pero en esta ocasión, una chica del área femenina dio positivo a la prueba rápida. La chica formaba parte de uno de los dos matrimonios que meses antes habían ingresado al penal por el delito de robo a comercio.⁴⁶

El primer aspecto que el caso tensionó fue la privacidad de la notificación del diagnóstico positivo. De acuerdo con la *Guía para la aplicación de la prueba rápida*, publicada por la Secretaría de Salud en el año 2006, que a su vez cita a la Norma Oficial Mexicana NOM010-SSA2-1993, “la prueba de detección debe registrarse por los principios de consentimiento informado y confidencialidad, y que la entrega del resultado debe hacerse de forma individual, por personal capacitado” (p:7). Pero en este caso, la privacidad no podía quedarse solo en la paciente diagnosticada. Y tampoco se reducía a las autoridades del penal por que éstas a su vez debían notificar a la DIGCERESOS pues tal dependencia también mantenía una estadística estatal de estos casos en coordinación con la Secretaría de Salud del estado. Aun cuando el personal del IMSS que aplicó las pruebas trató de acoplar sus protocolos al contexto, este tipo de situaciones parecen desbordar tales protocolos en determinados puntos.

Puesto que se trató de un caso diagnosticado dentro del reclusorio, todos los trámites para la atención de la chica recayeron en la institución. Esa fue la primera vez que conocí el CAPASITS Puebla, el módulo de detección, atención médica especializada e integral, así como abastecimiento de medicamentos ARV para población no afiliada en la entidad

⁴⁵ A nivel mundial, la primera prueba para la detección del VIH se desarrolló en 1985. Solo un año después, en 1986, en nuestro país se comenzaron a aplicar estas pruebas cuando se constituyó la Red Nacional de Laboratorios de VIH, dependiente de la Secretaría de Salud. Estas estrategias se implantaron ante la emergencia que significó la propagación del virus en los procesos de donación de sangre, por lo que en ese mismo año dichas pruebas se establecen como un requisito para donaciones y transfusiones sanguíneas. El desarrollo desde las primeras pruebas de laboratorio para detección de VIH, hasta las pruebas rápidas comúnmente usadas en la actualidad ha sido otro de los rubros en los que se enfoca el trabajo frente al VIH. En el 1989, Soler y Stanislawski cuestionaban la pertinencia de la aplicación de la hoy llamada prueba rápida, en ese entonces llamado *ensayo de prueba eliza en punto*: “En este tipo de pruebas el fabricante proporciona una pequeña superficie que tiene absorbido el antígeno viral. A esto se le añade una gota del suero problema así como unas gotas de soluciones que son proporcionadas también por el fabricante. Si el suero es positivo aparecerá una mancha de cierto color . sería parecido a las pruebas de embarazo que se encuentran disponibles en el mercado , para hacer en casa en cinco minutos. Estos avances, algunos de los cuales todavía no están autorizados para venta crean un nuevo problema: ¿es conveniente realizar un diagnóstico de una enfermedad de esta naturaleza sin contar sin la asesoría médica y psicológica necesaria para entender y aceptar el resultado en de ser positivo? (...) pues se está hablando de una enfermedad con índices de mortalidad muy elevados que aun presenta enigmas para resolver” (p.109). Cuestionamientos como estos fueron modelando, al paso de los años, los procesos y protocolos referentes a las pruebas de detección de VIH. en la actualidad en nuestro país, las pruebas para detectar la infección por VIH pueden hacerse en laboratorios particulares (pruebas de anticuerpos o pruebas de ácido nucleico) o en instituciones del sector salud a través de la denominada prueba rápida, que como señala la cita anterior se trata de un procedimiento de detección por medio de una gota de sangre del dedo en una tablilla reactivo. La aplicación de esta prueba está sustentada en una serie de protocolos y guías para respetar la privacidad u derechos de las personas que deciden realizarse la prueba.

⁴⁶ Ella junto con su esposo, su cuñada y concuño habían intentado asaltar una tienda de departamental de la ciudad.

poblana. Las gestiones para la adscripción de la chica corrieron a cargo de la DIGCERESOS, por lo que la primera vez que visite el módulo fue durante la primera consulta de la chica.

En aquella ocasión, siguiendo los protocolos de la Secretaría de Seguridad Pública del estado, se planeó el traslado desde mi ciudad natal hasta la capital poblana, mediante un operativo con la policía estatal, trasladándonos en la patrulla algunos elementos de policía, incluyendo una oficial quien acompañaría a la chica en la consulta, la entonces médica del reclusorio y yo como trabajador social del mismo.

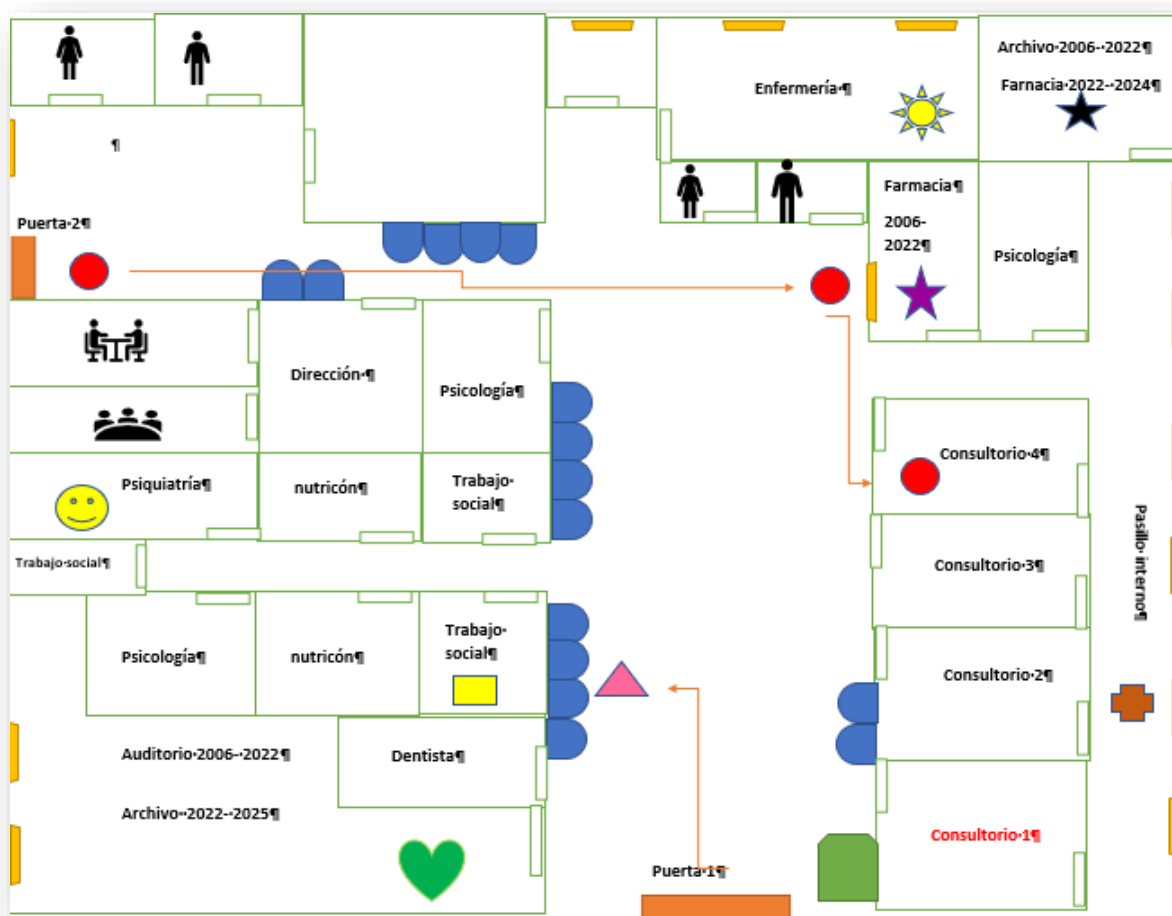
Como se refirió líneas atrás, la clínica estaba ubicada desde ese entonces en el Complejo de Atención a la Salud Pública del Sur, en la ciudad de Puebla, popularmente conocido como el Hospital del Sur o el Hospital de Agua Santa. Si se toma como orientación a las puertas y accesos del Complejo de Salud del Sur, se puede decir que el módulo CAPASITS Puebla se ubica en el fondo de dicha infraestructura, teniendo como acceso más cercano la puerta tres.⁴⁷

El operativo que llevó a la chica a su consulta entró por dicho acceso. En ese entonces, como lo muestra la imagen anexa, los edificios del complejo mostraban colores blanco y amarillo⁴⁸. El módulo CAPASITS es una pequeña clínica que ha tenido la misma estructura desde su construcción en el 2006, salvo por pequeños cambios sobre todo en la distribución de sus espacios y actividades [fig. 1.3]

⁴⁷ Gracias a herramientas digitales como *Google maps*, es posible recuperar imágenes cercanas al CAPASITS Puebla en el año 2009.

⁴⁸ Algo que va a variar notablemente es el cambio de estos colores en el complejo, los cuales dependen del partido político que este en la gubernatura estatal. En ese año el gobierno del estado estaba a cargo de Mario Marín, del Partido Revolucionario Institucional. El color amarillo fue adoptado en ese entonces como emblemático de la Secretaría de Salud.

En aquella ocasión, mi circulación por el módulo fue bastante limitada. Como trabajador penitenciario tenía encomendado tareas específicas y se me señaló con frecuencia que excederme de las mismas pondría en riesgo la seguridad del operativo. Así que la chica, dos policías varones, una oficial mujer, la médica del reclusorio y yo, entramos por la puerta dos del módulo (señalada en el croquis con un círculo rojo) avanzando en línea recta hasta la farmacia, (segundo círculo rojo). Ahí se resguardó a la chica hasta que fue llamada a su consulta en el consultorio 4. Ella entró con la médica y la oficial mujer a la consulta, mientras los demás esperamos frente a la farmacia. Supe de la existencia de un pasillo interno que conectaba a los consultorios (aunque no me enteré cómo era su estructura y su ubicación) porque alguien le informó a un oficial varón que se ubicara en ellos, si acaso la chica intentara escapar.



Imágen 1.3 Croquis del CAPASITS Puebla

Se trató de una vista bastante breve, alrededor de una hora promedio. Por lo que mi estancia en esa ocasión fue bastante limitada, pero suficiente para conocer el módulo CAPASITS Puebla, un poco del interior de la clínica y saber que además del personal sanitario, al igual que en otras áreas del complejo, había un oficial de la policía auxiliar que se coordinó con los elementos de la estatal en el operativo.

Ya de regreso en el penal, la médica y yo hablamos un poco con la chica sobre la consulta. Recuerdo que ella nos dijo que la doctora que la había atendido le explicó que si se apegaba al tratamiento no iba a morir pronto. La chica pensaba en sus dos hijas pequeñas en ese entonces y eso parecía darle esperanzas y significar al tratamiento farmacológico como una alternativa viable y las palabras de la doctora que la había revisado como una verdad.

Si Santoro señala que esta década se caracterizó por la apuesta a los tratamientos ARV como la mejor estrategia frente a y para disminuir los casos de VIH/sida, me parece que tal apuesta representó para las personas que fueron diagnosticadas en ese entonces, que el ARV se significara como un objeto que hacía circular la esperanza en sus vidas. Si bien esta circulación se daba desde los primeros años de la pandemia con el uso del AZT, los avances farmacológicos con las terapias combinadas no solo mejoraron la eficacia de los medicamentos, sino que también modificaron los discursos clínicos hacia las y los pacientes, quienes entonces podían volver a hacer planes a futuro, aunque éstos se constituyeran como limitados. La chica del penal decía que lo que le pedía a Dios era que le permitiera vivir hasta que sus hijas pudieran valerse por sí solas. En efecto, se trataba de un plan sin un futuro definido, limitado por la muerte de la madre o la autosuficiencia de las hijas. Pero al final, albergaba la esperanza para seguir con vida.

En las consultas clínicas aún se hablaba de la muerte, pero no de una inmediata, lo que generaba un significado distinto en la manera de vivir la enfermedad. El medicamento *daba tiempo* para que los pacientes hicieran cosas: planearan, reorganizaran o replantearan sus estilos de vida. Estos discursos de *esperanza* también fueron replicados durante muchos años por otros y otras trabajadoras de la salud en espacios como los talleres de apoyo que se brindaban incluso en el mismo CAPASITS Puebla. El discurso de la muerte inminente pero no inmediata por VIH/sida gestó una nueva forma de disciplinamiento de los cuerpos: si la infección había ocurrido por un estilo de vida catalogado como *riesgoso, descuidado* y una sexualidad *sin protección*, el medicamento permitía entonces *recomponer* ese estilo de vida, antes de que viniera la muerte. Una suerte de reivindicación del paciente. Se trataba, según este discurso, de una última oportunidad para ser... una mejor persona, de acuerdo con los discursos sanitarios, y el camino para lograrlo era convertirse en un *buen paciente*. Esta estrategia entonces utilizaba la esperanza de vida que brindaban los tratamientos farmacológicos como un mecanismo disciplinario prejuicioso y hasta punitivo.

2010: La década indetectable

Pero en la década del 2010 se *golpearía* un tanto la forma de este discurso disciplinario en búsqueda del buen paciente. Estos años se caracterizaron por establecer a la *indetectabilidad* o condición *indetectable a VIH* como el objetivo principal de las políticas públicas internacionales. Oficialmente una condición indetectable es designada como el estado serológico donde la carga viral en fluidos como sangre, semen o flujo vaginal de un organismo que vive con el virus, es menor a 50 copias, y por tanto, es una concentración que no tiene capacidad de transmisión por vías vertical, sanguínea o sexual (ONUSIDA, 2018). Aunque la reducción del número de copias ha sido uno de los logros desde las primeras terapias de intervención farmacológica, fue en el año 2011 a raíz del estudio 052 realizado por la red de ensayos para la prevención de VIH (HPTN)⁴⁹ que *se demostró la imposibilidad de transmisión* en parejas serodiscordantes⁵⁰ adscritas al TARGA, (CEPAL, 2011).

A partir de este descubrimiento, el discurso sobre la postergada pero inevitable muerte por VIH/sida se vio modificado. La condición indetectable, por un lado, se abanderó con el discurso de poder tener una vida completamente similar a no vivir con el virus, si se tiene una buena adherencia. Al mismo tiempo, la condición se vuelve un objetivo político que recae principalmente en el paciente diagnosticado, quien debe alcanzarla a través de la misma adherencia al tratamiento farmacológico e implementar un estilo de vida catalogado como *integralmente saludable*. Lograr la indetectabilidad, no solo representa una mejora en las condiciones de vida del usuario, sino que al impedir la transmisibilidad se establece la posibilidad de poner fin a la pandemia, a través del control de lo que se conoce como *transmisión comunitaria*.

Sin embargo, esta conceptualización de la indetectabilidad no fue algo que se difundió y se asimiló de manera rápida y fácil. Existió cierta incredulidad sobre la eficacia de tal condición, sobre todo porque representó un replanteamiento en la manera en que los cuerpos estaban siendo disciplinados por medio de la adherencia y los tratamientos integrales. Y dicha resistencia también tenía mucho que ver con que poco se conocía de tal condición, lo que se reflejaba en la atención clínica a las y los pacientes. Con ese contexto, para el año 2010 existió un cambio en la dirección del penal donde yo trabajaba. La nueva directora tenía otras prioridades y otras formas de trabajo. Entre tales formas estuvo el hecho de que para la segunda consulta de la chica diagnosticada el año anterior al CAPASISTS Puebla, el protocolo para el traslado fue mucho más relajado. En esta segunda ocasión estuvimos más tiempo en la clínica incluso después estuvo programada otra consulta con otro PPL⁵¹ en las

⁴⁹ Red financiada por el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, el Instituto Nacional de Salud Mental y el Instituto Nacional de Drogadicción (todos ellos dependientes de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos)

⁵⁰ Este término es utilizado para referir a las parejas donde solo uno de los integrantes vive con VIH.

⁵¹ A partir de las reformas al sistema de impartición de justicia en el 2008, se comienza a usar el término Personas Privadas de su Libertad para referirse a la población reclusa en centros penitenciarios. Con este adjetivo se anulan otros como interno, preso, recluso, etcéteras por ser considerados como discriminatorios y no adecuados bajo el régimen de presunción de inocencia.

instalaciones del hospital psiquiátrico del estado. En esta segunda visita al CAPASITS recuerdo, el operativo no fue tan estricto: entramos por la puerta principal (marcado con un círculo rosa en el croquis de la ilustración 3) sin tanta estrategia como en la ocasión anterior y estuvimos esperando a que se le llamara a la chica para su consulta, sentadas y sentados en las sillas frente a los consultorios (círculo rosa pequeño).

Esta vez pude dar cuenta de detalles que no percibí en mi primera visita. Por ejemplo que en la fachada principal de la clínica existe una rampa para acceso a personas con discapacidades motrices, y la entrada está formada por puertas de vidrio de dos hojas, donde se encuentran pegadas varias propagandas de programas de salud, así como letreros con horarios de atención de la unidad y avisos a la comunidad de usuarias y usuarios. Una vez adentro, lo primero que destaca al entrar es un pequeño módulo de atención montable (marcado en el croquis con color verde), donde se ubica el personal de la policía auxiliar quienes controlan el acceso y salida del CAPASITS Puebla. En este módulo improvisado, se encuentra el libro de ingreso y egreso y un enorme reloj para anotar la hora exacta de entradas y salidas.

En aquella vez no me acompañó la médica del reclusorio (creo que ya ni siquiera trabajaba ahí) por lo que, a la consulta, la chica entro solo con una oficial mujer de la policía estatal. Quedándome en el pasillo, pude notar muchas de las condiciones existentes en ese tiempo dentro del módulo. Por ejemplo, había bastante gente en la clínica, esto porque las y los pacientes eran acompañados por familiares y/o amistades e incluso algunas y algunos de ellos entraban junto con su familiar a las consultas. El espacio era aparentemente cómodo para las sexodisidencias, pues era común que dos personas del mismo género estuvieran tomadas de la mano, se besaran o se abrazaran al entrar o salir de la consulta o la entrega de resultados. Enfrente de donde estuvimos sentados se encontraba un pizarrón de avisos (¿o creo que en ese entonces estaba del mismo lado de las butacas?) donde había anuncios sobre talleres de apoyo para personas recién diagnosticadas, avisos de organizaciones no gubernamentales que ofrecían diversos servicios y apoyos a la comunidad LGBTIQ+, carteles que promovían la realización de pruebas de detección y el uso del condón y otros anuncios más. También había una pequeña repisa de madera que tenía trípticos de la Comisión de Derechos Humanos dirigidos a personas que viven con VIH/sida.

Recuerdo también que en esa segunda visita llegaron a la clínica uno o dos grupos de chicas mientras esperábamos la atención médica. Vestían ropa ajustada, estaban maquilladas y con tacones altos. Al llegar a la entrada principal los mismos policías del operativo hicieron comentarios sobre que se trataban de chicas trabajadoras sexuales. En esos años, estando en la presidencia municipal de la ciudad de Puebla la priista Blanca Alcalá, el CAPASITS Puebla regulaba muchos sectores sociales que eran considerados como *vulnerables* ante la infección del VIH/sida y otras ITS. Los y las trabajadoras sexuales llevaban un control en la clínica por lo que tenían que acudir con cierta regularidad, y aparentemente aprovechaban el

término de su jornada laboral nocturna para acudir al módulo en las primeras horas de atención. Aunque algunas acudían a realizar sus trámites de manera seria, otras iban más relajadas y sonrientes (indicio quizás de que también para estas poblaciones era un espacio cómodo), e incluso algunas de ellas coquetearon con los oficiales del operativo. Así que, en esos años, la actividad en el CAPASITS del estado era múltiple y fluida. Mucha gente se movía en sus instalaciones.

Esa fue la última vez que acudí al CAPASITS como trabajador social, acompañando a cualquiera otra persona privada de su libertad. Ante la incompatibilidad con la nueva dirección del penal, decidí dejar de trabajar ahí. Tal decisión comenzó a gestarse desde años atrás por muchos factores. En primer lugar, porque el puesto como trabajador social se trataba de un contrato de confianza que no generaba ni seguridad social, prestaciones ni antigüedad. Tampoco había oportunidades de crecimiento, pues los cargos directivos o bien eran asignados desde la DIGCERESOS o eran otorgados por favores políticos desde el municipio.

Además de ello desde el 2009 se había terminado la relación de pareja en la que me encontraba, tras yo haber presentado un cuadro de inestabilidad emocional y ser diagnosticado con un trastorno psiquiátrico de ansiedad y depresión crónica, por lo que mi entonces pareja decidió dejar la relación. Después de tal rompimiento había pasado algunos años teniendo encuentros sexuales con distintos hombres en Teziutlán, Xalapa y Puebla. Con algunos había usado protección, pero con otros no, como antes, pero con la diferencia de que estas ocasiones el tema del VIH/sida estuvo más presente en mi vida sexual. Lo recuerdo como una presencia de la cual debía estar alerta, una presencia que hacía circular el miedo. A diferencia de la sexualidad con una pareja, los encuentros casuales, las citas, los lugares de encuentro, y las relaciones ocasionales las viví en este periodo en una mezcla de temor y placer. Miedo a ser violentado, víctima de algún delito o infectarme de alguna ITS incluyendo el VIH/sida, pero entendiendo estas prácticas como la única posibilidad de conocer a alguien, tener sexo y poder volverme a enamorar.

En este periodo fue cuando viví la presencia del VIH/sida con bastante paranoia: ante cualquier sintomatología menor como infecciones de garganta o estómago o incluso la presencia de algún barro en cualquier parte del cuerpo que fuera doloroso o más rojo que lo habitual, acudí en varias ocasiones a hacerme estudios VDRL y VPH en laboratorios particulares. También fue en este periodo que me hice mis primeras pruebas rápidas a VIH/sida. Y cuando por algún motivo no usaba condón, existía una preocupación por haberme infectado que hacía circular la culpa y el arrepentimiento... aunque desaparecían poco después. Creo que esta fase de ambivalencia entre el placer sexual y el miedo a infectarme obedecía mucho a que buscaba con ansias reconstruir mi vida sentimental, volverme a sentir amado y querido.

Por ello es que considero que dos factores fueron decisivos para que en el 2012 decidiera dejar el puesto de trabajador social en el reclusorio: por un lado, la pésima relación laboral y personal con la entonces directora⁵² pero además, había conocido a Pancho, un chico 5 años mayor que yo, de la ciudad de Puebla que representaba no solo la posibilidad de establecer una relación de pareja que yo anhelaba sino también la de emigrar a otra ciudad en busca de un mejor empleo.

Pero la relación con Pancho resultó un tanto peculiar. Lo había conocido desde el 2011, por medio de una página *online* para conocer varones, con fines sexuales. Nos citamos en un lugar de encuentro en la ciudad de Puebla⁵³, estuvimos juntos sexualmente usando condón, y de ahí empezamos a ilusionarnos mutuamente y plantear la posibilidad de una relación de pareja. Comencé a viajar a Puebla frecuentemente para poder estar juntos más tiempo y poco a poco empezamos una relación sentimental. Pero para finales de ese año Pancho me confesó que vivía con VIH desde el 2008, encontrándose bajo tratamiento desde entonces. Esta es una etapa difícil de narrar, por el cúmulo de emociones que estuvieron circulando de manera constante y de forma caótica. La tensión se gestaba porque buscaba establecer una relación de pareja mucho más estable que la anterior y nunca me había planteado la posibilidad de una relación serodiscordante. No recuerdo con exactitud el orden de las fases por las que atravesé, pero puedo referir que en ellas hubo implicado mucho prejuicio, miedo y estigmatización de mi parte. Establecerse en una relación de *pareja serodiscordante* me fue muy difícil pues venía arrastrando una serie de significaciones de la enfermedad cargadas de mucho punitivismo disfrazado de apoyo y buenas intenciones.

En ese proceso cometí varios errores, como exponer la condición serológica de Pancho sin su consentimiento a mucha gente tratando de justificar mis acciones y decisiones. Me porté indeciso y en varias ocasiones terminaba la relación y regresaba unos días a casa de mi madre, para después retornar a Puebla con Pancho. Cierto es que mi contexto tampoco me ayudaba a tomar decisiones firmes: pocos de mis amigas y amigos apoyaron esta relación, argumentando que era prácticamente una sentencia de muerte para mí. Inclusive una psicóloga en terapia me dijo que era como *sentarse en una bomba de tiempo y pensar que nunca iba a estallar*. Busqué a esta terapeuta porque había sido mi amiga en el Hospital General de mi ciudad. Quizás por el afecto que me tenía, en aquel entonces dijo frases como *Esas personas acaban muy mal cuando van a morir... ¿estás dispuesto a pasar por eso? ¿Tienes la capacidad emocional para vivir eso?...*

A mi padre tampoco le hizo mucha gracia esta situación. Si bien nunca llevé una buena relación con él porque siempre le pesó mucho mi afeminamiento desde niño y aunque jamás

⁵² No solo fui yo quien desertó de la institución en ese entonces, varias y varios compañeros de todas las áreas emigramos y hubo mucha gente llegó y se fue en esos años.

⁵³ En esos meses yo acudía frecuentemente a la capital en busca de empleos, aun laborando en el reclusorio de Teziutlán, porque me habían modificado mi semana laboral de domingo a jueves, por lo que al tener los viernes libres aprovechaba para buscar empleo en otras ciudades.

había confirmado mi homosexualidad, habíamos logrado una especie de tregua desde que trabajaba en el reclusorio porque para él significaba un ambiente laboral rudo donde aparentemente yo tenía de mostrar mucha masculinidad⁵⁴. Pero el renunciar a ese empleo y confirmar mi homosexualidad emigrando a otra ciudad para vivir con otro varón⁵⁵, fue suficiente para que él decidiera no volver a hablar conmigo nunca más⁵⁶. No sé si fue verdad, pero en su momento me llegó el rumor que había dicho que lo único que me esperaba con esta decisión era morir de sida.

Cierto es que en la década del 2010 al 2020, existió una disminución a nivel nacional e internacional en el número de nuevas infecciones y tasa de mortalidad en VIH/sida en comparación con décadas anteriores, según el CENSIDA (BAIVIH, diciembre 4 del 2021) - y para el 2012 Puebla presentó 411 casos nuevos, una tasa muy por debajo de años venideros- pero los prejuicios, la discriminación y los mitos que desde el inicio de la pandemia rodearon a la enfermedad y la orientación homosexual siguieron vigentes en los significados sociales en esa década, además de que como se dijo al principio de este apartado, los beneficios de la *condición indetectable* aun no circulaban como lo hacen hoy día. Por lo que los prejuicios de mi padre, mis amistades y aquella terapeuta eran rechazables pero hasta cierto punto, entendibles para esos años.

Pero también debo reconocer que además del escenario de una relación de pareja serodiscordante, otra cosa que me aterraba de esta nueva relación era que las condiciones económicas tras dejar el domicilio de mi madre, cambiarían. Pancho laboraba como estilista, bajo condiciones semi informales, por lo que no tenía ingresos fijos, seguridad social y prestaciones, días de descanso y vacaciones pagadas. Además radicaba en la periferia de la ciudad, a casi dos horas del centro y en una colonia con altos índices de pobreza, marginalidad y criminalidad. Todo ello significaba que yo tenía que renunciar a una serie de privilegios, incluyendo las labores que mi madre hacía por mí: cocina, lavandería, administración de gastos del hogar, etcétera. Los prejuicios en torno al VIH/sida pueden llegar a articularse con otros relacionados, por ejemplo, a la clase social. Hoy día pienso que sí el status social y poder adquisitivo de Pancho hubiesen sido distintas, mis conflictos e indecisiones en torno a mi relación de pareja con él, se hubieran vivido desde otros posicionamientos o quizás ni siquiera se hubieran presentado.

Por supuesto que no todo fue conflicto. Desde el inicio Pancho y yo nos sentíamos muy cómodos juntos y nos hacíamos reír mutuamente. Compartíamos varias actividades como ir

⁵⁴ Varias veces habló de mí con sus amigos como un policia que tenía la capacidad de decidir si las personas recluidas alcanzaban o no una reducción de su pena.

⁵⁵ Siempre me pareció gracioso que en mi anterior relación, del 2004 al 2009, en la cual viví con mi pareja en casa de mi madre, mis hermanas, primas, tíos y demás familia materna lo conocieron y trataron como un integrante más, mi padre paso todos esos años fingiendo que solo éramos amigos que vivíamos en la misma casa.

⁵⁶ Mi papá falleció en el 2021 a consecuencia del COVID19 y un cuadro de pie diabético. Jamás volvimos a hablar desde el 2012.

al gimnasio y la compañía y cuidado de animales rescatados⁵⁷. Además nuestras prácticas sexuales, siempre con condón, eran bastante satisfactorias. También me gustaba acompañarlo en las acciones que tenían que ver con su atención clínica. La atención médica para VIH/sida que Pancho recibía desde su diagnóstico era en el CAPASITS Puebla, y para otros padecimientos acudía a la clínica de la colonia (o los consultorios anexos a farmacias populares). El programa del Seguro Popular para ese entonces fue vigente a pesar del cambio de sexenio. En el 2012 el Partido Revolucionario Institucional retomó la presidencia del país tras dos gobiernos panistas. Con algunas acciones de ampliación de cobertura, el Seguro Popular siguió vigente durante el periodo de Enrique Peña Nieto (2012-2018), e incluso a finales del primer año de su gobierno se firmó el *Pacto por México* el cual, en torno a la atención a la salud, planteó un Sistema de Seguridad Social Universal que entre otras acciones buscaba las mejoras en la atención a la salud de la población. De alguna manera estos contextos -bajo la constante vigilancia de las organizaciones activistas- permitieron la continuidad del abastecimiento de ARV y atención clínica a población que vivía con VIH/sida, por medio de las clínicas CAPASITS.

En ese contexto, a partir del 2012 tuve una nueva relación con el CAPASITS Puebla, ahora como un acompañante de Pancho a sus consultas. Como tal, tuve un poco de mayor movilidad en el centro, aunque esta se extendió solamente al consultorio donde Pancho era atendido, a donde llegué a entrar en un par de ocasiones en calidad de acompañante. En este periodo me interesé más en el tema. Busqué literatura al respecto, indagué más sobre la indetectabilidad, me acerqué al grupo activista de Onán Vázquez y cada 6 meses me realizaba la prueba rápida. En ese sentido también había cambiado mi relación con respecto al VIH/sida. Mi cercanía con Pancho y su tratamiento me permitió comprender con mayor facilidad que un paciente bajo TARGA podía llegar a tener una buena calidad de vida, adhiriéndose al tratamiento y lograr la condición de indetectabilidad, pues Pancho me contaba que desde el inicio de su tratamiento en el 2008, el personal médico le decían que era indetectable dado el número de copias del virus que presentaba en sus estudios semestrales de conteo de CD4 y Carga viral.

En el CAPASITS Puebla, durante la segunda mitad de la década del 2010 aun había bastantes actividades de prevención y promoción de la no discriminación por vivir con el virus. Para ese entonces mi relación de pareja con Pancho había terminado, y aunque nos separamos unos meses, la verdad es que habíamos logrado construir una buena mancuerna para poder sobrellevar la vida juntos, tan es así que de manera fluida compartíamos gran parte de nuestro tiempo⁵⁸. Nuestras familias nos conocían mutuamente y no había problema con

⁵⁷ Mi madre rescató perros callejeros en las calles de Teziutlán de 1995 al 2020. Así que el cuidado de esta fauna es muy cercano a mi desde mi adolescencia.

⁵⁸ Aunque yo rentaba un pequeño cuarto en un barrio cercano, pasaba mucho tiempo en su casa, compartíamos los gastos del internet en su local y gastos como la alimentación y el cuidado de algunos perros rescatados de la vía pública.

que ahora cohabitáramos como amigos muy cercanos. Incluso el enamoramiento que en su momento tuvimos, había mutado a una amistad muy estrecha, casi de hermanos.

Yo seguía acompañándolo en su tratamiento médico con respecto a la alimentación, la toma de sus pastillas, la ejercitación, sus consultas y estudios de laboratorio. Él me apoyaba incluso económicamente porque aunque había podido trabajar de nueva cuenta en el sistema penitenciario, ahora en la DIGCERESOS, el sueldo era muy bajo. Pero también nos acompañábamos a espacios de encuentro sexual para varones de la ciudad como los saunas, cines porno y hoteles para encuentros⁵⁹. Con Pancho no solo había aprendido nuevas tácticas para el placer sexual, sino también a identificar posibles señales de infecciones de transmisión sexual como la presencia de verrugas, olores, purulencias, etcétera. También nos manteníamos alerta y nos cuidábamos ante otras posibilidades de violencia en estos entornos: asaltos, agresiones físicas, extorciones. Y es que la manera de vincularse con el VIH/sida siendo varones homosexuales había cambiado mucho ya para esa década. La lectura del cuerpo demacrado por el sida, muy común en las décadas anteriores, ya no era sostenible precisamente porque la condición indetectable permitía a las personas que vivían con el virus no llegar a la fase de sida y poder llevar una vida sexual activa sin la capacidad de propagación viral.

Las acciones para hacer frente a la pandemia a nivel internacional también habían cambiado. Alrededor del 2013 se estableció la llamada estrategia 90-90-90 de la Organización de las Naciones Unidas, que buscaba para el año 2020⁶⁰ que “el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral” (ONUSIDA, 2013). Por lo que para el año 2015, tanto las políticas públicas sanitarias, el trabajo de activismo y las propias prácticas de cuidado y autocuidado de varones que llevábamos una vida sexual activa, giraban más bien en torno al conocimiento del estado serológico a VIH, la rápida adscripción al TARGA y alcanzar la condición indetectable. La era de la indetectabilidad había planteado nuevos objetivos y por ende nuevas tácticas para hacer frente a la pandemia, lo cual habilitaba nuevos contextos. Algunos autores y autoras como Agostina Gagliolo y Susana Margulies en Argentina (2020), realizaron investigaciones dirigidas a conocer las significaciones que la condición indetectable habilitaba entre quienes estaban adscritos al TARGA (los resultados de esta investigación los retomo en capítulos venideros). Pero no obstante estos contextos, Puebla vivió un alza en los nuevos casos diagnosticados con VIH/sida del 2014 con 465 casos al 2015 con 727, cifras que se mantendrían relativamente estables hasta el 2017 que presentó 753 nuevos casos.

⁵⁹ Normalmente llegábamos a los lugares, nos instalábamos, cada uno se iba por su lado y quedábamos a una determinada hora para reencontrarnos e ir a casa.

⁶⁰ No obstante, la existencia de otra pandemia (SARS-CoV-2) en el 2019, obligó a replantear esta meta para el 2030.

Fue en ese año del 2017 que mi relación con el VIH/sida nuevamente se vio modificada, al ser diagnosticado positivo a la infección. Pese al pronóstico de mucha gente cuando tuve mi relación sentimental con Pancho, mi infección no sucedió con él. Luego de quedar como amigos, yo seguía teniendo la necesidad de tener una pareja, de sentirme amado y deseado por otro hombre. Acudir a los lugares de encuentro y salir con varones era satisfactorio pero no lo suficiente. En todos esos años había conocido a chicos que realmente me gustaban pero ninguno de ellos se había animado a plantearme una relación de pareja. Con la mayoría de ellos solo teníamos una amistad y ocasionalmente nos encontrábamos para tener sexo.

En el año 2016 tuvieron que operarme por un diagnóstico de varicocele, hernia inguinal izquierda e hidrocele testicular. Como resultado de esta intervención, para el 2017 tenía un sobrepeso de 10 kilos. Así que tras la recuperación, decidí realizar una dieta por demás extrema y fuera del control de algún o alguna profesional de la nutrición. Eso disminuyó mi peso rápidamente pero también mantuvo mi sistema de defensas bastante bajo. Pero la dieta y el ejercicio habían logrado que tuviera la talla más baja que hubiera tenido hasta entonces, luciendo bastante bien con el músculo generado por el gimnasio. Ya no trabajaba en Seguridad Pública, pero era docente en una universidad privada y además estudiaba una maestría. Así que por primera vez en mucho tiempo me sentía completamente satisfecho⁶¹ y con mucha confianza en mí mismo, la suficiente como para permitirme ilusionarme con la invitación de un chico bastante atractivo para mí, profesionalista y de mi edad. Estuvimos saliendo un par de semanas y desde mi perspectiva todo encajaba perfecto para reconstruir mi vida sentimental.

Sin embargo luego de esas semanas, el chico dejó en claro que no estaba interesado en una relación de pareja conmigo, si acaso podríamos seguir viéndonos para tener sexo o salir a algún lado. Para ese momento habíamos tenido dos o tres encuentros sexuales sin protección pero yo ya estaba muy enamorado. Pienso ahora que el no usar condón en nuestros encuentros tuvo mucho que ver con el placer sexual que experimentamos pero también con el enamoramiento yo sentía. No utilizar preservativo fue un intento mudo para demostrarle que confiaba plenamente en él. Pero al mismo tiempo, no usar condón significaba para mí, que él era completamente mío, como si la ausencia del látex generara un vínculo mucho más fuerte entre los dos, tan fuerte como para consolidarse en una relación de pareja. A su vez, pensaba que si en alguno de nuestros encuentros yo hubiera planteado el uso del preservativo, me hubiera sentido demasiado infantil y temeroso y hasta el momento yo me había esmerado en mostrarme como un hombre maduro y valiente, capaz de enfrentarse a lo que fuera y por tanto digno de ser su pareja, como si el amor fuese algo que se tiene que ganar con méritos y atributos.

⁶¹ pienso ahora que lo signifiqué como los frutos de haber tomado la decisión de desertar del reclusorio 5 años atrás.

Algunos meses después el chico me contó que había acudido al CAPASITS Puebla y que había dado positivo a la prueba rápida a VIH/sida. Tomé la noticia fríamente. Calculé el periodo de ventana de 3 meses desde la fecha de nuestro último encuentro sexual y organicé mis actividades para hacerme la prueba rápida para esas fechas. Aunque albergaba la esperanza de no haberme infectado, sabía que la dieta y mi bajo peso corporal constituían una condición propensa para la transmisión del virus. Pero por otro lado no me había enfermado de nada hasta ese entonces y seguía yo teniendo mucha energía. Además, el chico nunca había lucido desgastado o enfermo, por lo que mantenía la esperanza de que su número de copias del virus fuera bajo, lo suficiente para dar positivo a la prueba pero no para transmitir la infección. Pero en nuestro primer encuentro se había quedado dormido en mis brazos después de coger. Lo que hasta ese momento había sido para mí un gesto amoroso de su parte, ahora era significado como un signo probable del VIH: un cansancio producido por la infección.

Todo transcurrió con normalidad hasta unas semanas antes de cumplirse el periodo de ventana. Empecé a presentar una tos que me cortaba la respiración por algunos segundos al nivel de la garganta. El ahogamiento era solo unos breves instantes, pero los suficientes como para generar alerta en mí y en quienes estuvieran presentes. Acudí al CAPASITS Puebla [fig. 1.3] para la realización de la prueba rápida, pero ésta salió negativa. Yo estaba muy consternado. Cada vez la tos era más constante y ahora formaba un cúmulo de flema en mi garganta que se endurecían al menor contacto con el aire. Los episodios de ahogamiento se prolongaban por más tiempo y sucedían en cualquier momento. Pero no había ni fiebre, ni congestión en los pulmones y tampoco respondían a los varios tratamientos de antibióticos que distintos médicos me habían ya recetado. La situación comenzó a ser desesperante para mí, mi familia y para Pancho que por supuesto me acompañó en esos momentos. Tuve que pedir un permiso en mi trabajo y trasladarme a casa de mi madre. Ahí, con la ayuda de mis amistades del Hospital General de mi ciudad, pude hacerme una radiografía de tórax y un análisis de laboratorio para VIH/sida más complejo que una prueba rápida. El resultado fue positivo. De alguna manera eso me tranquilizó porque lo que más me alteraba emocionalmente era que la prueba rápida había dado negativa, pero yo presentaba ya signos de la infección (mi peso ya estaba muy por debajo de los 55 kilos recomendados como límite para mi estatura y compleción). Así que saber este diagnóstico descartó algún otro padecimiento quizás más grave.

Pero mi etapa más angustiante fue intentar adscribirme al tratamiento. Puesto que la prueba que confirmó el diagnóstico la había realizado en Teziutlán, debía esperar a que fuera mandada al CAPASITS Puebla. Por lo que decidí acudir directamente al centro, con los resultados de una prueba de laboratorio particular, e iniciar con prontitud el protocolo. Pero contrario a lo que dictaban las políticas públicas



Imagen 1.4 El módulo CAPASITS Puebla en el 2017

sobre la rápida adscripción al TARGA, mi proceso fue mucho más complicado: a pesar de llevar los estudios particulares, trabajo social dictaminó que debía iniciar el protocolo haciéndome una prueba rápida. Ésta no se ejecutó con todo el procedimiento de contención, pues solo era para confirmar el resultado que yo llevaba.

Los cubículos de trabajo social se encuentran a mitad de la estancia principal, en un pasillo transversal marcado en el croquis anexo con un cuadro amarillo. Se trata de un pequeño cubículo donde cabe apenas el escritorio de la trabajadora, dos sillas para atender a la gente y un archivero metálico. La puerta de esta oficina estaba siempre abierta, a diferencia de los otros cubículos que requieren de privacidad para las consultas. el espacio está decorado con cartelones alusivos a la prevención del VIH/sida y puesto que no tienen ventanas al exterior, siempre están iluminados con luz artificial. En esta oficina la trabajadora social recogió mi documentación oficial requerida (identificación, acta de nacimiento, CURP y comprobante de domicilio) pero me informó que tenía que esperar un margen de tres meses para recibir medicamento y llevar mi control, porque en ese entonces esperaban este periodo para juntar a los pacientes recién diagnosticados y echar a andar un tratamiento integral que consistía en aplicación de pruebas confirmatorias, conteo de carga viral y células CD4, asignación de médica o médico tratante, integración a talleres grupales para la adherencia al TARGA y evaluaciones psicológicas, así como estudios socioeconómicos.

Yo me sentía tan mal por la tos que le insistí refiriendo mi padecimiento físico, por lo que me mandó al área de enfermería para la toma de signos vitales. La enfermería se ubica al fondo de la estancia general, conectada por otro pequeño pasillo, junto a los baños y la

farmacia (en el croquis se marca con un sol amarillo). El área es manejada por una jefa de enfermeras que en esos años tenía a su cargo varias y varios pasantes que le auxiliaban. En este consultorio se ubica el material necesario para la toma de signos vitales, peso y talla. Aquí también se lleva el control y aplicación de vacunas de la influenza, VPH, hepatitis C y otras más para la población atendida. El área se divide en tres espacios: el área de estación, el escritorio general y una regadera para casos de emergencias⁶². Luego de explicar el motivo de mi presencia, una de enfermera pasante tomo mis signos vitales y mi peso, lo anotó en un papel y regresé con la trabajadora social, quien nos dijo (Pancho me acompañó en todo este proceso) que mi caso no era una urgencia, que mi vida no estaba en riesgo pues mis signos vitales no mostraban alteración alguna y que el protocolo solo hacia excepciones en casos de que el paciente recién diagnosticado estuviera en fase de sida. Así que me retiré de la institución solo con mi adscripción al control de trabajo social y con la esperanza de ser llamado a los tres meses.

Para ese entonces las crisis de ahogamiento eran más severas en la noche y madrugada, por lo que en varias ocasiones fui llevado a esas horas a urgencias. Pero al checar mis signos vitales de nueva cuenta todo estaba normal, así que el discurso que empecé a escuchar con frecuencia fue que era una reacción psicológica por haber recibido la notificación positiva a VIH/sida. Tuve la mala fortuna de que ninguna o ninguno de esos médicos diera con el diagnóstico de candidiasis en la garganta, una infección generada por el hongo *Candida* y que es muy común en organismos con sistemas inmunitarios debilitados. Aunque por supuesto, el padecimiento no iba a mejorar hasta que iniciara mi esquema de ARV. Lo que se generó entonces fue un segundo episodio de severa ansiedad y depresión y que me hizo buscar ayuda psiquiátrica de nueva cuenta⁶³, derivado principalmente porque pensaba que si no iniciaba el TARGA pronto, iba a morir asfixiado en cualquier momento. Pero además de ello, circulaba una profunda tristeza. Morir de esta infección no solo significaba cumplir la profecía de mi padre sentenciada años atrás, sino que sentía que estaba pasando por este proceso solo, sin aquel del que seguía enamorado y con quien me había infectado. Pensaba que si hubiéramos conformado una pareja como yo lo había soñado, vivir este proceso hubiera sido distinto.

Para ese entonces el chico ya no tenía comunicación conmigo. Solo en una ocasión recibí una llamada de él en la que me preguntó si ya me habían diagnosticado positivo. En esa llamada le dije que no quería hablar con él, que me entendiera que yo seguía sintiendo mucho

⁶² Aquí también se ubican grandes contenedores de refrigeración que albergan las vacunas.

⁶³ Mis episodios y condición psiquiátrica no fue algo que brotó de la nada. Muy por el contrario se trata de secuelas no atendidas en su momento. Técnicamente el primer episodio depresivo lo ubico en diciembre del 1992, cuando tenía unos 13 años. Estaba yo enamorado de un sacerdote 20 años mayor que yo y que había sido mi maestro en la primaria. Ahora en la secundaria, caía en cuenta que nunca lo volvería a ver y eso inició con la circulación de tristeza y desesperanza que derivó en depresión. Por supuesto que esta es una interpretación mía, afianzada años después por una médica psiquiatra en el 2009. En 1992 no existía en Teziutlán la cultura de la atención a la salud mental, por lo que no recibí de adolescente ningún tipo de intervención. Al contrario, constantemente fui cuestionado por mi supuesta incapacidad para enfrentar la vida, lo que me generaba más desesperanza. Pienso hoy que en realidad, esa ansiedad/depresión no fueron por un amor perdido, sino porque a esa edad empecé a sentir una enorme desesperanza para ser correspondido en el amor, y con ello la incapacidad de llenar el vacío de sentirme amado y aceptado, porque desde muy pequeño había aprendido que algo andaba mal conmigo (ser maricón), que tenía que esforzarme y mucho para que la gente me aceptara y me amara.

amor, pero que a la vez estaba atravesando por algo sumamente desesperante. Él solo dijo: “pero nunca fue mi intención infectarte...”. Mi amigo Kevin⁶⁴, que estaba conmigo y que me acompañaba en ese momento, escuchó la conversación y me preguntó si quien había llamado era mi novio. No le respondí. Mi amigo, que vivía con VIH desde el 2010, me dijo que si era la persona con la que me había infectado, yo debía tomar en cuenta que en ningún momento de la llamada, el chico había dicho *que estaba conmigo*, que me acompañaba en el proceso. Ahí comprendí que efectivamente no podía esperar nada mas de él (si es que estaba esperando algo) y que salir de esto dependía completamente de mí. Así que reuní fuerzas y pese al cuadro de ansiedad y candidiasis, o más bien movilizado por él, y apoyado y sostenido por mi familia y Pancho, así como otras amistades, buscamos a Onán Vázquez, el activista poblano referido líneas atrás, para que nos orientara en como exigir al CAPASITS Puebla mi adscripción inmediata al TARGA.

Efectivamente, Onán intervino hablando con la directora del CAPASITS y ésta nos recibió en la clínica. Desde el 2015, el módulo había cambiado de dirección y ahora estaba al mando una médica que había laborado desde que el centro se creó en el 2006. Como tal, había vivido las demandas de grupos activistas por mejorar la atención médica y eliminar los tratos discriminatorios a las y los pacientes. Contaba con capacitaciones en materia de derechos sexuales y de minorías sociales, así como atención digna a población con VIH/sida.⁶⁵

La intervención de Onán resultó bastante exitosa. La directora no solo dio con el diagnóstico de candidiasis, sino que me tranquilizó explicándome las características de la enfermedad e incluso me recomendó una serie de remedios caseros, además del tratamiento farmacológico para la infección, que aminoraron mucho el padecimiento. Pero sobre todo, instruyó a trabajo social mi inmediata adscripción al TARGA (había pasado una o dos semanas desde mi diagnóstico) anexándome al grupo de pacientes que ese mismo día iban ser ingresados al protocolo de adscripción.

⁶⁴ Kevin y yo fuimos muy unidos como amigos desde el 2003. Murió en el 2020 durante la pandemia del COVID19. En el año 2010 fue atacado por un desconocido en la ciudad de Puebla, clavándole un cuchillo en el costado, por lo que pidió un riñón. En la cirugía fue cuando le diagnosticaron VIH. A pesar de todo, Kevin llevaba una excelente vida, pero su actividad laboral como comerciante lo hizo exponerse demasiado durante la pandemia del SARCOV2, así que se infectó y la falta de un riñón complicó su recuperación. Fue uno de mis amigos más queridos y a quien extraño con profunda tristeza y dolor, sobre todo porque tampoco pude acompañarle en sus últimos momentos.

⁶⁵ La dirección del CAPASITS se ubica en el pasillo trasverso a la estancia general, donde se ubica la puerta 2 (En el croquis se marca con dos iconos negros de personas reunidas)- El área está dividida en tres secciones. La primera de ella es la recepción y ahí se encuentra la secretaria directiva. Es una persona que suele atender a la población con bastante eficacia. Es atenta y aunque parece autoritaria, suele ser bastante amable. En esta recepción hay otros escritorios y equipos de cómputo, además de archiveros. Otra estancia anexa es una pequeña sala de juntas y al lado, se encuentra la oficina de la directora del módulo.

Ingresando al TARGA: la vinculación con el CAPASITS como paciente

Tras las indicaciones de la directora para adscribirme al tratamiento, regresé con la trabajadora social a su oficina. Noté lo molesta que estaba, sobre todo porque ella había insistido que yo no era un caso de urgencia, pero la directora le había reiterado que era una indicación que ella le estaba dando y tenía que acatarla. Así que, de mala gana, lo primero que hizo fue mandarme al auditorio, la primera puerta a mano izquierda entrando por la puerta 1 del módulo (marcado en el croquis de la ilustración 3 con un corazón verde). En lo que ella me asignaba a mi médico o médica tratante.

El auditorio era un espacio amplio, con un pequeño estrado y un escenario. En aquellos años en esta área se realizaban múltiples actividades, algunas de ellas eran coordinadas por grupos activistas y estaban dirigidas a la información y prevención en torno al padecimiento. Había también sesiones de grupos de autoapoyo e incluso actividades terapéuticas grupales diversas como teatro y otras expresiones artísticas. Y en este espacio se llevaban a cabo los talleres de adherencia al tratamiento. Aunque yo me incorporé en el último momento a la actividad, recuerdo cosas interesantes. En el taller no solo había pacientes recién diagnosticados, también algunos de ellos me parece que eran menores de edad, pues estaban acompañados por un familiar. Habría alrededor de 25 personas. Cuando entré la gente estaba organizada en equipos, sentados en círculo y realizando una actividad.

El taller era coordinado por un psicólogo del centro, y me parece recordar que la dinámica estaba dirigida a los cambios en el estilo de vida que exigía el vivir con VIH y adscribirse al tratamiento. Tal dinámica sostenía la idea de que, al poder prolongar la vida de la persona recién diagnosticada mediante el TARGA, era la *oportunidad* de mejorar sus hábitos. Las recomendaciones clínicas sobre el cuidado de las personas con VIH se significaban en el discurso del taller como una *bendición* del destino. El taller era la materialización de los discursos sanitarios sobre el cuidado y autocuidado del paciente bajo un esquema integral, que servía a la vez como tecnología de disciplinamiento. El ejemplo más sonoro era la práctica de fumar. Ahora que los asistentes del taller nos estábamos integrando al TARGA, se recomendaba disminuir o anular el consumo de tabaco. Este hecho se enunciaba como la oportunidad que el destino o Dios o la vida (o alguna otra entidad superior) otorgaba para dejar este hábito.

Pero hubo en particular dos intervenciones que a mi parecer tensionaron dicho discursos. La primera fue en torno al tema de las horas de sueños (de 7 a 8 horas diarias recomendadas a las personas recién diagnosticadas). Un varón de unos 50 años preguntó que pasaba en su caso pues era un velador en horario nocturno y en el día, por las actividades de su familia, solo podía dormir unas pocas horas por la tarde. La respuesta por parte del psicólogo y que aparentemente no fue muy convincente para el señor (de acuerdo con la expresión que puso) fue que en el día tratara de dormir las 8 horas aunque no fuera de forma continua. Según las

recomendaciones de la OMS las horas de sueño deben ser consecutivas e incluso en el mismo horario para que éstas no afecten la salud en las personas adultas (INSABI, 17 de marzo de 2022). Esta recomendación del organismo internacional no solo pone en duda la eficacia de la alternativa otorgada por el psicólogo, sino que también da cuenta que las condiciones que expuso el paciente son solo una de las muchas dificultades que las personas que recién nos adscribimos al TARGA podríamos llegar a presentar, lo que a su vez tensiona la lógica de estos tratamientos que depositan en el paciente la completa responsabilidad del cumplimiento del mismo y la adherencia al medicamento, ignorando los factores de tipo estructural.

La otra intervención fue una pregunta que yo mismo hice. Cuestioné que, si bien adscribirse al tratamiento podría ser la oportunidad para nuevos hábitos saludables o la mejora de los ya existentes, ¿Qué pasaba con alguien como yo, que hasta ese momento estaba acostumbrado al ejercicio, dormir 8 horas, alimentarme con vegetales y frutas, no fumaba, no ingería alcohol y otras sustancias, etcétera? Es decir, yo cumplía ya con muchas de las recomendaciones del tratamiento integral cuando sucedió mi diagnóstico. Pero mi pregunta iba más dirigida a cómo yo podría significar la infección del VIH en mi vida, para que me hiciera sentir mejor. Pero antes de que el psicólogo pudiera contestar, uno de los participantes del taller respondió en voz alta: *pues no creo que te hayas infectado rezando el rosario.*

Rápidamente el psicólogo intervino, pero ni siquiera recuerdo qué palabras dijo, porque la respuesta del otro chico me enfureció al instante⁶⁶. El enojo fue tal que decidí no volver a comentar nada en el taller, aun cuando el cuadro de ansiedad me impulsaba a hablar casi con una vorágine de palabras. Pero en verdad me enfureció el pensar que el resto del grupo estuvieran convencidos de que el VIH era una especie de *bendición* que había llegado a poner orden en sus *alocadas vidas*, cuando yo en ese momento de lo que quizás hubiese querido hablar era de porqué el VIH era la consecuencia de haberme permitido enamorarme de alguien después de 5 años.

Pero como dije, decidí no hablar más en el taller. Me limité a escuchar intervenciones bastante crudas como las de un varón de unos 30 años que recomendaba no comentar con nadie el diagnóstico, ni a la propia familia, pues él había sido sacado de su casa cuando llegó y contó a sus familiares sobre los resultados de la prueba rápida. Y por otro lado estaba la historia de otro de los participantes quien contaba que su familia, al enterarse del diagnóstico positivo decidieron que él dejara de trabajar y que ellos solventarían sus gastos. Este último chico, de unos 25 años se mostraba sumamente angustiado ante todo lo que se decía en el taller. No dejaba de asombrarme sus expresiones de terror cuando se hablaba de reinfecciones, mutaciones del virus, resistencia al medicamento por falta de adherencia, etcétera. Cabe agregar que jamás he vuelto a ver a ninguno de los asistentes a ese taller, o por lo menos nunca he llegado a reconocerlos en la clínica. Quizás porque me integré casi al

⁶⁶ De hecho esta escena que me sigue pareciendo molesta y me enfurece hasta la fecha, recordando con mucha claridad la irritante expresión del chico cuando pronunció esas palabras.

final de la actividad y porque me enfureció la respuesta del otro asistente, pero no me dieron ganas de tener contacto alguno con ellas o ellos.

Al salir de esta actividad retorné con trabajo social, quien me notificó de mi fecha de estudio para conteo CD4 y carga viral (21 de noviembre del 2017) y mi asignación con la Dra. X. (cuando le platiqué a Onán sobre mi médica asignada, me comentó que él sabía que a ella eran referidos los pacientes considerados como *problemáticos* por diversos motivos, al ser la médica con mayor antigüedad pues ella había laborado desde el CISIDE, en la década de los 90).

Efectivamente, el 21 de noviembre de ese año me tomaron pruebas de laboratorio. Desde que acompañaba a Pancho en el 2012, sabía que el CAPASITS Puebla se apoyaba con las áreas de laboratorios generales para la realización de estudios de gabinete para sus pacientes y al parecer, es una característica de la entidad poblana el contar con un LAPASITS, es decir un área de laboratorios especializada en VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, que cuenta con un edificio independiente el cual también se ubica dentro del complejo médico del sur. Así que fui citado a las 7:00 hrs para la toma de muestra sanguínea con la finalidad de conocer el número de copias del virus, vital no solo para la atención del paciente sino para implementar el esquema de ARV. También se realizó el conteo de células de defensas o CD4 que exponen la vulnerabilidad del organismo del paciente ante la enfermedad.

Un mes después, el 20 de diciembre, acudí a mi primera consulta, en el consultorio 1 (escrito en el croquis con color rojo). Es normativa que en cada revisión clínica los pacientes acudamos primero a enfermería para toma de signos vitales, los cuales son entregados al médico o médica tratante, así que esa fue la primera actividad que hice aquel día.

Mi médica asignada tendría unos 55 años en ese entonces, y efectivamente era la de mayor edad y antigüedad laboral en el módulo. La primera consulta siempre es más exhaustiva. En esos tiempos la médica contaba con pasantes que le auxiliaban sobre todo en esas primeras consultas que es cuando se arma el expediente del paciente a través de la historia clínica, donde se registran los antecedentes y las condiciones de vida del paciente. Esta primera consulta suele durar más de una hora.

Fue en estos contextos que conocí a mayor detalle el interior de los consultorios y las dinámicas alrededor de éste. El consultorio está dividido en dos apartados, el primero de ellos recibe al paciente. En él se encuentra el escritorio de la médica, donde se instala la computadora y una impresora, además de múltiples formatos impresos con los que elabora recetas. También hay agendas y carpetas con documentos diversos. Había dos sillas frente al escritorio, pero desde mi primera consulta se me refirió que no se le permitía la entrada de algún familiar u otro acompañante con el usuario o usuaria, a menos que las condiciones de lo ameritaran como en el caso de las y los menores de edad o si su estado físico representaba una dificultad para estar en solitaria durante la revisión clínica. Es decir que para mi primera

consulta como paciente en el 2017 algunas de las condiciones del CAPASITS Puebla habían ya cambiado, y ya no se permitía el acompañamiento en la consulta del paciente. En especial, la doctora X solía pedir que los pacientes no ocupáramos la silla próxima al cableado del computador. Las condiciones de mantenimiento del aparato eran tales que, en varias ocasiones los pacientes habían tocado los cables y el computador se había apagado sin llegar a guardar los cambios realizados hasta ese momento. Tales indicaciones, aunque comprensibles, hacían incómodo el espacio de consulta.

Separado por un medio muro, la parte de atrás del consultorio es el área de auscultación. Aquí se encuentra la camilla principal, una báscula y una mesa con artefactos quirúrgicos para primeros auxilios. Se ubican también una lámpara de pie metálica, un banco para el médico o médica que revisa, un gabinete con algunos documentos y artefactos para curaciones, así como una báscula mucho más pequeña, utilizadas para la auscultación de menores y había también un *negatoscopio* o aparato para analizar radiografías y tomografías. Había unas sillas, que en ese tiempo eran ocupadas por las y los pasantes o personal de enfermería dado que esos años este personal acompañaban al titular durante las revisiones a las y los pacientes.⁶⁷

En el consultorio se procuraba estar en el mayor de los silencios posibles. Pero costó lograrlo, dada la cercanía del espacio con la entrada principal del módulo, por lo que se escuchaban las conversaciones de los pacientes y trabajadores. Se llegó a escuchar incluso las indicaciones de los otros consultorios anexos. Esto por la existencia de los pasillos que los interconectan y que permiten al personal médico moverse entre ellos sin que sean percibidos e interceptados por las y los pacientes. Y seguramente se escuchó también mi revisión en estos otros espacios. En determinado momento hablábamos sobre la acumulación de flema en mi garganta mientras la médica la auscultaba, el diagnóstico y tratamiento que la directora me había dado semanas atrás y el hecho que había mejorado bastante. Pero antes de darme un pronóstico final, la doctora se dirigió al consultorio continuo. Aunque ella comentó mí caso silenciosamente la respuesta del otro médico no fue así, por lo que alcancé a escuchar que él no descartaba la presencia de un tumor en el área que estuviera produciendo las flemas, y recomendó algunos meses con tratamiento y observar la evolución. Cuando la médica regreso no lo dijo tal cual, y se limitó a decir que no debía manipular la zona hasta la próxima consulta.⁶⁸

El personal médico además realizaron una auscultación detallada en todo el cuerpo. Me dieron recomendaciones como el mantener el vello genital corto para poder distinguir la posible presencia de verrugas, evitar las uñas largas para no contraer hongos, revisar la evolución de heridas, etcétera. Se enfocaban sobre todo en aspectos de higiene y limpieza.

⁶⁷ Toda el área esta pintada con colores claros. La iluminación es por medio de lámparas de luz blanca las cuales, pese a que la luz del día entra por las ventanas del fondo, son utilizadas a toda hora. Los muros están decorados con varios posters alusivos a temáticas como el uso de preservativos, las medidas de atención a VIH en el embarazo, estadísticas sobre VIH etcétera.

⁶⁸ Afortunadamente la molestia desapareció al tiempo con el tratamiento antimicótico y la acción del ARV así que tal diagnóstico fue descartado.

Explicaron también que la siguiente consulta sería en tres meses, pero que después las consultas de seguimiento se llevarían de manera semestral, sobre todo cuando se alcanzara la condición indetectable (condición que alcancé a los tres meses de tratamiento). Al final de la consulta me dieron órdenes de laboratorios generales (que se realizan en el mismo complejo de salud, cubiertos en ese entonces por el seguro popular) y me agendaron de nueva cuenta conteo de CD4 y carga viral.

Por medio de esa primera consulta obtuve mi primer esquema ARV. Después de la revisión, con receta en mano acudí a la farmacia del módulo (señalada en el croquis con una estrella morada) se trata de un pequeño cubículo con un gran ventanal que es por donde se atendía a los pacientes para recoger su medicamento. Ahí laboraban normalmente dos o tres personas, y el espacio resguardaba los diversos esquemas ARV, los cuales algunos de ellos se resguardan bajo refrigeración. También aquí se encuentra el abastecimiento de preservativos que en esos años solían ofrecerse a las y los pacientes en cada visita. El personal mantiene un registro en una computadora, así que además de este aparato existen archiveros y muebles con documentación. En esta primera visita me explicaron que el medicamento se recolecta de manera mensual o bimensual, dependiendo del abastecimiento, que debía llevar siempre mi tarjetón de control donde se sellaría y firmaría la entrega de ARV. Así mismo me solicitaban mi carnet de citas y en ese tiempo una identificación oficial que debía mostrar para confirmar mi identidad. En el ventanal de la farmacia estaban pegados avisos sobre el procedimiento de entrega de medicamentos, horarios de atención y documentos requeridos. También trípticos alusivos al uso del condón.

El primer esquema que tuve fue efavirenz/emitricitabina/tenofovir disoproxil fumarato o con su nombre comercial *Atripla*. La médica consideró pertinente este esquema por el número de copias del virus: 1'631,780. En realidad fue un número bastante bajo, tomando en cuenta que de acuerdo con la organización GTT-VIH, en las primeras semanas de la infección se pueden registrar hasta 40 millones de copias (GTT, S.F.)

Sin embargo tomé este medicamento solo una semana. Desde el 5 de noviembre de ese año, casi dos meses antes, venía padeciendo severos episodios de ansiedad y depresión que empeoraron con la toma del medicamento. Si bien desde la consulta, el médico pasante me advirtió que la toma debería ser nocturna porque podría tener mareos y *sueños vívidos*, estos efectos fueron los menos sufribles. La ansiedad se estableció casi como un estado permanente aunado al efecto de sentir mis cinco sentidos básicos completamente alterados. Los breves momentos de sueño que lograba conciliar eran el producto de la fatiga corporal y mental. De acuerdo con el anexo 1 de *Atripla*, donde se describe la ficha técnica y características del producto, se señala que con respecto al efavirenz que “los pacientes con un historial previo de trastornos psiquiátricos parecen tener mayor riesgo de padecer (...) reacciones adversas psiquiátricas graves. En particular, la depresión grave fue más frecuente en aquellos con historial de depresión. Ha habido también notificaciones post-comercialización de depresión

grave, muerte por suicidio, delirios y comportamiento de tipo psicótico” (p:5). Así que a los pocos días, ante los efectos del fármaco acudí de nueva cuenta al CAPASITS Puebla. Para mi gran fortuna, mi médica tratante estaba de vacaciones por lo que fui atendido de nueva cuenta por la directora del módulo, quien modificó mi esquema por emtricitabina, tenofovir y raltegravir. Este nuevo esquema fue más amable conmigo y los efectos desagradables desaparecieron, la ansiedad y depresión disminuyeron y pudo controlarse con el esquema de fármacos psiquiátricos que usaba habitualmente.

Ahora bien, todo mi proceso de adscripción al TARGA como se describió, sucedió a finales del 2017. Para el siguiente año, el país vivió un cambio político más, con el triunfo de Andrés Manuel López Obrador en la presidencia de la república. En este contexto las políticas sanitarias tuvieron cambios y aunque no se modificó directamente al programa CAPASITS, algunas decisiones desde la federación tuvieron consecuencias en los centros. Con la llegada del gobierno Obradorista (2018 -2024) se propuso un nuevo modelo de atención sanitaria. Desapareció el programa del Seguro Popular, siendo reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). Uno de los argumentos por los cuales el gobierno morenista desapareció al Seguro Popular fue la existencia de corrupción y desvío de recursos en su manejo, desde los sexenios pasados. Abanderado por esta postura, no solo los programas de salud pública se vieron afectados sino también muchas dependencias e instituciones, así como programas y proyectos que fueron cancelados con la intención de dismantelar redes de corrupción para luego reestructurar las diversas instancias y volver a echarlas a andar. Sin embargo, ese segundo paso no siempre sucedió tal cual, como en el caso del Seguro Popular que más bien fue reemplazado.

El CAPASITS Puebla se vio afectado por estas decisiones políticas principalmente en dos registros. Por un lado, el trabajo conjunto que se venía haciendo entre la clínica y las organizaciones activistas en el estado cesó considerablemente ante la cancelación de apoyos gubernamentales a asociaciones civiles. Onán Vázquez, el activista del que me he apoyado para este escrito, señala que con la desaparición de estos programas que brindaban apoyo a organizaciones no gubernamentales, la realización de actividades de prevención y atención al VIH/sida se vieron prácticamente desaparecidas en el CAPASITS Puebla. Sin embargo, aunque Vázquez reconoce que esto fue un duro golpe para el trabajo de grupos activistas como su asociación *Vida plena*, refiere también que su organización fue muchas veces afectada por la corrupción durante la licitación de apoyos gubernamentales. Era común, según comenta, que dichos apoyos los ganaran proyectos muy sofisticados y con técnicas bastante elaboradas. El problema era que al dar seguimiento, dichos programas nunca se aplicaron y las asociaciones que los habían propuesto se habían desintegrado y nunca se comprobó el recurso asignado. Luego sucedía que dichas asociaciones ya desaparecidas muchas veces estaban ligadas a partidos políticos principalmente de derecha, quienes se quedaban con el recurso económico.

Por otro lado, las políticas obradorista decidieron cambiar a los proveedores de medicamentos antirretrovirales para VIH/sida a nivel nacional, abriendo ahora el flujo a otras farmacéuticas diferentes a MAYPO: GlaxoSmithKline México, Abbvie farmacéuticos, Janssen-cilag de México, entre otras más. La intención fue dismantelar los convenios que se tenían con la anterior empresa proveedora y con ello comprar medicamentos a menor costo. Pero uno de los resultados fue que muchas y muchos pacientes de los CAPASITS y otras instancias de salud en México que atienden a población con VIH/sida, en ese entonces tuvimos un cambio de esquema en ARV. El 12 de agosto del 2019 mi esquema fue modificado por *Biktarvi* (bictegravir, emtricitabina y tenofovir alafeminada). A mí me preocupó particularmente que el nuevo medicamento tuviera un efecto parecido al de *Atripla* y volviera a tener episodios ansío depresivos severos.⁶⁹

De nueva cuenta la directora de la clínica me atendió. Por un lado me aseguró que se trataba de un medicamento de última generación que salvo casos extremos, no generaba efectos adversos en las y los pacientes. Pero por otro lado, recuerdo que también llegó a comentar que las nuevas adquisiciones farmacéuticas eran mucho más limitadas en opciones (esto puede comprobarse en las tablas de adquisición de ARV en México en las páginas oficiales), por lo que si yo pertenecía a ese bajo porcentaje que no se adaptara al *Biktarvi*, en México se tenían pocas alternativas y habría que encontrar la manera en que se tuviera al virus bajo control con lo menos posible de efectos colaterales. Afortunadamente no fue mi caso y hasta la actualidad parece que el *Biktarvy* ha sido una buena opción para la población que vivimos con el virus.

Quizás sea oportuno señalar que para esos años (en el 2018) yo había ingresado ya a la maestría en Antropología Social y realizaba mi trabajo de investigación. Había optado por el tema del consumo de poppers durante la sexualidad entre varones, específicamente en un sauna de la ciudad de Puebla. En pocas palabras los poppers son una sustancia psicoactiva que suele usarse por que genera una relajación y dilatación de los músculos anales y liso, además de incrementar las sensaciones de lívido y placer sexual. Y en esta investigación algunos de los participantes, como Pancho, refirieron vivir con VIH y estar llevando un tratamiento ARV, por lo que mi interés por el uso de psicoactivos en las prácticas sexuales de estas poblaciones se fue ampliando al tema de los tratamientos y cuidados en torno al VIH/sida.

La década del 2010 aparentaba cerrar con la discusión de nuevas alternativas con respecto al VIH/sida: nuevos intentos de vacunas, algunos casos en el mundo donde se registró la eliminación total de copias del virus en organismo humanos y los tratamientos farmacológicos pre y post exposición. Sin embargo, otro evento sanitario a nivel mundial traería consigo nuevas modificaciones a las dinámicas de la pandemia. Casi al final de la

⁶⁹ Me preocupaba más porque en un mes haría una estancia académica en otro país y que pasaría si yo no reaccionara bien al nuevo medicamento.

década de la indetectabilidad, la llegada de otra pandemia en el mundo, ocasionada esta vez por el SARCOV-2, obligó a que se replantearan los escenarios del VIH/sida. Ante el desconocimiento del origen, evolución y condiciones de propagación del nuevo padecimiento, las poblaciones que vivíamos con el VIH/sida formamos parte de los sectores poblacionales considerados como vulnerables al contar con un sistema inmunitario comprometido, por lo que se recomendó extremar vigilancias sobre todo en caso de presentar otras comorbilidades además del VIH (como diabetes, cáncer, hipertensión, etcétera), no suspender el tratamiento ARV, la aplicación de vacunas contra el COVID-19, extremar medidas sanitarias frente al nuevo virus, entre muchas otras medidas más.

Pero además de ello, la aplicación de medidas sanitarias en torno al distanciamiento entre personas, obligó a que los espacios de atención clínica como el CAPASITS Puebla redujeran sus servicios a lo más básico para evitar aglomeraciones. Así que entre el años 2019 y 2020 muchos servicios del CAPASITS Puebla fueron suspendidos.

Los años 2020: 4 décadas de lucha frente al VIH/sida, la articulación con otra pandemia y el surgimiento de nuevas problemáticas

El inicio de la década actual presentó nuevas problemáticas y discusiones en torno al VIH/sida. La búsqueda de una vacuna preventiva que se había iniciado desde los años 80 tuvo para el tercer año de la presente década, alrededor de 250 ensayos fallidos, esto de acuerdo con *HIVinfo.nih.gov*, un sitio web del gobierno de los Estados Unidos que ofrece información sobre el padecimiento (11/12/2023).

A su vez, las dificultades para la obtención de la vacuna derivaron en el interés por otras alternativas como los tratamientos en torno a la profilaxis: el PrEP y Pep. Estos tratamientos alternativos consisten en la administración de medicamentos ARV para personas que no viven con el virus, siendo esto un método preventivo. Ingeriendo el fármaco de manera regular previo o posterior a las prácticas sexuales o cualquier otro contexto de exposición al virus, se ha demostrado la eficacia del tratamiento, pues de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la profilaxis previa a la exposición reducen en más de 90% el riesgo de contraer la infección por el VIH durante las relaciones sexuales (HIV.info. 2022).

También se desarrollaron esfuerzos en torno a la búsqueda de la eliminación total del virus en el organismo. Se tiene el registro, hasta el año 2023, de tres casos oficiales de eliminación del virus del VIH, gracias a procedimientos de trasplantes de células madres: Timothy Brown o *el paciente de Berlín* en el 2008, Adam Castillejo o *el paciente inglés* en

el 2022 y otra paciente mujer en ese mismo año. No obstante existen registro no oficiales que hablan de por lo menos otros 3 casos más (Roberts, 16 de noviembre 2021).

Es en esta década que se propone, desde el trabajo activista y académico crítico, una reflexión acerca del uso de los términos para referirse a las fases del padecimiento. Si la indetectabilidad ha logrado que las y los pacientes se mantengan alejados de la fase de sida, se propuso que los términos no deberían seguir usarse de manera conjunta. Con esta propuesta gramatical no solo se remarca una diferencia entre ambos, sino que enunciándolo por separado se aporta a la no discriminación hacia las personas que vivimos con el virus, porque hemos dejado de ser considerados como una suerte de *amenaza de contagio*, término que históricamente ha justificado la serofobia.

Sin embargo todos estos esfuerzo se vieron, de alguna manera, desplazados, modificados o suspendidos por la llegada de otra pandemia que representó un nuevo contexto de análisis entorno al VIH/sida: la pandemia del COVID-19. La década del 2020 inició con múltiples cambios en los estilos de vida de varias poblaciones y en diferentes aspectos debido a tal contexto pandémico. Las medidas de seguridad frente al nuevo virus restringieron de sobre manera la movilidad y dinámica social.

Las tasas de mortalidad por la pandemia del SARCOV2 fueron muy altas en distintas regiones del mundo. Las páginas oficiales mexicanas registran un total de 334,336 fallecimientos por esta enfermedad hasta Junio del 2023. Según registros del 2022, en la entidad poblana hubo 15,784 defunciones documentadas por este virus hasta ese año. y resalta que el estado fue el tercero del territorio mexicano con más muertes de personal sanitario por este padecimiento, a pesar de que se tomaron diversas medidas para salvaguardar a las y los trabajadores del sector salud como el ausentarse del personal que pertenecía a grupos con mayor vulnerabilidad.

Tal fue el caso de mi médica tratante en el CAPASITS Puebla. Puesto que mi doctora era la de mayor edad en la plantilla del módulo, durante la pandemia del COVID-19 se ausentó por poco más de un año como medida para resguardar su salud. En todo ese tiempo los pacientes del CAPASITS Puebla y más específicamente los de la doctora X, solo acudimos al complejo de salud del sur para la elaboración de estudios de laboratorios generales y conteo de carga viral y CD4 y al módulo de farmacia para la recolección mensual o bimensual de medicamento. Pero no había otro tipo de servicio o actividad en la clínica. Incluso, en el verano del 2020 ni siquiera acudí a tales instalaciones: por medio de una llamada telefónica me informaron los resultados de mis estudios de gabinete y relativos al virus del VIH/sida.

Entonces, las dinámicas para los servicios en la clínica cambiaron considerablemente: el acceso al módulo fue restringido en la mayor medida posible. La oficial⁷⁰ a cargo del ingreso a la clínica no permitía la entrada a nadie sin cubrebocas, así mismo obligaba a la *correcta* aplicación del gel antibacterial. En los días de pandemia e incluso mucho después

⁷⁰ Cuando inició la pandemia, ignoro las razones, en el CAPASITS Puebla solo resguardaban oficiales mujeres. A veces algún compañero varón que se ubicaba en otras áreas del complejo de la salud, les ayudaba para su hora de comida. Pero en general son elementos femeninos los que se responsabilizaban de la entrada de la clínica.

(alrededor del 2023) era común ver a una considerable cantidad de gente en la entrada de la clínica, porque el acceso al interior de la misma se limitó a quienes tenían consulta y a quienes iban por medicamento. Para éste último trámite por ejemplo, era la oficial quien iba indicando a cada persona su lugar dentro del módulo: otorgaba una ficha de papel, con la cual se iba moviendo de lugar en lugar en las bancas de la estancia principal, hasta que el paciente llegaba a la ventanilla de farmacia para atendido.

Tal restricción de movilidad generó a su vez otros cambios. Durante ese periodo, dada la ausencia de actividades grupales de activistas o trabajadoras y trabajadores del módulo, el auditorio se convirtió en sala de espera sobre todo para pacientes que llegaban antes de las 7 de la mañana (la mayoría viajaban desde el interior del estado, por lo que llegaban alrededor de las 6 a.m.) y las bajas temperaturas matutinas hacían incómoda la espera en el exterior.⁷¹

Así, durante todo el período de aplicación de medidas sanitarias en torno al COVID-19 (enero del 2020 a mayo 2023) toda la actividad que sucedía en el CAPASITS Puebla y que ya había mermado con la desaparición de múltiples programas en apoyo a organizaciones civiles, se vio prácticamente desaparecida. El mayor movimiento de pacientes sucedía al exterior del centro: gente que esperaba ser atendida o familiares y acompañantes que esperaban la salida de los pacientes.

La ausencia de personas en el módulo también se reflejó en las estadísticas de atención sanitaria. De acuerdo con en el PEVIH Puebla (SS,2022), en el 2020 se tuvo una reducción de casos nuevos registrados: de 886 casos en el 2019, en el año siguiente disminuyeron a 611, para luego dar un repunte en el 2021 de 892. Por supuesto que esta disminución de nuevos casos en el 2020 se debió a que la gente no acudió a la clínica y que los servicios de detección que hasta antes de la pandemia era común encontrar incluso en la vía pública y eventos masivos a cargo de organizaciones no gubernamentales y la misma unidad móvil del CAPASITS, fueron detenidos como una medida de protección ante el COVID 19.

En ese sentido, en los primeros años de esta década, se mostró una creciente tendencia a mantener a la clínica con la menor cantidad de personas posible. Ya no era solo que el auditorio, en otros tiempos espacio de expresiones artísticas y políticas así como terapéuticas y de organización y apoyo grupal, estaba en desuso y ocupado como sala de espera desde el 2020, y que las y los activistas ya no podían dar un acompañamiento a las y los pacientes como antes (se quedaban en la entrada de la clínica y el paciente ingresaba solo/sola a realizar todos sus trámites y si acaso mantenían comunicación vía aplicaciones virtuales como *WhatsApp*), si no que cada vez más las y los usuarios éramos atendidos en el exterior. El área de la farmacia cambió de lugar y atendía a través de una ventana al exterior, donde antes se ubicaba el archivo (en el croquis se señala con una estrella negra), por lo que las filas de pacientes que acudían por medicamento se formaban afuera y al costado del centro. Así mismo, el archivo empezó a atender también a través de una ventana, ubicándose donde antiguamente estaba el auditorio (marcado en el croquis con un corazón verde). Esto es

⁷¹ El módulo abre sus puertas a las 7:00 de la mañana, de lunes a viernes, hasta las 19:00 hrs. Los fines de semana las actividades de media jornada se realizan de 8:00 a 16:00 hrs.

mucho de llamar la atención porque después de esos cambios, al interior de la clínica solamente se movía el personal sanitario y los pacientes que acudían a consultas. De hecho, la mayor movilidad sucedía en el exterior, por lo que al tiempo se instaló una protección metálica para evitar que la gente estuviera al rayo del sol y se hizo común que las y los trabajadores y la oficial salieran a llamar a las y los pacientes, gritando su nombre, para su atención(de hecho, desde noviembre del 2024 la farmacia ya no atiende dentro del módulo CAPASITS, siendo instalada en una ventanilla cerca de la entrada dos del complejo médico del sur, junto al área de consulta externa. Ahí se ubica el personal que siempre ha atendido esta área. La figura 1.4 es una foto que tomé de la clínica en marzo del 2025, luciendo prácticamente sin gente en su exterior).

Y mientras esto sucedía de manera interna en el CAPASITS Puebla, a nivel federal el gobierno morenista realizaba más cambios en las estructuras políticas de atención a la salud, que de alguna manera repercutieron en la operatividad de la clínica. El 31 de agosto del 2022, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el cual se informa la creación del “organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar IMSS-BIENESTAR” (DOF, 31/08/23). Sin embargo, la constitución de dicho organismo se da en respuesta a lo que muchos críticos de López Obrador consideran como un fracaso dentro del sistema de atención a la salud que se vino gestando desde pasados sexenios. Diego Badillo (02/10/22) señala que los cambios realizados en los programas federales en el rubro de la salud, desde el desaparecido Seguro Popular y los consecuentes, reflejaron la inestabilidad en los programas de atención a la salud en México (El economista, 2022).⁷²

Sin embargo, desde el inicio del programa IMSS BIENESTAR existieron críticas sobre su desempeño.⁷³ Una de las mayores preocupaciones giró en torno a lo que algunos economistas como Rodríguez Rivera (2022) refieren como un proceso de *re centralización* de los servicios de salud y las consecuencias de ello. La investigadora señala que tal “recentralización tiene consecuencias en la distribución de las responsabilidades entre la

⁷² De acuerdo con información expuesta en páginas oficiales del gobierno mexicano, esta medida buscó “la mejora en el abasto de medicamentos y mayor inversión en los centros de salud” (Sánchez, 18/08/23). Se contemplaron también, la creación de infraestructura hospitalaria, abastecimiento de medicamentos y atención con perspectiva de género en el marco del respeto a los derechos humanos. El proceso mediante el cual se *salta* de un programa a otro, se dio de manera gradual, durante poco más de un año y medio, en el cual primero se ha buscado la basificación del personal de salud, así como la contratación de una mayor plantilla, con la finalidad de mejorar los servicios a la población que no cuentan con sistemas de atención a la salud de a mayor infraestructura como IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, etc. De manera gradual, las entidades del país, han firmado los convenios correspondientes para adscribirse a este cambio de esquema de atención sanitaria.

⁷³ En entrevista para la revista *Proceso*, la abogada Andrea Rocha señala que la administración de López Obrador enfrentó “más de 300 demandas de amparo interpuestas por pacientes con cáncer y con VIH que no reciben tratamientos, situación derivada de las medidas de austeridad implementadas por el gobierno federal.” (Farrell, 19/08/23). En esa misma entrevista la también activista refiere que han sido diversas las dificultades y restricciones que los usuarios en salud han vivido, a partir de los cambios que el gobierno federal ha realizado en los sistemas de atención sanitaria, pues en su opinión no existieron reglas de operación claras para el Insabi, mientras que el mismo 2020, año de inicio de la pandemia del COVID-19, el gobierno federal también eliminó los fideicomisos en materia de salud, circunstancias que según Rocha, empeoraron la situación de los centros de salud donde los usuarios debían pagar para recibir los servicios (Farrell, 19/08/23). Aun cuando se ha insistido desde la federación, que el IMSS y el programa IMSS Bienestar son entidades separadas, y que por tanto cada una tendrá fideicomisos independientes, es precisamente el tema del financiamiento lo que ha preocupado a los sectores que buscan la adecuada atención a la población. En mayor medida, porque la falta de recursos se verá reflejada en una deficiente atención, falta de personal y recursos y carencia de medicamentos para poblaciones que viven con padecimientos crónicos en los cuales es indispensable la continuidad de abastecimiento de fármacos, como en el caso del VIH.

Federación y las entidades federativas, en el funcionamiento de las organizaciones de salud, así como en la gestión y provisión de los servicios en todos los niveles de atención”. Para la autora, la creación del programa IMSS Bienestar representa un proceso de re centralización mediante el cual “se reincorpora la autoridad, el control y la capacidad de toma de decisiones desde las unidades jerárquicamente inferiores o subnacionales hacia un centro” (Rodríguez, 2022).⁷⁴

En la práctica, entre otras cosas esto puede traducirse en que los centros de atención sanitaria estatales o regionales como el CAPASITS, deban esperar y adaptarse a lo dictaminado por las políticas públicas centrales para la resolución de determinadas problemáticas que se presenten, lo cual es aún más dificultoso dadas las particularidades de cada entidad o región.

Por ejemplo, una de las acciones que el CAPASITS Puebla [fig. 1.4] ha implementado ante la problemática detectada acerca de la atención a la salud mental y emocional, sobre todo derivada del consumo de sustancias psicoactivas – y las posibles repercusiones por el consumo de estas sustancias frente al TARGA- fue la implementación de un área de Psiquiatría alrededor del año 2022, instalada en uno de los cubículos del centro, junto a Trabajo Social, Nutrición y Psicología (señalado en el croquis con una carita amarilla). Sin embargo esta área no se trata de una plaza laboral fija, sino es más bien un espacio de apoyo conseguido para médicas y médicos residentes del Hospital Psiquiátrico del estado, institución donde realizan su especialidad. Por lo tanto, su permanencia oscila alrededor de tres meses, luego de los cuales es cambiado por otra u otro pasante. Claro es que esto dificulta el seguimiento de los tratamientos de las y los pacientes, porque cada tres meses el nuevo pasante debe revisar y recuperar los tratamientos ya instaurados y recibir a las nuevas canalizaciones. Pero esta medida ha sido funcional y fue implementada ante una problemática real con la que se comenzó a enfrentar el módulo. Según uno de los psicólogos con los que llegué a conversar del tema, poco antes de la pandemia del COVID19, se comenzaron a presentar casos en donde algunos pacientes fueron detectados como usuarios de psicoactivos y en algunas ocasiones este consumo parecía interferir en el tratamiento integral que llevaban.

Bajo un proceso de *re centralización* de la atención sanitaria, se tendría que esperar a que la federación, vía las políticas públicas en salud dictaminaran cuales serían las medidas a tomar ante este problema. Lo cual puede ser contraproducente sobre todo por el tiempo que se tendría que esperar para que se materializaran tales soluciones. Esto resulta bastante probable en el tema del consumo de psicoactivos porque, como se ha referido con

⁷⁴ De acuerdo al análisis que Rodríguez realiza, se han detectado una serie de problemáticas derivadas a partir de este proceso que resume en algunos puntos: a) Regionalización de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, lo que imposibilita el traslado de pacientes a instituciones con mayor capacidad e infraestructura. B) Eliminación de convenios con hospitales privados para atender enfermedades como el cáncer. c) Menor abastecimiento de medicamentos e insumos. d) No obligatoriedad a asistir regularmente a consultas en las unidades médicas lo que irrumpe el seguimiento que puede otorgarse a la salud de los pacientes. Si esto se complementa con la carencia de una cultura de la prevención, puede desembocar en el agravamiento de los padecimientos (Rodríguez, 2022).

anterioridad, existe una desarticulación histórica entre los temas del consumo de drogas y el VIH/sida que acaso llegan a conjuntarse en determinadas

intervenciones como el trabajo con usuarias y usuarios de drogas inyectadas. El manejo del consumo de drogas no solo se ha realizado mayormente desde un

enfoque prohibicionista, sino que es un tema sobre todo de Seguridad Pública, lo que ha dificultado las intervenciones en el registro de la atención sanitaria.⁷⁵



Imagen 1.5 CAPASITS Puebla en el 2025

De esta manera, según el Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH en México y la página oficial del panorama epidemiológico de VIH en Puebla, en los últimos 10 años se tienen registrados 7838 nuevos casos diagnosticados con esta enfermedad en la entidad poblana (de los cuales 6827 son hombres). Este porcentaje representa el 4.7% de los casos en todo el territorio mexicano. Tan solo en el 2024 se registraron 326 nuevos casos en el estado. Según el CENSIDA Puebla, hubo un crecimiento del 83% con respecto a la tasa del 2023.⁷⁶

En ese mismo orden de ideas. medios de comunicación y la misma Secretaria de salud, señalan que el 2024 arrojó la cifra más baja desde 1990 en cuanto a muertes vinculadas con el VIH o sida: 15 casos.⁷⁷ Sin embargo otros medios ofrecen una cifra mucho muy distinta.

⁷⁵ Como ejemplo se sabe que en el 2022 existió una reforma a la Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones, en la que se busca un enfoque, destacando la prohibición del internamiento.⁷⁵ Tales procesos federales pusieron en alerta al activismo VIH/sida mexicano. De acuerdo con decretos oficiales los CAPASITS de todo el territorio mexicano estarían adscribiéndose al Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de octubre del 2022, se señala que las unidades pertenecientes al modelo UNEMES (entre los que se encuentran los CAPASITS) fueron integrados a lo que se denomina como redes integradas de servicios de salud (RISS) las cuales son coordinadas por los Centros coordinadores de salud para el bienestar (CCSB). Esto al considerar que: “Aunque las UNEMES actuales han sido fundamentales para la invocación de modelos efectivos de atención a la persona en estos programas estratégicos, por lo general se han quedado aislados de las redes de atención y por su alcance territorial y muy limitado impacto en el primer nivel de atención, representan una muy limitada cobertura de la necesidad actual. En este sentido se propone que, en coordinación con las secretarías de salud de los estados, la Secretaría de Salud federal y el OPD IMSS-Bienestar, se defina una ruta de transición para que, a la par de mantener los aspectos innovadores, se pueda incorporar a las redes de servicios de atención médica, y mantener por parte de la Secretaría de Salud, los componentes de gestión que funcionen como parte de la micro gestión y operación de los CCSB “(DOF, 25/10/22). Sin embargo, la ambigüedad que hasta el momento representan las funciones de los CCSB y las RISS, generan preocupación sobre la continuidad de los servicios ofertados por los módulos CAPASITS.

⁷⁶ De acuerdo con este mismo organismo los 326 nuevos casos representan el 0.9 % de las 33 mil 288 pruebas de detección que se realizaron en la entidad, es decir, solo ese porcentaje arrojó un resultado positivo.

⁷⁷ Esto parecería sustentarse en que de los 326 casos positivos, 207 (63.4%) se encontraban en estadios clínicos 1 y 2, es decir, asintomáticos o con sintomatología que no representaba una urgencia.

El periódico “El sol de Puebla” cita a la misma Secretaría de salud Estatal desde la Plataforma nacional de transparencia, con un registro de 105 defunciones relacionadas con el VIH/sida, distribuidas a lo largo del año.

Conclusiones del capítulo uno

:

En este primer capítulo mi intención fue mostrar una narrativa en primera persona de la pandemia del VIH/sida. Tomé como referencia mi experiencia de vida, tratando de entrelazarla con el despliegue de dicha pandemia a nivel local, estatal, nacional y mundial. Esto con la finalidad de exponer cómo los distintos niveles mencionados se articulan entre sí, siendo esto una de las particularidades de la autoetnografía y la antropología encarnada propuesta por Mary Luz Esteban.

De esta manera, partí de entender que yo y algunos de los colaboradores de este trabajo somos una generación que crecimos junto con la pandemia, es decir que nuestro desarrollo de vida creció a la par que el del VIH/sida y ello marca una diferencia subjetiva en nuestra sexualidad que permite cierta distinción con las generaciones que vieron la llegada del padecimiento en pleno ejercicio de su sexualidad o de aquellas otras donde el VIH es ya un padecimiento crónico. Remarco además que esta vinculación tiene un particular impacto en las vidas de varones homosexuales.

Sumado a ello, subrayo la importancia de considerar que en países como el nuestro, la pandemia se articuló a escenarios de pobreza y desigualdad social, sumado a los prejuicios y las estructuras machistas y misóginas que repudian y castigan las expresiones femeninas en los varones, lo cual dio como resultado entre múltiples aspectos, no solo la ficción de una inferencia entre el virus y la orientación homosexual, lo que a su vez provocó que la pandemia se expandiera por el descuido de otras poblaciones que estuvieron vulnerables al padecimiento y el abandono estatal de la población afectada.

Y de ser esto así, y en tenor de pensar las vivencias del VIH de forma generacional, me parece importante preguntarse aspectos cómo la forma en que el padecimiento fue moldeando las subjetividades y la sexualidad sobre todo de los varones homosexuales, desde sus infancias maricas en los años 80, e incluso en torno a los referentes públicos no heterosexuales de la época y ello qué repercusiones tuvo en el desarrollo de la sexualidad de los sujetos homosexuales en países como el nuestro.

Haciendo un repaso década por década, expongo en este primer capítulo cómo la década de los 90 marca el hito de la prevención del VIH/sida teniendo la promoción del condón como estandarte. El preservativo se mete a la vida cotidiana pero a la vez se recrudece la homofobia y la satanización del sexo entre varones y los lugares de encuentros sexuales casuales y al mismo tiempo se configura una imagen homonormada que es socialmente aceptada.

Desde la lógica de la prevención, las experiencias tras el diagnóstico positivo poco importaron pues aunque para esa década ya existían fármacos ARV que prolongaban la vida aun por corto tiempo, parecía importante mantener la idea de que el único futuro tras la infección era la muerte y poco se visibilizaron las luchas por la sobrevida y supervivencia.

Ello derivó en un modelo de atención médica mayoritariamente moralista, continuando con la circulación del miedo como principal medio de prevención.

La década del 2000 marca el auge de la medicalización como medida frente a la pandemia. En México nacen las clínicas CAPASITS como el resultado de la búsqueda y exigencia desde la movilización social para una mejor atención a la población que vive con el virus, pero también como parte de los compromisos con instancias internacionales con las que México adopta tratados en el tema. Sin embargo y pese al gran avance que representaron estos espacios, y aun con la enunciación de una cobertura universal en el país, en este capítulo se exponen algunas circunstancias por las cuales muchos y muchas ciudadanas no pueden acceder a la atención sanitaria para tal padecimiento. Dicha atención desarrolla en estos años y por medio de estos nuevos espacios, estrategias de disciplinamiento de los cuerpos VIH por medio de la narrativa de una muerte inminente y latente, por lo que al o la paciente le queda poco tiempo de vida para aprovechar.

La siguiente década, la del 2010, desbarata esta estrategia con la llegada de la indetectabilidad/ intransmisibilidad. Ante ello, fue necesario establecer nuevas estrategias de regulación y control corporal: la figura del *buen paciente* desde donde se significa la infección del VIH como una oportunidad para *recomponer el camino*, alejarse de la vida loca, una narrativa históricamente usada por la lógica heterosexual para describir aquellas vivencias que no se acoplan a sus marcos normativos. El buen paciente permite el despliegue de estrategias de vigilancia como el conteo y control del abastecimiento del fármaco ARV que habilita la sobrevida de los pacientes.

Los años 2020 no solo se caracterizan por la articulación entre dos pandemias: la del VIH con la del COVID19, lo cual tensiona la ficción de la cobertura universal porque dificulta el acceso a los ARV y el despliegue adecuado de la atención institucional, además de poner en evidencia la vulnerabilidad y dependencia de las personas que estamos integradas a un tratamiento ARV, al abastecimiento del fármaco. Las medidas de contingencia derivadas del SARS-COV-2 fueron aprovechadas para que el CAPASITS Puebla dejara de ser , además de un centro de atención sanitaria, un punto de encuentro político de las sexo diversidades. Además de ello, los procesos de recentralización en salud pública que se vislumbran en la mitad de esta década revelan la necesidad de estar alertas de las posibles cambios en la atención al VIH /sida que puedan poner riesgo la atención a estas poblaciones.

De esta manera, los hallazgos expuestos en este primer capítulo abonan a la pregunta general de investigación, pues no solo da cuenta de los contextos sociales e históricos por medio de los cuales se instauran los tratamientos ARV tal como lo viven en la actualidad los colaboradores, sino que permitirá entender muchos de las prácticas de atención a la salud institucional, seguimiento de tratamientos, ejercicio de la sexualidad y consumo de metanfetamina que se expondrá en los próximos capítulos.

Capítulo 2

Diagnósticos positivos a VIH y experiencias con el uso de metanfetamina

Introducción al capítulo dos: El consumo de metanfetamina como una problemática de la sexualidad entre varones en Puebla.

De acuerdo con las páginas oficiales del gobierno mexicano, el consumo de metanfetamina o cristal se empezó a extender en el país alrededor del año 2013, principalmente en entidades del noreste del territorio, como Tamaulipas y Nuevo León (SS, 18/04/2023). En el 2012, la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) tenía registro de cómo los cárteles mexicanos obtenían con el tráfico de drogas sintéticas como la metanfetamina, ganancias de hasta 23 millones de pesos en el mercado estadounidense, cantidad que llegaban a triplicarse si se destinaba al continente europeo. Esto porque a diferencia de otras drogas, con la metanfetamina los cárteles mexicanos eran productores y distribuidores, por lo que en esos años México y Centroamérica se convirtieron en poderosos fabricantes y proveedores de esta sustancia.

La producción de esta droga se enraizó en los estratos sociales más bajos del país. Según informes de organizaciones civiles y la entonces Procuraduría General de la República (PGR), en ciudades como Tijuana, B.C. la producción de estas sustancias se hacía en pequeños laboratorios instalados en colonias populares. Esto generó un acceso fácil y rápido a la metanfetamina para la población mexicana principalmente de bajos estratos económicos. Pero además, tal acceso era aún más peligroso que con otros psicoactivos porque su producción era y es posible por medio de sustancias químicas sin control internacional que resultan mayormente dañinas para el organismo. (Najar, 09/02/2012).

De acuerdo con Antonio Mazzitelli, el representante regional de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el delito (UNODC) en el 2012, las drogas sintéticas como la metanfetamina tienen como una particularidad ser muy dinámicas en su producción, mercado, distribución, uso y formas de consumo. Es por ello que en el 2018 María Elena Medina-Mora, investigadora de la UNAM señaló que para ese año “se hizo popular el cristal inyectado”, por encima de otras formas de consumirlo como el fumado, esnifado o colocado en las áreas genitales (COLNAL, 25 de junio del 2024)

En 10 años, del 2013 al 2023, el consumo de ésta sustancia y otros estimulantes del tipo anfetamínico⁷⁸ aumentó hasta 416% en el territorio mexicano (Rodríguez, 27/06/2024). Su crecimiento ha sido tal en los últimos años que el 25 de febrero del 2025 la actual presidenta de México, Claudia Sheinbaum, reconoció a la metanfetamina como la droga que más se consume en el país (Olivares y Jiménez, 2025).

En ese mismo orden de ideas, aunque no hay coincidencias en los datos oficiales sobre la droga más usada en la entidad poblana, se tiene registro por parte de la Fiscalía del Estado que la metanfetamina es una de las dos sustancias ilegales (junto con la marihuana) más aseguradas en operativos dentro del territorio poblano (Espejel, 09/05/2024). Este dato pone en evidencia la circulación, oferta y demanda del cristal en la entidad.

⁷⁸ Anfetaminas, éxtasis o estimulantes de uso médico.

Dadas las facultades estimulantes de esta sustancia, el uso del cristal tiene distintos propósitos. Se ha documentado el consumo de metanfetamina en jornaleros y choferes de tráileres para poder soportar jornadas extenuantes de trabajo (Carvajal, 2021). Pero una particularidad en el consumo del cristal ha sido su utilización durante las prácticas sexuales, con el fin de experimentar placer sexual de manera distinta y/o experimentar prácticas sexuales prolongadas.

Ahora bien, según el informe sobre la situación mental y el consumo de sustancias en México 2024, el 84.8% de los usuarios de cristal y éxtasis son varones, dato que pone en evidencia el uso de esta sustancia entre la población de varones gays precisamente en el ejercicio de su sexualidad. Esto a su vez deriva en reflexionar si el consumo de cristal en nuestro país no solo es un problema de salud y/o de seguridad pública, sino que también se trata de un asunto de la sexualidad.

El uso de sustancias psicoactivas como el cristal durante prácticas sexuales sobre todo entre varones, ha sido mayormente abordado desde los discursos médicos bajo el concepto de *chemsex*, término anglosajón para entender el consumo de psicoactivos en prácticas sexuales enfocado a la experimentación del placer sexual. Hay incluso quien se refiere a estas prácticas con el término de *sexo químico*.

Aunque el uso de sustancias en el sexo entre varones no se trata de un tema nuevo, el consumo de metanfetamina entre la población de hombres que se identifican como homosexuales en nuestro país, si ha tenido determinadas características contemporáneas. Un ejemplo de ello es el considerable crecimiento de su uso durante el confinamiento derivado de la pandemia del COVID19. Según el reportaje de Rafael Cabrera *Amor de cristal*, “durante la pandemia de Covid-19, organizaciones civiles y la Clínica Condesa de CDMX detectaron un alza de hombres gay que buscaban ayuda porque el consumo de cristal (metanfetamina) se les había salido de control” (11 de octubre del 2023). Según Cabrera fue por medio de aplicaciones virtuales de ligue, redes sociales y encuentros en hoteles de paso que el uso del cristal en las prácticas sexuales de poblaciones gays, se popularizó en la ciudad de México y otras entidades de la república, como Puebla.

La pandemia del COVID19 entonces, fue un marco decisivo para que la metanfetamina ocupara tal centralidad entre la población mexicana y sobre todo en las prácticas sexuales entre varones. Medina-Mora (COLNAL; 25 de junio del 2024) confirma que la metanfetamina se convirtió en la principal droga de abuso durante esta pandemia en el país. Y es que dicha pandemia no solo afectó, como ya he mencionado, a las dinámicas de prevención y atención sanitaria. También hubo repercusiones en nuestras prácticas sexuales de los varones que nos identificamos como homosexuales.

Muchos de los lugares de encuentro y socialización para poblaciones gays en la ciudad de Puebla (y otras regiones del país) cerraron sus puertas por las medidas sanitarias. Y aquellos espacios que no lo hicieron, operaron en la clandestinidad. Por lo que se habilitaron otras dinámicas para poder tener sexo, como los encuentros sexuales en grupo en domicilios particulares y hoteles, organizados por medio de aplicaciones digitales. Espacios donde la

circulación de psicoactivos como el cristal resultaba más fácil porque no se temía ser descubierto como en los lugares de encuentro, antros y clubes.

En este segundo capítulo, además de exponer en esta introducción un breve panorama de la producción y venta ilegal de la metanfetamina, expongo la manera en que en la clínica CAPASITS ubican y reaccionan ante casos de uso del cristal por parte de usuarios y ello me sirve para reflexionar en torno a las experiencias de los colaboradores en torno a su diagnóstico positivo a VIH y su ingreso a los tratamientos ARV .

Ello me lleva a pensar a al VIH /sida desde el registro del *trauma social*, en conversación con las reflexiones de Anne Cvetkovich. Esto para dar cuenta de cómo se articulan el consumo de cristal con las experiencias de seguimiento en el TARGA con otros elementos como los sistemas de apoyo familiar.

VIH y consumo de metanfetamina.

Para el inicio de la pandemia del COVID19, luego de dos años de vivir con el virus del VIH y haber alcanzado la indetectabilidad , yo ejercía mi sexualidad de una manera que sentía hasta cierto punto satisfactoria. Saberme indetectable me dio la confianza para volver a frecuentar lugares de encuentro y gestionar prácticas sexuales por medio de aplicaciones digitales. Pero el nuevo virus, el SARCOV2, significaba una razón para detenerme en estas prácticas precisamente ante el desconocimiento de su evolución y desarrollo en un organismo con VIH, aun estando bajo tratamiento ARV. Las instancias sanitarias de México y el mundo, al inicio de la pandemia del COVID19, consideraron a las personas que vivíamos con VIH dentro de los grupos vulnerables. Uno podría ser indetectable al VIH pero el mundo desconocía su interacción con el nuevo virus.

Por estas razones, en el inicio de las medidas de restricción de movilidad en el país, en marzo del 2020 decidí instalarme en casa de mi madre en Teziutlán, desconociendo el tiempo que duraría la contingencia. Estaba por terminar la maestría en antropología social, ya había realizado el trabajo de campo necesario y de nueva cuenta daba clases en nivel universitario, las cuales por las medidas sanitarias antes referida se impartían en línea. Así que no había otra actividad que me obligara a estar en la capital del estado más que la atención a VIH la cual cubría, como ya mencione, con visitas ocasionales para hacerme estudios de laboratorio y recoger medicamentos en el CAPASITS Puebla.

En Teziutlán no existen lugares de encuentro como tal (los medios para contactar a otros varones y tener prácticas sexuales mayormente es a través de aplicaciones digitales) así que durante el 2020, no tuve encuentros sexuales con nadie. Pero Pancho- el amigo con el que vivo y con quien nos hemos apoyado desde el 2012- que permaneció en Puebla, sí. Yo sabía que Pancho acostumbraba desde hace años el uso de psicoactivos durante el sexo, sobre

todo poppers y marihuana. Incluso como mencioné anteriormente, él había sido uno de los colaboradores en mi trabajo de investigación de maestría sobre uso de poppers en un sauna para encuentros sexuales en la ciudad de Puebla⁷⁹. Pero durante el 2020 Pancho comenzó a consumir metanfetamina con mayor frecuencia. Así que el consumo de Pancho de cristal, que antes de la pandemia había sido ocasional, aumentó considerablemente en este periodo. Poco a poco noté ciertos cambios en su comportamiento cotidiano. Durante las llamadas que hacíamos o las veces que visitaba la casa por acudir a la CAPASITS, lo observé muy ansioso, con mucha energía, mayor rapidez en el habla y con cierta incapacidad para mirar a la cara con quién hablara. Su físico también había cambiado: poco a poco lucía mucho más delgado, demacrado, sus pómulos y su cuello se marcaban mucho más en su rostro, como si la grasa de esas partes hubiera ido disminuyendo. Además, hacía cierto chasquido con la lengua de forma repetitiva.

La baja de sus clientes en su estética y el aumento de la renta del local, derivado de las medidas de restricción por pandemia, lo obligaron a dejar dicho espacio y sus ingresos mermaron considerablemente. Sus sobrinos (un matrimonio con una hija adolescente) se habían instalado en la casa para acompañarlo y me decían que frecuente muchos chicos se quedaron a dormir con él en el departamento que yo ocupaba y pasaban hasta días completos sin salir siquiera a comer. Evidentemente estos encuentros eran extenuantes jornadas de sexo con consumo de cristal, muy comunes sobre todo durante la pandemia del COVID19. Cuando los encuentros no se realizaban en la casa, Pancho se ausentaba por días pues acudía a otras reuniones que se llevaban a cabo en otros domicilios u hoteles de la ciudad.

En este contexto me infecté del SARCOV2 en octubre del 2020. Aunque fue una leve sintomatología (fiebre, dolor de garganta y pérdida del olfato y gusto) entré en un tercer cuadro de ansiedad, por lo que fue necesario de nueva cuenta buscar ayuda psiquiátrica. Este nuevo cuadro de padecimiento mental/emocional se desarrolló, considero hoy día, al desconocer el nivel de vulnerabilidad que mi organismo tenía frente al nuevo virus. es decir, al igual que cuando me infecté de VIH, temía perder la vida por la infección. Aunque la OMS reconoce hoy día que “no hay evidencia clínica de que las personas con VIH tengan un mayor riesgo de infección por el SARS-CoV-2 en comparación con las personas VIH-negativas” (07/06/2023) como ya he referido, en el 2020 este dato no estaba confirmado. Tampoco se sabía con certeza si los tratamientos usados para el virus respiratorio hasta ese momento

⁷⁹ Pancho inicio con el consumo de cristal alrededor del 2018, pero de manera muy esporádica. Antes de ello, desde la adolescencia, Pancho había consumido marihuana, poppers y alcohol, todas como sustancias que le ayudaban a sentirse menos cohibido durante sus prácticas sexuales. Cuando en las entrevistas hablamos sobre esta etapa, Pancho refería que el inicio su vida reconociéndose como homosexual, sucede en el marco de una relación de pareja, cuando recién cumplía los 20 años. Con su pareja, Mario, Pancho se estableció en una relación monogámica hasta que alrededor de 10 años después, terminaron. Pancho proviene de sectores económicos muy bajos en la ciudad de Puebla, con una fuerte desorganización y violencia en el núcleo familiar, así como escasas oportunidades escolares y laborales. Hasta antes de conocer a Mario, se había desempeñado como albañil y su entonces pareja le enseñó estilismo, con lo que pudo mejorar su calidad de vida de él, su madre y hermanos pequeños. Eran los inicios de la década de los 2000 cuando termina su relación con Mario, en un contexto de ambiente gay de la capital poblana, refiere, que le daba mucha importancia a la posición económica y la apariencia física. Por ello, decidió bajar de peso, hacer ejercicio, masculinizar su imagen, hacerla más ruda, lo cual no solo le abrió la oportunidad de conocer más gente sino también de ejercer el trabajo sexual, donde era muy solicitado por su rol sexual activo, además de dedicarse al estilismo de manera independiente. En este contexto es donde más consume psicoactivos en prácticas sexuales, un tanto dice el, para no sentirse cohibido cuando se desnudaba o cuando convivía con otros varones de estratos sociales más altos, quienes lo buscaban para tener sexo.

tendrían una mala interacción con los ARV. Por lo que todo este contexto de preocupaciones e incertidumbre se manifestó en un nuevo episodio de ansiedad.

Sin embargo, me parece que esta experiencia personal da cuenta de cómo el virus del COVID19 de alguna manera tensionó la *invulnerabilidad* de la condición indetectable al VIH. Y lo hizo no solo al poner en duda la evolución de ambos virus, sino al poner en evidencia la dependencia de nosotros los usuarios y usuarias del TARGA, al fármaco, lo que en todo caso sería una de las características de la actual fase frente a la pandemia del VIH/sida.

Porque la pandemia del SARCOV2 es solo uno de los múltiples escenarios, hipotéticos o no, que plantean la posibilidad de no acceso a medicamentos ARV. Una pandemia como la del COVID19, podría plantear escenarios de desabasto de los medicamentos, cierre de los espacios sanitarios, imposibilidad de los pacientes para acceder a las clínicas, etcétera, tal como sucedieron con otros padecimientos crónicos y degenerativos sobre todo aquellos con comorbilidades. Y aunque para el caso del VIH/sida estas condiciones no llegaron a suceder en nuestro país, existen de manera latente otros muchos contextos en los cuales las y los pacientes podemos estar imposibilitados a acceder al tratamiento. E independientemente de ello, no habría que perder de vista que muchos de nosotros vivimos en una posición privilegiada que permite el acceso a los tratamientos. Es decir, sin que exista desabasto, un gran número de la población tiene dificultades para acceder a ellos, como se narraron ejemplos líneas atrás.

La mayoría (si no es que su totalidad) de las instancias sanitarias no recomiendan la suspensión del ARV pues puede derivar en el *fracaso terapéutico* (que el fármaco no logre su función en el organismo) y/o la resistencia al medicamento. Incluso algunas y algunos activistas como Alain Pinzón (una de las figuras más reconocidas en el activismo VIH a nivel nacional) recomiendan ante este latente panorama, tener un *stock* de medicamentos de emergencia para casos extraordinarios en los que sea imposible obtenerlos en las instituciones sanitarias. La preocupación por el abastecimiento y acceso al ARV da cuenta de lo mucho que se depende del fármaco en esta fase de la pandemia. De hecho, volviendo al activismo VIH, la vigilancia del desabasto de ARV en instituciones sanitarias es una de sus necesidades centrales.

De esta manera, una de las principales preocupaciones que yo tenía con respecto al consumo de cristal de Pancho, era la manera en que estuviera llevando la ingesta del ARV. Si pasaba días en sesiones de sexo y consumo, me parecía un escenario difícil para la adherencia al tratamiento. Muchos estudios desde la perspectiva del chemsex, articulan el consumo de psicoactivos con el VIH principalmente en dos registros: la posibilidad de infectarse por el virus dada la intoxicación con los psicoactivos o el descuido de los tratamientos ARV si la persona ya vive con VIH (Perello, et.al. 2018, Alonso Et.al. 2019 entre otros). Puedo decir que la preocupación por el consumo de Pancho y esta suerte de tensión entre el vivir con VIH y llevar un TARGA, haciendo uso del cristal durante el sexo,

fueron mi principal interés de investigación y el motor para generar mi propuesta para este doctorado.

Para mayo del 2021 regresé a instalarme en Puebla, buscando entrar al doctorado con esta propuesta en mano. La situación de Pancho había sido cada vez más difícil. Una vez que me reinstalé en el domicilio, las reuniones sexuales en casa cesaron, pero el consumo de cristal derivaba ya en un incremento de las ideas paranoides de Pancho y las alucinaciones eran cada vez más constantes. La descripción de tales visiones era bastante aterradora para mí.

Cabe señalar que no voy a narrar en este apartado su propia experiencia, la experiencia de Pancho con la metanfetamina, porque ello corresponde más bien a los capítulos y apartados donde él y los otros participantes de este estudio me comparten sus vivencias. Mas bien lo que intento aquí es exponer el punto de vista de quienes nos toca acompañar a un usuario de cristal en diversos registros, en este caso el de una amistad muy estrecha, sumado a *la tensión de lo que significó para mi comenzar la construcción de una investigación antropológica en el tema, iniciando por la delimitación de una problemática que se vive, si bien no en carne propia, sí vinculada precisamente por el acompañamiento y el cuidado.*

Aunque muchas condiciones estuvieron muy a mi favor, inicié el actual proyecto de investigación bajo la tensión de no saber cómo brindar un cuidado a Pancho por su consumo. Por un lado, las condiciones de encierro por pandemia aún no se levantaban del todo, lo que nos obligó a abrir un pequeño negocio de venta de plantas en la colonia para sobrellevar los gastos, a los que se habían sumado la atención psiquiátrica porque Pancho pasaba noches sin dormir, teniendo alucinaciones y ataques de pánico por la sensación de persecución.

Además, mi angustia se incrementó porque muchas veces, cuando buscaba ayuda profesional para él, la gente sentenciaba lo difícil que sería el proceso, largo y tardado y quizás interminable, tanto para el usuario como los acompañantes y cuidadores. Este contexto resulta importante de describir para mí, sobre todo porque en mi propuesta lo que intentaba era desplazarme de las nociones clínicas que abordan al consumo de sustancias como la metanfetamina, desde un enfoque prohibicionista y que solo exponen los aspectos negativos de esta práctica, utilizando al miedo como un recurso preventivo. Mi conflicto era sobre cómo plantear esta problemática lejos de esta perspectiva, si en el día a día unas veces compartía con Pancho su sufrimiento de las alucinaciones, y en otros momentos yo mismo era acusado de querer causarle daño debido a la paranoia generada por el abuso de la sustancia. Además estaba el miedo y la angustia cuando se salía de la casa y se ausentaba por días. Angustia por que siguiera consumiendo, sucediera un accidente o una sobredosis, fuera detenido por la policía o él mismo cometiera algún ilícito dada la intoxicación. En esos momentos confirmaba que lo que me habían dicho con anterioridad era verdad: las consecuencias de un

abuso en sustancias como el cristal parecía tener repercusiones bastante fuertes en el círculo cercano del usuario.

En agosto del 2021 fui aceptado en el doctorado e inicié con el trabajo etnográfico en el CAPASITS Puebla. Al mismo tiempo me interesaba contactar con otros varones además de Pancho, que vivieran con VIH, estuvieran bajo TARGA, fueran usuarios de cristal y estuvieran dispuestos a colaborar en mi trabajo. Para esto último, Pancho me hablaba que eran muchos los chicos que durante las reuniones de sexo con cristal a las había acudido en la ciudad, optaban por no usar preservativo y que bajo su opinión eso era un indicador que vivían con VIH y seguro varios estaban bajo tratamiento ARV. Me habló de contactar con ellos, pues tenía sus números telefónicos y contactos por *Grindr*. Pero decidí rechazar esta propuesta. En ese momento consideré que al hacerlo sería como fomentar el contacto entre ellos y Pancho, y estábamos intentando con bastante trabajo, recuperar su estabilidad emocional a través del tratamiento psiquiátrico y la abstinencia.

No sé si esa fue una buena decisión o no (tanto para el tratamiento de Pancho como para la investigación). Mas bien me parece que este tipo de acciones ponen de manifiesto que el abordaje de una problemática desde un enfoque antropológico no solo posiciona de determinada manera a quien investiga, sino que precisamente este posicionamiento se materializa a la hora de optar por directrices para el trabajo, porque en el proceso de tomar *decisiones metodológicas objetivas* parece más bien una ficción. Puesto que todas las decisiones que se tomen en el proceso investigativo estarán atravesadas por otros registros del o la investigadora (en mi caso mi temor de fomentar una posible exposición de Pancho al consumo de metanfetamina, lo que a simple vista se trata de una acción sostenida por lógicas prohibicionistas pero que en ese momento, dado todo lo que ya habíamos pasado sonada como la mejor alternativa). Y en ese sentido quizás tales decisiones no deberían analizarse de manera punitiva (si se hizo lo correcto o no para el resultado final de la investigación) sino más bien ser contantemente reflexivo o reflexiva sobre los resultados que se van a ir construyendo a partir de dichas decisiones.

Porque además estaba la opción de asistir yo solo, sin la intervención de Pancho, en las reuniones de sexo con cristal que se seguían realizando para ese entonces en la ciudad, en un escenario donde ya muchos lugares de encuentro operaban con cierta normalidad. Pero en ese momento pensaba en cómo mí *no consumo* de cristal, me podría excluir de estos encuentros. En mi trabajo de investigación de maestría, dentro del sauna para encuentros sexuales entre varones, había echado mano de lo que Hakim (2019) denomina como *capital erótico*. Según la socióloga británica, a diferencia del capital social, el cultural y el económico que propone Bourdieu en “Las formas del capital” (1986), el erótico se trata de atributos como la belleza, el atractivo sexual, la composición de la imagen personal y corporal, la vitalidad, el carisma o encanto y otras características más que funcionan (por separado o en

combinaciones) para parecer más atractivos y atractivas para los demás, siendo una suerte de herramienta con las que los sujetos hacemos frente al mundo. En ese sentido, en aquella investigación había usado tales herramientas para acercarme a sujetos dentro del sauna e invitarlos a que colaboraran en mi trabajo, y para ello *tuve que jugar* dentro de las reglas de seducción establecidas en las dinámicas del espacio de encuentro, las cuales no necesariamente incluían el consumo de poppers. En otras palabras, en aquel espacio sexual observado, pude moverme sin consumir sustancias psicoactivas.

Pero en esta ocasión si quería involucrarme en estos encuentros de sexo y consumo existía el temor de que al no ser consumidor, no pudiera acercarme a estas dinámicas sin ser rechazado. Y al mismo tiempo existía el otro temor de acceder al consumo de cristal y *engancharme* con la sustancia lo cual me parecía catastrófico dada mi condición de acompañante y cuidador de Pancho. El acceder a consumir cristal era a mi parecer bastante posible, sobre todo porque habían pasado ya tres años de mi anterior trabajo de campo y mi *capital erótico* ya no era el mismo que me había servido anteriormente.⁸⁰

Opté entonces por otras dos estrategias: la primera buscar yo mismo los contactos a través de Grindr y la segunda tratar de captar usuarios del CAPASITS Puebla. La segunda opción me urgía un poco más porque me interesaba mucho saber cómo el consumo de cristal se materializaba en los contextos de atención en la clínica. En ese respecto, desde que gestaba la idea de mi propuesta de investigación, en alguna oportunidad platiqué con uno de los psicólogos del centro sobre la posibilidad de permitirme hacer el trabajo de campo dentro de las instalaciones aun con las medidas de restricción por COVID19. Pero el psicólogo me había referido que de ser así, debía presentar ante la dirección del centro un escrito de solicitud acompañado de mi protocolo de investigación (el cual en esos momentos estaba en su versión inicial) y esperar a que un consejo regulador me diera el visto bueno. Honestamente, dado el enfoque que estaba proponiendo, consideré que difícilmente se me daría tal autorización. Así que decidí que no realizaría ese trámite y mi observación etnográfica sería a través de mis visitas cotidianas al módulo o bien haciéndome presente como un usuario más. A fin de cuentas acompañaba a Pancho la mayor parte de las veces a sus trámites, yo no faltaba a los míos y podía además, estar como cualquier ciudadano en las instalaciones del complejo de salud del sur.

Como ya referí con anterioridad, debido a las medidas por el COVID19 la movilidad en la clínica para ese entonces estaba bastante restringida, por lo que mi observación se debía limitar ahora a las puertas del módulo y los breves espacios cuando por algún trámite pudiera ingresar al centro y observar su interior. Así que pasé bastantes horas sentado en las afueras

⁸⁰ Aunque esta es una discusión que deseo profundizar en la segunda sección de esta tesis cuando reflexiono sobre las dinámicas del placer del sexo metanfetamínico, de primera mano esta reflexión y mis temores exponen una particularidad sobre el trabajo etnográfico en investigaciones sobre sexualidad: el uso del cuerpo sexuado como una herramienta investigativa y la exposición del mismo en el quehacer etnográfico.

del módulo observando y atento a cualquier indicio sobre el consumo de psicoactivos (en ese momento aun no estaba completamente convencido de optar solo por consumidores de cristal) y para contactar con posibles colaboradores del trabajo.

Para esto último decidí volver a echar mano del capital erótico. Muchas de estas visitas las realicé luego de acudir al gimnasio, por lo que frecuentemente estaba vestido con short y/o camisetas sin mangas. Aunque el CAPASITS Puebla no es considerado popularmente como un lugar de ligue o *cruising*, si es uno donde se tiene una certeza: los que acudimos a esta clínica vivimos con VIH. Eso de alguna manera planteaba para mí la posibilidad de poder acercarme a la gente y hablarles sobre mi trabajo, enunciándolo en ese momento como *una investigación sobre VIH y consumo de drogas*. En mi mente la estrategia se dibujaba bastante fácil: vestido con ropa deportiva, usando el capital erótico, me acercaría a la gente presente y con una sonrisa les hablaría de mi interés por que me ayudaran. Pero la cosa no fue tan sencilla.

En muchas ocasiones varias cosas me paralizaron. Una de ellas era desconfiar de mi *capital erótico* al ser alguien de 43 años en ese entonces. Constant (2021) plantea que él y la investigadora es en todo momento un cuerpo sexuado y como tal es visto así por las y los interlocutores y esto repercute en cómo se vincula con ellas y ellos, así como las respuestas en el diálogo que se establece entre ambas partes. Y por otro lado, Márquez (2025) reflexiona en su investigación doctoral acerca de la representación social sobre lo que significa cumplir más de 40 años en las experiencias de varones gais y cómo dicha edad suele considerarse como un *umbral* del envejecimiento. Así que en muchos momentos, estando a pasos de la gente, me paralicé pensando en que sonaría hasta ridículo mi acercamiento, y que seguro se interpretaría como un intento desesperado de un *joto* mayor y con VIH queriendo ligar en la clínica. Así que esto limitó en gran medida la fluidez de mis acercamientos con potenciales participantes del trabajo.

Esto me parece interesante al menos por dos cuestiones. La primera es la manera en que la autopercepción interfiere/modifica/interviene en las formas de gestar los encuentros con las y los colaboradores y el propio trabajo de campo antropológico. En el intento de forjar una objetividad en la presencia del o la investigadora, parece omitirse la autopercepción como alguien que se está involucrando en el campo, como si se tratara de una presencia neutra que es imposible de materializar. Como si aspectos como su apariencia, expresión de género, capital erótico entre otros, no tuvieran un peso al momento del acercamiento.

Por otro lado y de manera más particular al contexto, me llama la atención los roles que llega a jugar la condición VIH en mi calidad como investigador. Reconocerme como una persona que vive con este virus en momentos ayudó a posicionarme en un registro cercano a los interlocutores, al compartir determinadas experiencias. Pero al mismo tiempo el

reconocerme desde el VIH arrastra también prejuicios sujetos a tal condición: imaginar que el otro me viera como un joto mayor con VIH que *inventa* estrategias para ligar personas en la clínica.

Pero además de ello otras condiciones también detuvieron mi acercamiento en la entrada de la clínica. Dado que yo estaba realizando mi investigación bajo cierta clandestinidad, me cuidaba de no ser visto por la oficial que controla la entrada de la clínica, o por el promotor de salud de CAPASITS Puebla que constantemente se encontraba en la puerta 1 para orientar a las y los pacientes en sus necesidades. Situación que no pude evitar. Aunque nunca se me confrontó, varias veces y sobre todo la oficial, se percataba de que interceptaba a sujetos que esperaban ser atendidos o algún familiar. Pero tuve la suerte de que esto nunca sucediera y al parecer el psicólogo con quien llegué a hablar en varias ocasiones de mi trabajo, o nunca recordó el tema o fue bastante discreto al respecto.

Pese a todo, durante este periodo de observación etnográfica en el módulo (en un lapso temporal aproximado de un año y medio a partir de agosto del 2021, más las visitas que continúan por mi atención clínica) logré registrar en particular tres situaciones que me permiten tener una idea sobre la manera en que se estructura la problemática del consumo de cristal en el CAPASITS Puebla (por supuesto misma que se enriquece con las narrativas de los colaboradores más expuestas más adelante en el presente capítulo).

La primera de ellas fue que en una ocasión pude observar la manera en que el personal médico y administrativo del Centro reaccionó frente a la detección de un usuario consumidor de psicoactivos. Sucedió en los días en que las medidas de restricción eran muy presentes, por lo que me encontraba sentado en el interior de la clínica formando fila para recoger mi medicamento. De pronto algunos integrantes del personal, un psicólogo, una psicóloga y el promotor comunitario, se movían con alarma, aunque intentaban manejarse con aparente discrecionalidad. Un muchacho de unos 20 años, delgado, vestido de mezclilla y sudadera oscura, cabello un poco largo que cubría con una gorra de baseball negra, y un piercing en el labio, estaba sentado en la banca más cercana a la farmacia. Ese mismo muchacho estaba dos lugares antes que yo en la fila de medicamentos, pero no tenía tales entre sus manos. Según entendía, alguien le había pedido que esperara en ese lugar, porque era necesario una especie de intervención.

Lo que había sucedido, según pude entender poco después por la discusión que se armó, fue que alguien de farmacia notó que el chico había faltado a su anterior abastecimiento mensual de medicamentos, y las razones que el muchacho expuso generaron alarma, ante lo cual se decidió llamar a terapeutas para que hablaran con él quienes, como mencioné, se mostraban exaltados. Mientras tanto, el muchacho se reía como cayendo en cuenta que había cometido una imprudencia y que la situación se le salía de las manos, pero no se mostraba ni

triste ni angustiado por ello. La y el psicólogo y el promotor comunitario se acercaron a él y poco a poco su tono de voz se hizo más alta. Pronto, la intervención fue notoria para el resto de quienes estábamos presentes y nos enteramos de la causa: el chico había confesado al responsable de farmacia, que había pasado algunos días ingiriendo sustancias psicoactivas y, ante la preocupación de que éstas *chocaran* con los ARV, había decidido no tomarlos, siendo ésta la razón por la que tenía varias tabletas de reserva al finalizar el mes, y por lo tanto, no consideró necesario acudir a abastecerse hasta ese día.

En cuestión de segundos, las reprimendas al joven eran el centro de atención del módulo, por lo que, al darse cuenta de ello, la y los trabajadores de salud condujeron al muchacho por el pasillo de los cubículos para continuar *hablando* con él. Pero la escena ya se había ejecutado y plasmado. Cuando salía del módulo, la propia oficial de la policía auxiliar comentaba con otros de los usuarios sobre la *irresponsabilidad* del chico reprendido.

Habría que tomar en cuenta que esta escena sucedió antes de la llegada del servicio de psiquiatría, por lo que posiblemente la y los trabajadores de la salud no supieron cómo actuar ante lo sorprendente del caso. Pero esta narrativa da cuenta de aquello que se materializa ante la problemática del consumo de sustancias como el cristal en un espacio de atención a VIH/sida como lo es el CAPASITS Puebla.

Habría que notar también que las intervenciones con respecto a la articulación de sustancias psicoactivas y VIH/sida suelen hacer circular el pánico y la alarma entre quienes atienden las cuestiones de salud y el resultado son intervenciones punitivas. En México como en muchas otras regiones, los modelos de prevención e intervención se construyen bajo el enfoque prohibicionista, es decir, aquellos que colocan en la abstinencia la resolución de los problemas derivados por el consumo de psicoactivos o cualquier otro proceso de adicción. Uno de los principales problemas de este enfoque, como se ha tocado con anterioridad, es la estigmatización, patologización y criminalización de la práctica del consumo y los y las usuarias.

Pero en especial en esta escena, llama la atención que las alarmas se encienden por que el chico sorprendido representa todo lo contrario a las estrategias de disciplinamiento de los cuerpos que se había venido construyendo desde la década anterior en la aplicación del TARGA. No solo se trata de dar cuenta que la actual estrategia frente al VIH está sustentada mayormente en la adherencia al tratamiento, y que cualquier contexto donde esta se interrumpa amerita una intervención, sino que la acción del chico era cuestionada porque él había sido quien decidió suspender la toma de sus pastillas (y no alguna autoridad clínica) lo cual no solo da cuenta de que los pacientes tenemos un marco de agencia de tomar la pastilla o no, sino que este marco de agencia no es bien recibido por el personal sanitario.

Además, la actitud despreocupada del muchacho formaba en conjunto la antítesis del *buen paciente, adherido y disciplinado* que se busca producir si se significa al TARGA como un dispositivo, a decir de Foucault (1977), que buscaría la producción de determinadas subjetividades. Y resulta aún más interesante porque en realidad, la decisión del chico no está sostenida por la *despreocupación* hacia su salud. Por el contrario, al usuario le preocupó que

hubiera una mala interacción entre la sustancia que consumía y su medicamento. Pero es precisamente esa agencia que echó a andar el muchacho, lo que prende las alertas punitivas, en lugar de una intervención donde se le explicase la importancia de la no suspensión de la pastilla para su propia condición de salud, por ejemplo.

En aquella ocasión no pude hablar con este chico pese al tiempo que lo espere a que saliera, fuera de la clínica, por lo que ignoro cual fue el método correctivo aplicado. Esto porque existen varios sistemas que el módulo aplica ante cualquier acción que se interprete como *indisciplinamiento*. Por ejemplo el área de farmacia lleva un control estricto de abastecimiento de ARV y es común que pregunten a las y los usuarios cuántas pastillas les quedan al momento de recoger el nuevo frasco de medicamento. Esto con la finalidad de forzar a que el paciente lleve un estricto control de la toma, es decir, una adherencia correcta al fármaco. Y cuando se llega a ubicar un desfase como el del chico, suelen negar la entrega del medicamento en ese momento hasta que el paciente obtenga una autorización de su médica o médico tratante o su terapeuta si es el caso. Lo mismo sucede si al solicitar el carnet, se identifica que se ha faltado a alguna consulta o cita en laboratorios por lo que la entrega del fármaco sucede solo después de reagendar tales actividades. El argumento es que no se está negando la entrega del medicamento, sino que se intenta que todo el tratamiento integral se ejecute al pie de la letra.

La segunda situación sucedió estando fuera de la clínica sentado en las banquetas, en enero del 2022. Un muchacho un poco alto, robusto y moreno, de unos 20 años se encontraba hablando con la oficial de la policía auxiliar. Me llamó la atención el diálogo por que la oficial le decía que tenía que esperar y hacer fila para recoger sus medicamentos, pues el chico insistía en pasar de inmediato por ellos. Al subir el tono de la discusión, intervino el promotor comunitario de la clínica. El chico decía que necesitaba recoger su medicamento antes de que sus tíos llegaran y alteraran el fármaco *poniendo veneno en ellos*. Ante este discurso el promotor comunitario, quien primero se había tornado un tanto a la defensiva, ahora estaba tratando de calmarlo diciéndole que en CAPASITS estaban para ayudarlo y que de inmediato buscaría que fuera atendido por personal del área de psicología.

El promotor entró al módulo y el chico se sentó cerca de mí, lo cual aproveché para platicar con él. Me dijo lo mismo que yo había escuchado: que él sabía que sus familiares tenían contactos en el módulo y que desde hace meses estaban tratando de matarlo, añadiendo veneno a los ARV pues notaba que al ingerirlos se mareaba y sentía náuseas. Le pregunté si apenas había iniciado con su tratamiento (pensando en mi experiencia con Atripla) pero me dijo que llevaba dos años en TARGA. En el chico noté algunas de las características que habita visto en Pancho: nunca me miró al rostro mientras hablamos, su habla era muy rápida y hasta repetitiva y su boca y garganta parecían bastante resacas. Y sobre todo, el escenario paranoico que manifestaba

Al poco rato el promotor comunitario lo llamó para que platicara con uno de los terapeutas. En cuanto se alejó, otro chico de unos 30 y tantos años que también estaba sentado esperando ser atendido y escuchó nuestra conversación dijo: *viene bien criqueado*.

En esta segunda ocasión tampoco pude contactar con el chico. Pero me parece que el cambio que sucede en el trato que el trabajador de la clínica aplica, cuando escucha lo que él (y yo) considera como *ideas paranoicas* del chico, da cuenta de la experiencia que se tiene de estos casos en la clínica. En la anterior situación aparentemente el muchacho no da señales de un daño emocional por el consumo, siendo él mismo quien lo confiesa. Pero en éste, cuando se detecta un comportamiento paranoico y fantasioso, el trabajador sanitario aplica un protocolo distinto: lo intenta calmar, le dice que el espacio esta para ayudarlo y lo canaliza a la intervención con psicología. Existe una lectura ya no de un cuerpo indisciplinado como en el caso anterior, sino de uno con cierto daño por el consumo del cristal. El trabajador de salud, yo y el muchacho sentado junto a mí, aprendimos de alguna manera a *leer* el comportamiento del chico como vinculado a lo que epidemiológicamente se conoce como un *consumo problemático*.

La tercera situación estuvo más relacionada con los contactos que hice realizando observación etnográfica en el módulo para ubicar colaboradores. Cabe reconocer que ninguno de quienes contacté por este método terminó formando parte de los interlocutores, (ya en su momento iré mencionando la forma en que contacté con los demás). En el CAPASITS Puebla logré hablar con muchos usuarios que se mostraron interesados en el trabajo, aunque muchos de ellos o bien no consumían sustancias o solo eran acompañantes que no vivían con el virus. Algunos otros, como un odontólogo y un comerciante informal, sencillamente dejaron de estar interesados. Mi estrategia en ese contexto seguía siendo la de acercarme a quien yo considerara como alguien accesible y platicarle de mi trabajo.

Así fue como contacte con Carlos. Lo vi cuando salía de la clínica después de su consulta; un chico de unos 30 años, delgado, vestido con una camisa rosa y un pantalón de vestir azul marino y un chaleco negro. Portaba unos zapatos negros también de vestir pero con mucho polvo. Dado que era un día caluroso y él venía bastante cubierto supuse que venía del interior del estado, pues por lo general la gente *cobijada* que asiste al módulo es porque salió de su domicilio con muchas horas de anticipación.

Carlos salió deprisa de la clínica y casi por impulso corrí hasta casi llegar a la entrada 3 del complejo (en ese entonces, aun se podía acceder por ahí) para invitarle a colaborar con mi trabajo. El rostro de Carlos era delgado, pero no con los rasgos que ya identificaba en Pancho y otros chicos amigos de él usuarios de cristal. Mientras le hablaba de mis intenciones, Carlos apretaba con fuerza su mochila negra. Me dijo que estaba interesado pero él no era de la capital, sino que radicaba en Ciudad Serdán, aunque era originario de la Ciudad de México y que de hecho tenía prisa para viajar a su ciudad. Pero sobre todo, lo vi convencido cuando le hablé del vivir con VIH y el consumo de drogas. Rápidamente compartimos números telefónicos y se alejó. Fue la primera y última vez que nos vimos en persona.

Fue unos días después que volvimos a hablar por WhatsApp. Ahí, tras profundizar en mi proyecto y autorizarme usar el nombre de Carlos, me contó un poco más sobre él y por qué se había interesado en lo que estaba haciendo. Carlos había sentido curiosidad por mi proyecto porque en ese momento su pareja estaba consumiendo cristal de manera frecuente.

Carlos, como me había referido, era originario de la Ciudad de México pero había emigrado a Serdán en el 2020 cuando conoció a su pareja, se enamoraron y se fueron a vivir juntos. Sin embargo el consumo de metanfetamina había hecho muy dificultosa la relación para él. Su novio ya no trabajaba y con frecuencia citaba a otros varones para coger y consumir. De hecho me contó que cuando nos encontramos había aprovechado para plantear su situación en el CAPASITS, pero como su pareja no era usuario, le recomendaron acudir a otras instancias en la atención a adicciones como Centro de Integración Juvenil (CIJ) o la clínica de salud mental y adicciones de la Secretaría de Salud.

La comunicación con Carlos fue un tanto difícil porque donde radicaba no tenía buena señal, así que durante nuestras conversaciones tardaba mucho en responder. No llegamos a concretar una entrevista formal. A los pocos meses Carlos me escribió para contarme que había empezado a consumir cristal también. Cuando le pregunté la razón me dijo que en primer lugar, no quería perder a su pareja, porque aún estaba enamorado de él. Pero ahora, después de experimentar el placer sexual a través del consumo de metanfetaminas, más que el amor, era el placer lo que vinculaba su sentir con su novio. Traté de seguir con el diálogo pero como recién comento, esto resultaba difícil. Para ese momento ya lo había rastreado en algunas de sus redes sociales, pero aun así, hablamos poco.

Lo último que me escribió fue para contarme que retornaba a la Ciudad de México. Fue una suerte de despedida de nuestra breve amistad, porque me platicaba que ya había hecho gestiones para poder atender su condición VIH en capital del país, y que además ahora necesitaba buscar apoyo ante el consumo metanfetamínico.

Fue una pena que no pudiera volver a hablar con Carlos. Poco después ya no obtuve respuesta de su número de teléfono ni su perfil de Facebook. Pero me parece que la complejidad de su caso da cuenta de dos cosas importantes: por un lado que los protocolos de intervención de espacios de atención a la salud como el CAPASITS Puebla se ven rebasados precisamente por la complejidad y particularidad de los casos de consumo de cristal que se le presentan. Y por otro que ante tales complejidades, los sujetos elaboran y echan a andar una serie de estrategias para poder sostener tanto su atención a la salud de su condición VIH y su consumo de metanfetamina, que además están también cruzadas por otros intereses como el amor, el placer sexual, las consecuencias dolorosas del consumo, etcétera. Y que también en estos procesos es posible observar los vestigios de significaciones culturales en torno a la figura del *adicto* y el *sidoso* no solo en quienes no viven con el virus o no hacen uso de psicoactivos, sino también de los propios sujetos que vivimos desde alguno de estos registros o ambos.

La sospecha: experiencias previas al diagnóstico positivo a VIH

Si bien en el apartado anterior me referí a la práctica de consumir metanfetamina llevada a cabo por varones que viven con VIH durante su ejercicio sexual con otros varones como una problemática o una necesidad vinculada a la atención sanitaria al VIH/sida en espacios como el CAPASITS Puebla, quisiera profundizar un poco más al respecto. Líneas atrás planteé que cuando elaboraba mi trabajo de campo en el dicha clínica, además de buscar posibles colaboradores estaba interesado en ver cómo estos sujetos usuarios de la sustancia se hacían visibles en este espacio de atención clínica y qué efectos generaba cuando se sabía de su consumo. Sin embargo, formulado de esta manera pareciera que mi interés radicaría en la forma en que la institución hace frente a los usuarios que se detectan como consumidores de cristal. Lo cual no deja de ser interesante. Pero aunque en esos momentos de mi investigación no tenía del todo claro hacía donde quería que caminara la misma, de lo que sí estaba seguro es que no quería plantearla como una problemática para las y los trabajadores sanitarios, que tendrían que resolver.

Durante el primer año del doctorado se trabajó con el texto de Sandra Harding *¿Existe un método feminista?* (1998) en el cual, en un determinado punto la autora cuestiona el hecho de que mucha de la producción académica/científica en nuestras sociedades opera a partir de una pregunta de investigación la cual está construida para generar conocimiento a favor de un determinado grupo hegemónico, y no de las minorías sociales o sobre la población con la cual se esté trabajando. Harding propone un ejercicio de reflexión sobre si nuestra producción de conocimiento, el producto final de las investigaciones, están sirviendo y abonando exclusivamente a conocimientos hegemónicos y no solo resultan poco útiles para el grupo social sobre el que se investiga, sino que además perpetua y ensancha la brecha jerárquica entre las y los sujetos de estudio y quienes realizan la investigación.

Por supuesto que existen varios caminos por los cuáles un trabajo investigativo puede enfocarse en lo que propone Harding. Por ejemplo, a partir de lo expuesto líneas atrás sobre el chico que refirió haber suspendido su tratamiento ARV cuando acudió por el mismo a la farmacia del CAPASITS Puebla, se podría plantear una investigación del porqué la y los psicólogos de dicho centro actuaron con tanta alarma ante el caso. O incluso se podría profundizar en las razones que tuvo el personal directivo de dicha clínica para considerar que tener un área de psiquiatría en el módulo sería una solución a la problemática del consumo de cristal y otras situaciones relacionadas con la salud emocional de las y los pacientes. Ambas propuestas me parecen bastante interesantes.

Sin embargo quisiera inclinarme por otra opción más relacionada con la manera en que se puede considerar a los colaboradores de este trabajo antropológico e incluso a mí mismo como usuario de la clínica: contemplarnos no solo como pacientes/usuarios del CAPASITS Puebla, sino también como *sujetos sexuados*. Si el consumo de cristal en varones gays que viven con VIH es también un asunto de la sexualidad, me gustaría entonces

considerar a quienes comparten sus experiencias y la mía propia con las cuales se construye este texto, como *sujetos sexuados, deseantes y deseados en búsqueda de un placer sexual*. Sujetos que experimentan el deseo articulado a otros afectos como el amor, que se perciben a sí mismos como varones homosexuales y que en ese autorreconocimiento, abrazan un determinado deseo y se orientan en la búsqueda de un determinado placer, y que además se comprometen con ello. Es decir, quisiera partir de entender a quienes hablamos en este texto no solo como personas adscritas a un tratamiento por una condición de salud, sino también como sujetos que *cogen*, que *aman* y que *tienen*, sostienen y se sostienen en determinadas prácticas sexuales.

Y no es que el aparato sanitario solo considere a los usuarios de instituciones como el CAPASISTS, como meros pacientes. Muy por el contrario, me parece que en todo momento la atención clínica está pensando en nuestro ejercicio sexual, pero solo en determinados aspectos del mismo: aquellos que son de su interés. No le interesa por ejemplo, si en nuestras prácticas sexuales experimentamos el placer. Mas bien le interesa que la práctica no sea un medio de propagación de padecimientos y virus como el del VIH. Además, tal interés en ciertos aspectos de nuestra sexualidad sucede de manera punitiva y desde una lógica de regulación y control. Y considero que es precisamente bajo esa lógica que se olvida que no se trata solo de pacientes, sino también de sujetos que buscamos el placer, el deseo e incluso el amor.

En ese mismo sentido, no se trata solo de individuos que nos enfrentamos a una condición de salud y algunos de ellos al mismo tiempo llevan a cabo prácticas consideradas como *riesgosas para su propia salud*. Se trata más bien de sujetos que ejercemos una sexualidad bajo determinadas condiciones y significaciones culturales.

En ese orden de ideas, quisiera plantear que el inicio del vivir con VIH, no es solo recibir un diagnóstico positivo a un padecimiento crónico. Sino que ese diagnóstico sucede con mucha más complejidad que una simple notificación. No solo está vinculada a un proceso biológico en torno a una infección, sino que éste se encuentra constituido también por registros culturales y políticos. El inicio del vivir con VIH se vincula no solo a una práctica sexual donde sucede la infección, sino a una compleja sexualidad que moldea nuestros límites corporales como sujetos, construye nuestros procesos de subjetivación e incluso nuestras identidades. Es por ello que, de manera inicial, me interesa reflexionar en torno a ciertos escenarios específicos: los contextos de la sospecha de la infección por VIH/sida.

Me parece oportuno aclarar que cuando comencé a interesarme por el tema de la sospecha a estar infectado por VIH. muchos de los supuestos con los que partí eran erróneos y se fueron diluyendo ante las experiencias registradas en la investigación. Uno de tales supuestos fue que en un inicio solo estaba contemplando a la sospecha como una experiencia individual de quienes vivimos con VIH previa al momento de la infección. Es decir, solo estaba contemplando el momento en que, quienes vivimos con el virus, comenzamos a sospechar haber adquirido el virus. Pero me parece que este es solo uno de los registros de

este tipo de sospecha, porque sospechar la presencia de esta infección, no es solo un presentimiento individual.

Si se parte de la idea que en términos generales la acción de sospechar es definida como el hecho de imaginar algo por conjeturas fundadas o por medio de indicios (RAE, 2024), me gustaría plantear por lo menos tres registros o escenarios en los cuales se materializa la sospecha de la infección por VIH/sida: en primer lugar plantearía la sospecha de una autoridad médica frente a su paciente, mediante el ejercicio de la observación clínica, del pronóstico o el posible diagnóstico. Luego, la sospecha de alguien que cree que el o la otra está infectada de VIH a través de una serie de conjeturas relacionadas con la apariencia, sus prácticas, su estilo de vida, etcétera. Y en tercer lugar, la sospecha de quien cree haberse infectado por el virus sea por tener malestares y/o ser sabedor de haber tenido prácticas sexuales sin el uso del condón. Estos tres escenarios, me parece tienen un mayor capacidad de poner sobre la mesa el tema de la sospecha para su reflexión.

Con respecto al primer registro, en el capítulo anterior narré mi experiencia personal acerca de la primera vez que me sentí cercano al VIH/sida cuando en 1999 una médica especialista sugirió la posibilidad de esta infección al notar la poca respuesta de mi organismo a los tratamientos farmacológicos que me había recetado y la pérdida de peso. Es decir, con tal lectura clínica la médica sospechó de una posible infección por VIH/sida.

En este caso la autoridad médica *sospechó* que yo, su paciente, pude haberme infectado por el virus a partir del ejercicio de la observación clínica. Sin embargo tal observación pudo haber operado más allá del registro biológico del síntoma y mis signos como paciente. Lo que se podría enunciar aquí como una *sospecha clínica* denota también escenarios, articulaciones y vinculaciones político culturales, porque la médica narrada en mi experiencia, sugirió la posibilidad del VIH no solo ante la sintomatología presentada.⁸¹. Lo hizo también por una *lectura política* de mi como cuerpo enfermo. En esos momentos yo era un varón universitario entrado en los 20 años, viviendo solo en una ciudad capital. No recuerdo si en su momento llegué a comentarle a la médica sobre mi orientación sexual, pero de haberlo hecho o ella haberlo notado, se complementarían un cuadro de diagnóstico posible. Epidemiológicamente yo pertenecía en esos momentos a uno de los denominados *grupos de riesgo* para la infección por VIH/sida y además la lectura de la médica sucedió en un escenario temporal donde había que actuar rápido ante esta posibilidad, dado que para 1999 en México no había un esquema farmacológico que garantizara la vida del paciente como lo es hoy.

Como se habló en el primer capítulo, la construcción de los *grupos de riesgo* ante determinados padecimientos como el VIH/sida no solo ayudan al diagnóstico clínico, sino

⁸¹ Mi abdomen se inflamaba con la mínima porción de alimento. Pero no había ni vómito, mareos, diarrea, fiebre o cualquier otro signo de infección. Mi peso había disminuido considerablemente pero era porque las porciones alimenticias que consentía mi estómago eran cada vez menores, por lo tanto ingería pocos nutrientes y calorías. Ante estos síntomas, ¿Por qué no sugirió por ejemplo la presencia de cáncer o algún desorden mental alimenticio?

que es *per sé* es un ejercicio [bio]político que clasifica a un determinado sector poblacional. Es una autoridad médica la que hace uso de estas herramientas sanitarias para sospechar de un diagnóstico, lo cual constituye también un ejercicio político. Por lo tanto, que una autoridad clínica refiera el posible diagnóstico y ser leído por tal autoridad como un cuerpo que sufre un determinado padecimiento, se trata en su conjunto de prácticas políticas. Pero además estas prácticas políticas son también prácticas prejuiciosas y el prejuicio es un elemento que ha estado presente desde el inicio de la pandemia del VIH/sida.

Entonces se puede plantear que la sospecha clínica a la infección por VIH, muchas veces es una práctica política articulada y sostenida por el prejuicio. Y esto me parece muy importante porque podría aplicarse a múltiples escenarios homólogos ¿Qué sucedería por ejemplo, cuando hablamos del consumo de metanfetaminas? ¿Cómo se constituye desde la observación del cuerpo, un posible diagnóstico al consumo de cristal? Esa es una discusión que abarcaré más adelante.

Ahora bien, aunque voy a seguir explorando los otros dos registros de la sospecha referidos anteriormente, también deseo articular otro supuesto del que partía al pensar en la sospecha de la infección por VIH/sida. En un principio, pensaba que la sospecha a esta infección era algo que *empuja* a los sujetos a la confirmación del padecimiento. Es decir, yo consideraba que la sospecha era una poderosa razón que orientaba a las personas a la confirmación o negación de la posible enfermedad que creían tener, mediante la realización de pruebas clínicas para dar con el diagnóstico. Pero resulta que esto no es tan sencillo como lo pensaba. Y esto quedó claro con la experiencia de Jasón, el primer chico que colaboró en la investigación.

Quiero aprovechar esta discusión sobre la sospecha a la infección por VIH no solo para dar cuenta de las experiencias de los colaboradores, sino también para que sea el marco de presentación e introducción a quienes participan en este texto.

Para ello me es preciso señalar que mientras realizaba las observaciones etnográficas en el CAPASITS Puebla, eché mano de otras estrategias para contactar con colaboradores. Para esos momentos, Pancho había aceptado ya colaborar con mi estudio, pero estaba atravesando una fase bastante complicada de su consumo, por lo que decidí que sus entrevistas las iniciaría después. También había seguido en contacto con Fabián, otro de los chicos que me habían apoyado en la investigación de maestría y había aceptado a colaborar conmigo en esta segunda ocasión. Pero Fabián acababa de entrar a un nuevo trabajo y no tenía tiempo para que pudiéramos hablar en ese momento.

Así que, al igual que en la maestría, elaboré un perfil en la aplicación de Grindr, monté un texto invitando a colaborar con la investigación y utilicé de nueva cuenta el capital erótico para llamar la atención, colocando fotografías mías sin camisa. Además de ello hice visible mi condición positiva a VIH y ocasionalmente utilizaba los iconos que Pancho y otros chicos me habían dicho hacían alusión al sexo con metanfetamina: un cubo de hielo, un anillo

con un diamante, etcétera. El anuncio rezaba así: *Buenas. Busco personas que vivan con VIH y consuman sustancias psicoactivas durante el sexo*⁸², *para un trabajo de investigación. Si te interesa mándame un mensajito.*

El uso de esta aplicación y la forma en que la utilicé, no solo me ayudó a contactar con 5 de los 9 colaboradores principales. En esta aplicación digital, al igual que en el trabajo de campo en el CAPASITS Puebla, logré hacer contacto con otros varones que aunque no pudieron/ quisieron colaborar de lleno con el trabajo, sus voces y experiencias también están presentes y mucho ayudaron al análisis y construcción de este texto.

Uno de los primeros chicos que respondió a mi anuncio en la app de citas fue Jasón. Contestó mi mensaje diciendo que estaba interesado en participar en el estudio, así que le di la información más a detalle, pensando en que eso le daría más confianza para participar. En todo momento yo estuve pensando en lo ambiguo que pudiera resultar un anuncio de este tipo para quien lo leyera. Sobre todo que esa ambigüedad pudiera dar pie a sospechar de un posible fraude, ataque violento o broma. Ya en la investigación anterior donde use este método, alguien había publicado en un perfil de X (antes Twitter) una foto de mi anuncio diciendo que era una artimaña para conseguir sexo con drogas. Así que mis preocupaciones me llevaban a explicar lo más posible sobre mi trabajo a los chicos que respondían el anuncio mostrándose interesados. Por supuesto que muchos rechazaban participar cuando entendían del todo que era lo que yo buscaba. Pero Jasón no. De hecho me pareció que no necesitó de tantas explicaciones así que con mucha facilidad acordamos vernos en una fecha determinada al medio día, en uno de los parques más grandes de la ciudad.

Mi problema con el uso de aplicaciones de citas para encuentros gais (no solo en el ámbito de la investigación, sino en su generalidad) es que desconozco completamente con quien me voy a encontrar. Como narré ya, pertenezco a una generación que aun experimentó el ligue en la calle y el uso de este tipo de tecnologías digitales para convenir encuentros se siente un tanto diferente. Así que me es inevitable desconfiar siempre con quien he de encontrarme. Esta sospecha me orientó a proponer al *parque ecológico* de la ciudad de Puebla para nuestra primera entrevista: un espacio público, bastante amplio, que yo conocía bien, y que a la vez permitía tener una charla privada con temas sobre sexualidad.

A la hora acordada llegué al punto convenido: una de las bancas cercanas a la laguna central del parque. Cuando entré le marqué para avisarle que había llegado y asegurarme que no me fuera a dejar plantado. Pero Jasón ya esperaba en la banca y me recibió con una sonrisa que me permitió ver una dentadura bien cuidada. Es un poco más alto que yo (yo mido 1.58 más), cosa que noté porque me recibió con un abrazo a mi llegada.

⁸² En un inicio no usaba la referencia a la metanfetamina de forma directa, un tanto porque aún no estaba seguro de que sería esta sustancia la que trabajaría pero también porque la aplicación no autorizaba el uso de la palabra en los perfiles. De hecho, la simbología fue cambiando con el tiempo porque continuamente hay actualizaciones que prohíben la alusión al uso del cristal en los encuentros gestionados por la aplicación.

Me llamó la atención su cabello negro, corto y abultado, y en cuanto terminamos el abrazo se quitó los lentes oscuros que llevaba dejándome ver sus ojos grandes y con pestañas largas. Usaba una playera roja sin mangas, un pants negro ajustado y tenis blancos. Decía venir de hacer ejercicio, que se notaba por el cuerpo esbelto y cierta musculatura en sus brazos, con un tatuaje cerca del hombro derecho que resaltaba en su piel blanca. En general, me pareció un chico atractivo. Además del abrazo, su trato fue muy amable y hasta cariñoso.

Nos sentamos en la banca para iniciar nuestra plática. Pero cuando comenzamos a dialogar, noté cierta aceleración en su habla, una comunicación muy expresiva y un tono de voz alto. Hablaba con mucha fluidez y sus narrativas corrían con velocidad como saltando de un tema a otro. Fue una forma de expresarse muy parecida a la que ya conocía con Pancho, quien como dije, en esos días atravesaba una fuerte etapa en su recuperación por el consumo.

La lectura que yo hice de Jason en esa entrevista fue que estaba viviendo una etapa de un consumo de cristal frecuente (aunque durante nuestra plática lo negó, si narró un consumo prolongado desde tiempo atrás), porque actuaba de forma similar a Pancho. Mientras escuchaba a Jasón, me fue inevitable recordar lo que algunas instituciones sanitarias han señalado acerca de los efectos a corto plazo de la metanfetamina, los que incluyen las sensaciones de euforia, un incremento en el estado de alerta y en la energía (NHI, s.f.) Además, Jasón también compartía cierta delgadez del cuello y rostro, sobre todo en pómulos y la cuenca de los ojos, similar también al rostro de Pancho.

Debo reconocer ahora que aunque aparentemente no lo demostré, en ese momento sentí temor. Nunca había entrevistado a alguien a quien yo notara estar bajo efectos de alguna sustancia como la metanfetamina. Quizás sí, en mi trabajo penitenciario, pero era una entrevista criminológica y con un elemento de seguridad cuidándome. Pero ahora era algo completamente diferente. Y me parece justo reconocer a ese temor circulante como parte de los prejuicios con los que, como investigador, encaré frente al entrevistado en esa ocasión. Sin embargo hubiera sido un grave error cancelar o posponer la entrevista para cuando Jasón no estuviera bajo efectos del cristal, en primer lugar porque era una lectura que yo estaba haciendo de él. Y en segundo lugar porque de hacerlo estaría restando capacidad de agencia al colaborador y considerando sus narrativas como poco valiosas o poco trascendentes a partir de la lectura que yo estaba haciendo. ¿esta experiencia es también un reflejo de cómo la sospecha *brinca* en las relaciones entre varones homosexuales? ¿hay una analogía aquí con la sospecha a VIH/sida? Las respuestas se irán desglosando a lo largo del texto.

Pese a mi temor a que la entrevista fuera un fracaso o que Jasón se tornara violento conmigo, ese primer encuentro fue muy amable y extenso. Tanto que fue posible que habláramos, entre muchas cosas, sobre los escenarios de sospecha en su experiencia de infección por VIH/sida.

La experiencia de Jasón en ese aspecto es un tanto particular. Desde nuestras prácticas en Grindr, Jasón me había contado que vivía con VIH desde su adolescencia, aunque no había

especificado la edad. Ya en el parque me contó que tenía 33 años al momento de la entrevista, pero desde los 15 años llevaba una vida sexual activa con otros varones, en la ciudad de México. Su actividad sexual en ese entonces era bastante secreta y sus compañeros sexuales se limitaban al círculo de amigos de su hermano mayor, con quien comparte la orientación sexual. Sin embargo, fue alrededor del 2006 que empezó a padecer infecciones diversas frecuentes, además de pérdida de peso corporal, fiebre y otros padecimientos⁸³.

Aunque Jasón sabía que había mantenido relaciones sin protección, al presentarse las infecciones frecuentes no se asumieron desde la posibilidad de la infección por VIH. A pesar de tener conocimiento en el tema impartido en la escuela y que en su familia había integrantes dedicados a la medicina, era una posibilidad que Jason no contemplaba en ese entonces, señala él mismo que quizás por negación. Clínicamente el tipo de infecciones que Jasón padeció en esta etapa, se refieren como *infecciones oportunistas* (IO en adelante)⁸⁴ y son aquellas que ocurren con frecuencia en personas con sistemas inmunitarios debilitados, como quien vive con VIH y no se encuentran bajo tratamiento ARV. Estas pueden ser muy severas y recurrentes por lo que las personas sufren demasiado las molestias de las mismas, o simplemente pueden no responder a los tratamientos implementados. Sin embargo Jasón vivió más que IO: llegó a la fase de sida. Y llegó a esta fase por ocultar sus sospechas sobre un posible diagnóstico positivo a VIH.

Sin embargo cuando las infecciones se volvieron más graves y la pérdida de peso más notoria, Jasón empezó a sospechar de una infección por VIH/sida. No obstante decidió no manifestar sus sospechas, porque hacerlo era aceptar no solo una vida sexual activa siendo menor de edad, sino también el no uso del preservativo. Y ambas situaciones se vinculaban con la educación que había recibido por parte de sus padres y la clase social de su familia. Aparentemente el grupo familiar de Jason pertenece a un sector económicamente privilegiado. Aunque él y su familia son originarios de la Ciudad de México, tienen propiedades en otras entidades como Morelos, Hidalgo, Michoacán y Puebla.

Es decir, Jasón no deseaba en ese momento manifestar sus sospechas de estar infectado por VIH ante las IO, porque de alguna manera representaban para él mismo no haber *aprovechado* la educación que sus padres le habían brindado. Para él, parte de esa

⁸³ Aunque en la actualidad solo el 1% de los casos registrados con VIH en el país corresponde a menores de 15 años, el porcentaje de hombres que vivimos con el virus de esa edad (15 años) en adelante, representa el 80% de esta población, según datos de la Secretaría de Salud al 2023. Así mismo, de acuerdo con la UNICEF, para el 2018 la población de “adolescentes de entre 10 y 19 años de edad representan casi dos tercios de los 3 millones de jóvenes de 0 a 19 años que viven con el VIH en el mundo

⁸⁴ Las IO son frecuentemente la sintomatología que da pie a confirmar un diagnóstico positivo a VIH De acuerdo con la OPS aunque la presencia de signos y síntomas del VIH puede presentarse en diferentes momentos o incluso no hacerlo hasta muy avanzada la infección, suele suceder que durante las primeras semanas se presenten cuadros pseudogripales, cefalea, erupciones o dolor de garganta. a medida en que el virus se multiplica y la infección avanza el sistema inmunitario del huésped se va debilitando por lo que otros síntomas se hacen presentes: “Inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento pueden aparecer enfermedades graves como tuberculosis, meningitis criptocócica, infecciones bacterianas graves o cánceres como linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros” (OPS,2024).

educación se debía reflejar en una vida sexual o bien inactiva por ser menor de edad o bien bajo el registro del llamado *sexo seguro*.

Pero al mismo tiempo tanto para él y como para su grupo familiar, infectarse de éste virus no parecía algo propio de las clases sociales con privilegios. Según, Jasón su abuelo había sido un reconocido médico en ciertas zonas de la Ciudad de México y el estado de Morelos donde era originario y resultaba contradictorio que él como su nieto, se hubiera infectado con VIH.

Me resulta interesante lo que Jason plantea, porque de alguna manera refuerza la significación del VIH como un padecimiento que mayormente ha afectado – y quizás leído como más propio de- a las clases populares, por lo menos en países como el nuestro, lo cual me hacía recordar la manera en que yo mismo significaba a la infección cuando laboraba en el reclusorio y tenía una relación de pareja formal. Y no es que no exista una profunda relación entre la infección y la pobreza. De acuerdo con un amplio estudio realizado del 2007 al 2015 en Brasil por parte del Instituto de Salud Global de Barcelona, se demostró esta estrecha vinculación:

Concretamente, en personas con menores recursos económicos, la probabilidad de contraer la infección era un 55% mayor, y la posibilidad de fallecer debido a ella aumentaba en un 99% (...) Un nivel de riqueza más bajo puede estar estrechamente relacionado con la exclusión social y la inseguridad alimentaria, que son barreras potenciales para el diagnóstico temprano y el inicio o la adherencia al tratamiento del VIH. (Gutiérrez, 21/10/2023)

Si los resultados de esta investigación son verídicos y acertados, sería interesante también en el caso de que el paciente pertenece a clases sociales privilegiadas. Cuando leí esto y recordaba las narraciones de Jasón, me preguntaba si el significado que le dio a la infección por VIH en un inicio como *algo no propio de la clase social de su familia*, se trataba o no de una lectura del VIH/sida atravesado por la clase.

Pero sobre todo, la narrativa de Jasón ilustra bastante bien lo errado que yo estaba al suponer que la sospecha orientaba siempre a los sujetos a la confirmación del diagnóstico: en este caso la sospecha de la infección trajo consigo una serie de supuesto que pesaron más: aceptar que como menor de edad tenía una vida sexual homoerótica sin protección y que se había infectado con un padecimiento significado como algo no propio de su familia y de su clase social.

No se trata entonces de una aritmética tan sencilla en donde los malestares del cuerpo por la IO son suficientes para la búsqueda de un diagnóstico confirmativo. Existen otros elementos que pesaron más y que evitaron que Jason no solo hablara con su familia sobre sus sospechas, sino que se buscara una confirmación del padecimiento.

¿Cómo es que Jason llega a la fase de sida? Al respecto Jasón habló muy poco durante la entrevista. Sin embargo si pudo narrarme que en determinado momento las IO agravaron tanto su condición de salud, que tuvo que ser hospitalizado. Es ahí donde el personal médico instala la posibilidad del diagnóstico. Al realizarle las pruebas de laboratorio a VIH, las pruebas arrojan un resultado positivo, pero el número de células CD4 en la sangre era tan bajo, que su organismo estaba ya en fase de sida. Dada la gravedad del estado de salud de Jasón, sus miedos sobre la reacción de su familia pasaron a un segundo plano. Lo importante era salvar su vida.

Si los resultados de la investigación líneas atrás citada referente a la vinculación entre la pobreza y los fallecimientos por sida son ciertos, porque la muerte parece inevitable al no contar con los recursos económicos y sanitarios necesarios para la recuperación, el caso de Jasón confirma tal resultado, aunque de manera inversa: la capacidad económica y el acceso a múltiples servicios de salud, hacen más viable la recuperación del paciente de la fase de sida a VIH. Jasón no solo fue atendido en un hospital particular, si no que su abuelo intervino en su tratamiento. Dada su posición económica, capital social y vinculaciones, pudo otorgarle a Jasón una atención clínica tal que fue posible que se recuperara de la fase mortal de la infección. Inclusive, cuando hubo cierta mejoría, el abuelo lo externó del hospital y lo instaló en una de sus propiedades en Michoacán, donde implementó tratamientos alternativos junto con los ARV (aromaterapias, tratamientos naturistas, regímenes alimenticios, etcétera), con los cuales Jasón pudo recuperarse de la fase de sida a VIH.

Luego de esta recuperación, Jasón ha vivido sin complicaciones de salud su condición VIH. Esto a pesar de que en una segunda ocasión tuvo que ser hospitalizado por bajas defensas. Esto fue porque Jasón me cuenta que años después, tras recuperarse de la fase mortal de la infección y alcanzar la mayoría de edad, buscó independizarse de su núcleo familiar y comenzó a trabajar en empresas internacionales de atención al cliente donde tenía seguridad social en el IMSS. Jasón no cuenta con un título universitario, pero domina el inglés y el francés, por lo que ha optado por empleos donde puede desarrollar esta habilidad. Empezó a vivir solo y ponía poca atención en su alimentación y descanso lo que ocasionó una baja de defensas. Además de ello dado que no eran contratos laborales a largo plazo, hubo temporadas en que se quedaba sin seguridad social, por lo que atendía su condición VIH en la clínica CONDESA de la Ciudad de México, pero el proceso de migración de una institución a otra resultaba en espacios de suspensión del tratamiento. Todo ello originó que su organismo se debilitara y fuera necesaria una segunda hospitalización (habían pasado ya 5 años de la primera) de la cual se recuperó igualmente de manera satisfactoria.

En el tiempo en que platicué con él, la empresa lo había asignado a la ciudad de Puebla, pero meses antes a iniciar nuestras entrevistas, había perdido su empleo como una de las consecuencias del consumo de metanfetamina, por lo que recién se había integrado al CAPASITS Puebla. A pesar de ello, al momento de nuestras entrevistas, Jasón se encontraba estable con respecto a su tratamiento y condición VIH.

Ahora bien, como se acaba de mostrar en el caso de Jasón la sospecha no lo orientó a la búsqueda de la comprobación del diagnóstico porque de resultar positivo había cosas que se confirmarían (una vida sexual activa y sin protección), pero también Jasón *tenía miedo* de confirmar esa verdad. Y ese miedo también lo paralizaba en la búsqueda de una prueba confirmatoria, aunque la sospecha estuviera presente.

En otras de las experiencias aquí recopiladas, ese miedo a un resultado positivo también se encuentra circulando. Aquí entran las vivencias de otro de los colaboradores. Alrededor del 2022 recibí varios mensajes de Caín, un chico que había sido mi alumno en la universidad donde había dado clases entre el 2015 y el 2018. Primero fueron mensajes con saludos simples, pero cuando le preguntaba cómo estaba, él no respondía o bien, yo era el que no continuaba con la conversación inicial, muchas veces por olvido de mi parte. Así fue durante unas semanas, hasta que al fin me preguntó sobre los procedimientos para poder ingresar al CAPASITS Puebla. Caín se había infectado con VIH y necesitaba orientación para iniciar su tratamiento ARV.

Cuando fue mi alumno, Caín era el jefe de su grupo y estaba a punto de terminar la carrera. En mi opinión, es un chico muy inteligente y con varias habilidades. Lo noté en la manera en que se desenvolvía en clase y realizaba sus trabajos. También me parecía bastante atractivo. Es un chico de mi estatura aproximadamente, con cabello lacio, negro y delgado, tiene un color de piel moreno con cierto tono rojizo en las mejillas. Sus labios son delgados y tiene una mirada triste que contrasta con su carácter alegre y que constantemente hace y dice bromas. Sin embargo pese a este carácter risueño cuando algo le molesta toma un rol serio y su rostro se endurece. De hecho en su momento tuvimos una suerte de romance que incluyó coqueteos, salidas, mensajes de texto y besos en la mejilla. Caín También me ayudó mucho en mis labores como docente, así que cuando salió de la universidad, existía entre nosotros cierto cariño, mismo que lo orientó a buscarme ante las complicaciones frente a su tratamiento, las cuales iré narrando en próximas líneas. Caín actualmente tiene 28 años y labora en el área de Seguridad Pública, específicamente en la atención a víctimas de delitos, empleo que inició muy pronto al salir de la universidad.

Tras orientarlo en la medida de lo posible con sus dudas, lo invité a formar parte de mi trabajo. Quizás en modo de agradecimiento por el acompañamiento, aceptó trabajar en la investigación meses más tarde.

Caín entonces tenía 25 años cuando fue diagnosticado. En su caso, también fue la presencia de IO el marco durante el cual él comienza a plantear la posibilidad de la infección por VIH:

Un día en marzo (...) me pelee con mi tío y yo entonces ... no podía ir al baño y ya de ahí me da diarrea. Pero diarrea verde. Entonces mi mamá me dice pues de que te enojaste (...) ahí empiezo a enfermarme, a enfermarme luego pasa marzo, abril, mayo

y ya en junio ya es cuando empiezo a enflacar así bien culero, julio y agosto, sigo todavía y pues igual también. (...) fui al médico, me daban tratamientos así normales como antidiarreico y bueno ...es que me habían dicho que tenía yo cáncer en el colón, porque pues ahí cuando me preguntaron les decía, no pues en la universidad me estreña mucho, y siempre he tenido como problemas digestivos y pues hay que checar que sería una prueba, colostomía algo así se llama (...) pasé mi cumpleaños, septiembre, y bien que me acuerdo que en ese tiempo yo también tenía ya miedo de eso, y dije esto no es normal, *pero me daba miedo pensarlo*⁸⁵. Incluso luego te mandaba mensajes así como de hola, pero pues no me contestabas y dije no pasa nada y ya te digo que no fue hasta octubre que agarro y ya le digo a mi novio, porque él vino en mi cumpleaños ... y me dijo que pues que me veía mal y que mejor me hiciera esto. Pero pues *a mí me molestaba esa parte, como de pues que piensas que... que te ando engañando o qué?* (...) y él en buena onda me decía pues no es eso, es solo que pues ve no te compones y así y pues ya te digo que ya en octubre fui con un especialista y ya me dijo que según podía ser cáncer y yo no mames como puede ser cáncer, *y así me voy a morir*, no sé, todo me pasaba ... hasta que ya después pues pensé y ya yo le dije a mi novio, le dije *es que tengo miedo* y me dice pues es que si no es cáncer y es otra cosa, y él me dice chécate no, por ti y le digo *y si tengo VIH o algo de ese tipo?* y me dice pues por eso es importante que te lo hagas y así y vemos que hacemos y pues ya. (...) Ese día (...) yo me dormí y decía ojala y mañana se me quite la diarrea y ya no vaya... y así estaba hasta que un día ya agarré y fui aquí a un laboratorio. (Caín, comunicación personal, 2022)

Se puede plantear que la circulación de la sospecha de estar infectado por VIH en el caso de Caín, inició cuando la diarrea no lograba controlarse y se presentó la pérdida de peso. Pero al igual que con Jasón, frente a la sospecha de estar infectado por VIH, parecen imponerse otros elementos que evitan que los sujetos acudan de manera inmediata a la realización de una prueba confirmatoria. En la narrativa de Caín puede ubicarse de una mejor manera el papel del miedo a la infección. Un *miedo siquiera de pensar* en un diagnóstico positivo a VIH o incluso a cáncer. Y ese miedo, lejos de lanzarlo a la confirmación del padecimiento, parece inmovilizarlo a ello.

Ahora, una pregunta prudente aquí sería: *¿miedo a que?* Si como se ha explicado a lo largo de este texto, el VIH ya no es un padecimiento mortal, sino uno crónico y bajo control farmacéutico, ¿porque su diagnóstico sigue siendo algo temible en muchos de los casos? Caín le dice a su novio *¿piensas que te ando engañando?* cuando aquel le pide que se haga una prueba. Si con Jasón el diagnóstico positivo se significaba como la revelación de un desaprovechamiento educativo y algo no digno de su clase social, con Caín tal diagnóstico confirmaría una infidelidad en su relación de pareja. Es decir, el miedo que circula en el escenario de la sospecha en ambas experiencias, y que inmovilizó a los sujetos en la búsqueda de una confirmación inmediata, no es solo un miedo a estar infectado por VIH, sino también

⁸⁵ Las cursivas son mías.

es un miedo a una serie de supuestos que de alguna manera funcionan como aparatos punitivos sobre los sujetos, porque un diagnóstico positivo no solo confirmaría la infección por VIH sino también, en el caso de Caín, que él fue infiel.

Y cuando pienso en *aparatos punitivos* me refiero a una serie de mecanismo sociales que actuarían sobre los sujetos juzgándolos por sus acciones, reprobando su actuar y estableciendo al padecimiento como una suerte de castigo o final trágico que se merecen por haber *actuado mal*. Por supuesto que la infección por VIH (por vía sexual) es originada por la realización de ciertas prácticas: coger con alguien que vive con el virus y es detectable y no usar preservativo. Pero siento que no sucede lo mismo que con otros padecimientos también originados por determinadas acciones y bajo ciertas circunstancias en la vida cotidiana como la diabetes, la hipertensión arterial y hasta el cáncer. Alguien que sea diagnosticado por diabetes podría llegar a sentir *culpa* por llevar una vida sedentaria y una alimentación alta en azúcares y carbohidratos. Y la circulación de dicha culpa obedece en gran medida a que los discursos clínicos colocan en las acciones de las personas una casi completa responsabilidad individual, dejando de lado factores estructurales en las vidas de los mismos o las desigualdades y formas de distribución de los llamados cuidados de la salud. Pero aun con todo, difícilmente (mas no imposible) caería sobre la persona diabética una serie de mecanismos punibles que la condenen por y con el padecimiento en el mismo nivel como sucede con el VIH/sida. Es decir que en ambos casos se hace circular la culpa al establecer a las dos enfermedades como producto de la responsabilidad individual. Pero los mecanismos de *castigo* en ambos casos son distintos: los propios del VIH suelen ser más severos. Y esto, creo entender, se puede explicar porque otros padecimientos como la diabetes, por seguir con el ejemplo, no tiene un historia como la del VIH/sida.

Porque me parece entonces que esa historia es algo que sigue pesando y está presente durante los diagnósticos actuales pese a los avances frente a la pandemia del VIH/sida. Aunque es un tema que deseo desarrollar más adelante, sobre todo en las conclusiones de este capítulo, creo que el pasado del VIH/sida pude llegar a entenderse como una suerte de *trauma social* que tiene presencia aun en la actualidad, sobre todo en los escenarios de la sospecha y el diagnóstico.

Pero terminemos con la historia de Caín. Su vivencia de la sospecha es un tanto peculiar, porque a diferencia de Jason quién sabía que llevaba una vida sexual activa a veces sin protección, en la narrativa de Caín se amarran otros elementos interesantes. Uno de ellos es el consumo de sustancias psicoactivas como posible escenario de la infección. Desde la epidemiología la vinculación que se ha construido entre el consumo de psicoactivos o drogas y el VIH/sida es que los primeros se significan como escenarios que facilitan tal infección. Por lo tanto, los estudios bajo este enfoque observan al uso y consumo de sustancias como la metanfetamina, como un *factor de riesgo*. Esta postura establece como hipótesis que, estando bajo los efectos de sustancias psicoactivas, se relajan las medidas de protección que los sujetos podemos llevar a cabo durante nuestras prácticas sexuales como el uso del

preservativo o bien que la excitación producida por determinadas sustancias habilita la realización de prácticas sexuales donde exista sangrado y desgarres y ello facilite el ingreso del virus en el organismo. Es decir, que el no uso de medidas preventivas deriva del efecto de las sustancias en el organismo.

Pero en el caso de Caín, no se cumple del todo tal hipótesis. Empezó a consumir poppers y marihuana durante los encuentros sexuales que mantuvo con un varón bisexual y que había estado casado con una mujer tiempo atrás (lo cual a Caín le parecía sumamente excitante), a quien conoció en espacios de *cruising* en la ciudad de Puebla. Y aquí aparece otro elemento interesante en su caso: el amor. En un inicio, Caín habían intentado tener una relación de pareja con este muchacho, unos 8 años mayor que él, pero al paso del tiempo, el chico le solicitó que sus experiencias sexuales se abrieran a otras personas situación que hizo a Caín descartar la posibilidad de lo que él significa como una relación formal. Al comienzo, Caín accedió a tales peticiones y fueron frecuentes los encuentros con dos o más integrantes que se unían a sus prácticas sexuales. Al mismo tiempo se dio el inicio del consumo de sustancias psicoactivas con el objetivo de poder relajarse más durante la penetración y poder disfrutar en mayor grado su sexualidad:

Se supone que hablamos, bueno yo le dije así como de *pues si vas a andar conmigo ¿por qué vas a estar con otras personas?* y él me dijo que no, que no había andado con nadie, y después yo me di cuenta de que empezaba a traer por ejemplo los poppers, un día me dice mira, estas cosas saben ricas (...) no pues que lo vi en el Twitter y yo quiero probarlo contigo. Y pues si lo empezamos a probar y nos empezó a gustar y ya después ... pues probó eso y ya después tenía marihuana en su casa, y así, cosas como el cristal. (Caín, comunicación personal, 2023)

Sin embargo Caín niega en su narrativa, que no usar condón sucedió por los efectos de las sustancias psicoactivas en los encuentros sexuales con este muchacho. Narra que fue más bien una especie de decisión consciente o de acuerdos. Tanto el no uso de condón, el consumo de sustancias, los encuentros con otros participantes, sucedieron en el registro de la toma de decisiones personales y en el marco de la relación que mantenían. Caín reconoce que *acceder* a las peticiones de su entonces compañero fueron parte de los acuerdos para seguir estando juntos y disfrutar su sexualidad pero también del enamoramiento que Caín sentía en ese momento. Esto me parece muy interesante porque el no uso de preservativo en este caso no se trata de algo inconsciente, sino de *acuerdos* dentro de las prácticas sexuales. No es que todas las veces se omitió el uso del preservativo, sino que existieron acuerdos para *coger a pelo* como una práctica excitante. Y las sustancias psicoactivas están articuladas en este caso pero no como un *factor de riesgo* que nubla la capacidad de prevención del sujeto. Mas bien se presentan como partes de las estrategias para el placer sexual que incluyen a la misma práctica de no usar condón o *coger a pelo*, así como incluir a más participantes. Me

parece importante este dato porque no usar preservativo (también el uso de drogas como el cristal) no es solamente un descuido o no darle importancia a su uso. Se trata también de acuerdos que están muchas veces asentados en la búsqueda del placer sexual.

Donde sí es claro Caín es en enunciar que optar por estas prácticas sucedió en el marco de los sentimientos que tenía en esos momentos hacia su entonces compañero. Caín cuenta cómo fue que se enamoró de él, adjudicando que lo trató cariñosamente, como nadie lo había hecho hasta ese entonces:

Fue así como de pues... mira que estas bien bonito, y ...te compré esto... así como consintiéndome, pero al principio nomas éramos nosotros dos. Y ya después ... por ejemplo era mucho de decirme mi amor, ni niño, mi cariño, y yo decía bueno pues que chido. Se supone que él había terminado ya con su esposa. (Caín, comunicación personal, 2023)

Caín tiene claro que acceder a prácticas sexuales con uso de psicoactivos y *el sexo a pelo* fue orientado por el amor que sentía hacia su ex pareja, articulado al placer que llegó a experimentar en esos encuentros con el uso de cristal, marihuana y poppers. Pero a estas dos situaciones, también se unen estos tipos *de acuerdos de fidelidad* que, por lo menos de forma oral, se establecieron en la relación entre Caín y su expareja, y en los cuales Caín decidió confiar que eran verdad. Por eso, al descubrir las múltiples infidelidades de su excompañero, Caín decide terminar la relación, pero los encuentros sexuales se siguieron dando:

Entonces un día me dice que había conocido a unos vatos, que eran una pareja que lo habían invitado a un trío y que le conseguían la coca y los poppers y que pues se ponían un poco por el ano para que literal no les afecte , por eso me empezaba a poner a mí también. Pero después dije no, (...) ya no quiero todo eso, y (...) después ya nos separamos (...) o sea ya no quise nada con él , pero las relaciones con él pues... si duré con él como un año o un año y medio, entonces a veces, al principio si usábamos condón pero después ya no, ya era así, ´pero porque yo pensaba que nomas éramos nosotros dos. (Caín, conversación personal, 2023)

¿Cómo vivió entonces Caín las sospechas de haberse infectado por VIH? Caín sospecha de un encuentro en particular, donde refiere que sucede la infección y durante el cual, él y su excompañeros fueron posiblemente víctimas de un delito:

Yo cogía con él sin condón y esas madres (...) a mediados de marzo, me empezó a contar lo de los tríos, y yo dije bueno (...) pero un día (...) que me dice que si vamos

a un trio y yo así de cómo, y me dijo que iban a venir uno, que lo había contactado en la mañana y que venía por la tarde, entonces (...) llego allá, según llegan las personas estas a su casa ahí con nosotros y según se supone que íbamos a tener como un trio, una relación pero no, este era un grupo de asaltantes o algo así, no sé qué era, el chiste es que (...) llegan tenían una botella de vodka, nos la dan, (...) perdemos el conocimiento, nos golpearon, nos robaron , a él ... tenía marcas como quemadas en los brazos, y nosotros teníamos como pinzadas en las manos, así como si nos hubieran inyectado algo, entonces, prácticamente no supimos que nos pasó ese día. (Caín, Comunicación personal, 2023)

Cuando evoca los recuerdos, Caín ubica en esta ocasión el posible momento de la infección por VIH. Pero está consciente que fueron muchas veces las que cogió con su novio e invitados sin condón. Sin embargo pese a tales antecedentes, no se realizó ningún tipo de prueba para descartar el diagnóstico positivo a VIH u otra ITS. No fue sino tiempo después cuando se presentaron la pérdida de peso y las IO como ya se narró, que convencido por su novio actual, se realizó una prueba en un laboratorio particular, resultando positiva.

Cuando le pregunté porque había acudido antes a un estudio particular, me dijo que desconocía el procedimiento exacto para adscribirse a un tratamiento y estaba muy apenado por preguntar a alguien. Ese fue el marco de los mensajes que yo recibía y que no se le dieron continuidad. Esta parte me resulta importante porque mucha de la información que ha circulado en torno al VIH/sida desde el inicio de la pandemia y sobre todo en nuestro país, omite lo que debe hacerse en caso de un diagnóstico positivo, es decir, se enfoca en la prevención de la infección pero poco se sabe sobre lo que debe hacerse tras infectarse. En todo caso, se deposita en las autoridades médicas la responsabilidad de orientar a los pacientes. Pero como veremos en el caso de Caín, muchas de las veces el personal sanitario ignora también estos procedimientos.

Al tener estos resultados confirmatorios, fue como se animó a preguntarme directamente sobre los procedimientos de adscripción al TARGA. Dado que su empleo es a nivel municipal, depende de la administración en turno el tipo de servicio médico que se otorgue. Cuando sucede la infección, el municipio solventaba los gastos a través de servicios particulares por lo que difícilmente hubieran asumido el gasto de su tratamiento. Además de ello, y resultaría muy probable tomando en cuenta el costo de los ARV, Caín tenía miedo de ser despedido al conocerse su padecimiento, por lo que optó por el CAPASITS Puebla para la adscripción al tratamiento. Yo le recomendé que acudiera a su Centro de Salud para ser referido al CAPASITS como marcan los protocolos. MI recomendación fue que comentara que ya se había hecho una estudio de laboratorio y sabía de la infección. Yo suponía que de esta manera la canalización al CAPASITS fuera más rápida. No obstante esto no sucedió:

En el centro de salud me mandaron a la verga, y me trataron bien mal, porque te digo que yo fui y era una doctora y me dijo *pues es que yo no trato eso*, me dice y yo así de como...es que, o sea ella ni sabía ni que pedo, o sea desde ahí fui y lo que no me gustó fue de que, o sea, ella era mi doctora y fue y le preguntó casi a todos los médicos y todos los médicos entraron ahí donde estaba yo y todos veían la hoja del estudio que me fui a hacer a los laboratorios y ya me decían no pues, o sea llegaba uno y decía *hazle una orden* y otro llegaba *no pero pues este si y que se haga estudios* pero así como pues ya, se va a morir, está de más el papeleo [ríe]. (Caín, comunicación personal, 2023)

Mi recomendación de acudir al centro de salud fue porque de acuerdo con los procedimientos protocolarios en cuanto atención a la salud pública, los niveles de atención denominados como primarios o de clínicas familiares, deben canalizar a aquellos pacientes cuyo diagnóstico detectado -o sospecha del mismo-no pueda ser tratado en un nivel primario. Por ello, se extiende una *referencia clínica* con la cual, se canaliza al usuario a una atención secundaria (especialidades médicas) o terciaria (atención médica de mayor especialidad). Pero Caín no recibió ninguna referencia al CAPASITS por parte del centro de salud. Además de que él tenía esa sensación de que para los médicos, no había nada que hacer más por el paciente.

Así que al contarme que no había recibido la referencia, aplicamos algo parecido a lo que yo había hecho: acudió al CAPASITS Puebla solicitando la prueba rápida por *primera vez*, sin mencionar que había acudido y notificado al centro de salud de su localidad, ni que había hecho una prueba particular que arrojaba un resultado positivo. La única referencia que mencionó fue su *sospecha* ante el cuadro de infección estomacal que empeoraba y no respondía a los tratamientos aplicados.

La no referenciación de su clínica familiar, es decir el hecho de que las autoridades médicas no le dieran una referencia y en lugar de ello les mandaran a otros tipos de estudios, aun cuando él les había indicado que ya se había hecho una prueba particular de laboratorio, no solo reflejó el desconocimiento de los protocolos y la poca familiaridad con estos casos por parte del personal médico del Centro de Salud, sino que también restaba prontitud para que Caín tuviera acceso al tratamiento ARV, como recomiendan los organismos internacionales acerca de la urgente adscripción al TARGA.⁸⁶

⁸⁶ En ese sentido Camilo Braz, en un estudio sobre procedimientos de cambio de género en Brasil y Argentina, (2019) utiliza a Ayuero (2012) para señalar que las dinámicas de espera en la atención institucional sanitaria, se relacionan con la reproducción cotidiana de ciertas estructuras de dominación y desigualdades sociales. Se observa cómo las vivencias individuales de espera se enmarcan en dinámicas institucionales y políticas que, a través de los servicios de salud, el Estado y sus instituciones, reproducen las condiciones de vulnerabilidad a las que están expuestos los individuos y determinadas poblaciones al interior de sus propios contextos” (Farji Neer et al, 2017, citado por Braz, 2019, p.122). El investigador documenta que, una de las principales razones por las que los varones trans con los que dialogó, tienen que esperar para la realización de una mamoplastia masculinizadora es porque estas intervenciones son consideradas, por las autoridades clínicas, como cirugías estéticas y por tanto, no prioritarias frente a otras que son catalogadas como mayormente urgentes, aun cuando los pacientes las consideran una necesidad en salud para los varones trans. En ese sentido Braz (2019) documenta entonces, cómo los tiempos

Sea cual haya sido la causa del retraso en los protocolos de adscripción en el caso de Caín, de alguna manera reproducían los esquemas de vulnerabilidad de las personas que se infectan de VIH, al retardar su acceso a la medicalización y tratamiento integral. Se trata pues de violencias estructurales, que gestionan la vulnerabilidad de los pacientes recién diagnosticados y que mantienen abierta una brecha por la cual se cuele la posibilidad de morir por VIH/sida.

Por ello los pacientes elaboramos estrategias como la antes narrada que permitan saltar los protocolos de referenciación entre niveles de atención sanitaria y acudir directamente al módulo que administra los ARV, fingiendo desconocer el estado serológico a VIH para poder acceder al tratamiento, como una manera de librar la obstaculización generada por el propio procedimiento. Pero en ese mismo sentido, es destacable que también el CAPASISTS Puebla sea flexible en esos casos, y no espere ni solicite de manera forzosa la referencia de unidades de atención primaria o familiares para integrar a los pacientes recién diagnosticados al esquema ARV.⁸⁷

¿Qué tan frecuente es entonces que las personas desconozcan el procedimiento de adscripción al TARGA y la existencia de tratamientos ARV gratuitos en países como el nuestro? ¿Cómo se amarra el tema de la sospecha cuando se desconocen las alternativas ante una infección? ¿Aun en esta década puede pensarse que la infección por VIH es sinónimo de muerte? Otra de las experiencias registradas da cuenta un poco de ello.

Durante el invierno del 2022, pasé el periodo vacacional de ese año en Teziutlán, al lado de mi familia. Ahí aproveché para buscar gente que podría colaborar en la investigación, por medio de la aplicación Grindr. Hubo quien se interesó en el anuncio pero en particular dos de ellos fueron chicos que vivían con VIH y habían hecho uso en el pasado de la metanfetamina en sus prácticas sexuales. Eso llamó mi atención porque no me había topado hasta el momento con gente que ya no consumiera cristal (Caín lo hacía esporádicamente sobre todo cuando tenía algún reencuentro sexual con su antigua pareja). Uno de esos dos perfiles fue un chico que optó por que usáramos dos letras para identificar sus experiencias: BP.

Tras explicarle de que trataba mi trabajo, quedamos de vernos una tarde. El punto de encuentro fue una tienda de conveniencia, pensando que podríamos trabajar ahí o buscar algún espacio incluso en la vía pública. El chico vivía cerca de la casa de mi familia y ambos estábamos lejos del centro de la ciudad. A la hora acordada me encontré con un chico de unos 25 años (luego él me diría que tenía 24 en ese entonces), que dobló a la esquina de la tienda de conveniencia, cargando una mochila negra en su espalda. Lo reconocí porque para encontrarnos me dijo que llevaría un cubrebocas con cadenas. Aun eran días de restricciones

de espera para el caso de sus sujetos, se establecen a partir de criterios clínicos hegemónicos que reproducen la vulnerabilidad de los usuarios, a partir de considerar sus demandas quirúrgicas como no prioritarias en la atención institucional.

⁸⁷ Como sucede con otros padecimientos, pues cualquier otra especialidad en el sector salud, debe ser referida por un nivel de atención sanitaria inmediata inferior, de lo contrario, los pacientes no pueden ser aceptados y atendidos.

y medidas por el SARCOV2 así que mucha gente lo seguíamos usando con frecuencia pero el suyo resultó muy peculiar: de tela negra, más grande que el tamaño estándar y decorado efectivamente con una cadena larga que atravesaba todo el cubrebocas apoyado en tres argollas, todo en metal plateado. Vestía un pantalón de mezclilla y una chamarra negra y llevaba puestos unos guantes oscuros de piel.

BP me saludó y noté una voz no grave, que sonaba incluso infantil y tierna, pero también confiable y cómoda. Al tenerlo de frente calcularía su estatura entre los 1.70 m. La parte del rostro que se mostraba eran sus ojos grandes color negro, una piel morena clara y cabello negro y ondulado, con rastros de haber sido teñido de color rojizo en el frente. BP me saludó con mucha familiaridad, como si ya nos hubiésemos conocido desde antes, aunque solamente habíamos conversado un poco por aplicaciones digitales.

La idea de platicar en la tienda de conveniencia o en la vía pública se frustró porque comenzó a llover, así que le propuse buscar un lugar donde comer, porque me decía que regresaba de entrenar en un gimnasio, por lo que asumí que tendría hambre. Fuimos a un pequeño restaurante de la colonia y ahí tuvimos nuestra primera entrevista.

Nuestra platica primera me dejó muy asombrado. BP comentó que había vivido experiencias demasiado fuertes. Lo primero que me impactó fue cuando me contó que desde la adolescencia, vive con un diagnóstico psiquiátrico dual o trastornos psiquiátricos concurrentes:

Desde los 13 años a mí se me diagnosticó la enfermedad de esquizofrenia paranoide, esa enfermedad está llena de muchos estigmas, porque la gente cree que es como *Alicia en el país de la maravillas*... piensan que eres inestable emocionalmente, la realidad es que no, con buena medicación (...) con buen seguimiento, pues avanzas igual que otra persona...pero también me han diagnosticado con depresión, así que veo al doctor cada tres meses para la medicación. (BP, comunicación personal, 2022)

Me llamó mucho la atención que BP haya sido diagnosticado tan joven con esta dupla. No es que sea un caso extraordinario, sino más bien pensaba en la sociología del diagnóstico cuando señala que tanto éste como la medicalización participan en la estigmatización y opresión de determinados individuos, por medio de la clasificación clínica (Bianchi y Faraone, 2019.P: 6) y me preguntaba cómo tales diagnósticos estaban articulados a la infección por VIH y al consumo de cristal.

Indagando un poco más en la vida familiar de BP, resulta que tal dupla de diagnósticos psiquiátricos había creado un fuerte vínculo con la madre, pues ésta solía sobreprotegerlo e incluso optar por el aislamiento tras el diagnóstico. Se trata de una madre sola (el padre de BP emigró hace varios años del hogar y su hermano mayor radica en la capital del estado)

apoyada por la abuela (recientemente fallecida a este escrito) y algunos otros familiares. BP me cuenta que por ejemplo, durante su adolescencia interactuaba poco con la gente, pues la familia temía que en un ataque de violencia agrediera a los demás. Esto hizo que BP socializara más en otros espacios como las redes sociales, donde desde entonces es muy activo y suele postear en muchas líneas su vida cotidiana⁸⁸. Y es que de acuerdo con BP, sí existieron varios episodios antes de la medicación de los padecimientos psiquiátricos donde en ataques de ira, tuvo conflictos en espacios escolares y familiares, por lo que cada vez más, se aislaba de los entornos sociales.

Estos datos son importantes porque fue en este contexto que BP refiere lo segundo que llamó mi atención: el ejercicio del trabajo sexual aun siendo menor de edad. BP empezó creando un perfil en X (antes Twitter) en donde subía fotografías de su cuerpo en ropa interior, escondiendo su rostro con máscaras o tapándolo con *stickers*. Luego, uno de sus seguidores le propuso un encuentro sexual a cambio de dinero. BP no me cuenta cuales fueron las prácticas sexuales solicitadas y realizadas en ese primer encuentro, pero le pareció una buena manera de ganar dinero. Así que empezó a promocionarse en ésta y otras redes sociales y supone que al correrse la voz de que era menor de edad, tuvo mucha demanda a grado tal de alcanzarle para comprar cosas, pagar gastos personales, apoyar en la economía familiar y hasta rentar un pequeño cuarto donde ejercer el trabajo sexual.

Además, BP consideraba múltiples ganancias en esta actividad: el trabajo sexual y las redes sociales habían representado la oportunidad de poder conocer e interactuar con otros varones gais de diferentes edades, cosa que hasta ese momento no había sucedido. Esto porque además de la sobre protección materna y los ataques de ira previos a la medicalización, el diagnóstico psiquiátrico parecía también interiorizado por BP como algo que le impedía buscar amigos y relaciones sentimentales con otros chicos: durante mucho tiempo consideró que alguien como él, no podría tener ese tipo de vinculaciones.

Además la obtención del dinero por el trabajo sexual, con el cual podía pagar él mismo gastos como la mensualidad del gimnasio y apoyar a su mamá, representaba cierta independencia personal que poco había existido desde su diagnóstico psiquiátrico. Y algo más que llamó mi atención: el trabajo sexual le permitía sentirse atractivo ante los demás. Hasta los 15 años, BP había tenido sobrepeso, por lo que no se consideraba una persona atractiva. Pero inició con el ejercicio y el entrenamiento de pesas, y a los 17 mejoró su condición y apariencia física y ese fue el marco para exponer fotos corporales en redes sociales.

BP ejerció el trabajo sexual de los 17 años hasta darse la infección por VIH. Además del trabajo sexual que por lo regular era con hombres mayores, BP solía realizar sesiones de

⁸⁸ Tras el diagnóstico psiquiátrico, y los episodios de paranoia y alucinaciones por el perfil esquizoide, BP había sido rechazado en distintos espacios educativos y sociales. Los niveles secundaria y preparatoria, los había cursado en escuelas pequeñas o de recién creación, porque fueron la únicas que lo habían aceptado con el diagnóstico médico.

sexo en grupo en el cuarto que rentaba con chicos más cercanos a su edad, donde hubo consumo de sustancias entre ellas la metanfetamina. Y fue en este marco que sucede la infección por VIH/sida.

Resulta interesante ver como desde el diagnóstico psiquiátrico una serie de condiciones sociales y estructurales, articuladas a decisiones personales colocaron a BP en escenarios de vulnerabilidad variado, pero sobre todo con respecto a ITS. En ese sentido, algunos autoras y autores como Milagros Báez y Santiago Gallur (2023) han documentado que los trabajadores sexuales masculinos racializados en países como el nuestro, se encuentran atravesados por múltiples ejes de discriminación y opresión, que no siempre son reconocidos por ellos mismos y que los establecen en condiciones de vulnerabilidad y violencias tales como its/VIH, consumo de drogas y alcohol. (págs. 120-121).

El desgaste corporal fue el signo que hizo girar la sospecha y la alerta, pero en este caso no por parte de BP, sino de su familia. BP bajó demasiado y rápidamente de peso, además de la presencia de ojeras y su piel empezaba a tener un tono amarillo. También comenzó a padecer constantes infecciones del estómago y respiratorias de manera secuencial. Para ese entonces, su familia solo sabía de su orientación sexual, pero no de sus prácticas sexuales y de consumo y del ejercicio del trabajo sexual. Cuando le pregunté por qué si su madre lo sobreprotegía, él había podido hacer todas estas actividades, BP piensa que en todo caso, para su madre fue un descanso el que su hijo, al que había cuidado y dedicado tanto tiempo desde los 13 años, ahora fuera más una persona independiente que incluso la apoyaba con los gastos del hogar.

Sus tías fueron las que notaron primero los signos de las IO y convencieron a la madre de llevarlo a consulta, donde le hicieron varias pruebas. Aunque BP contaba con seguridad social en el IMSS por parte de su padre⁸⁹, esa primera consulta fue con un médico particular. Dicho médico sugirió la realización de una prueba para VIH/sida. Llama la atención que en este caso no es el sujeto quien sospecha de la infección, sino sus familiares y el ojo clínico del médico. BP sabía sobre VIH/sida, por lo menos lo básico impartido en las escuelas. Pero según comenta, desconocía completamente sobre los tratamientos y la calidad de vida obtenida por éstos.

Además de ello, ante la notificación del diagnóstico positivo, el médico tratante responsabilizó a la madre e hizo notorio que la condición psiquiátrica de BP lo imposibilitaba en la toma de ciertas decisiones:

Entonces el doctor me dice (...) salte tantito voy a hablar con tu mamá. Yo ya veía venir lo que me iba a decir, salí del cuarto y la verdad me porté un poquito rebelde porque quise escuchar lo que decía, el doctor le dijo a mi mamá: *mire, esto de acá*

⁸⁹ Cuando cumplió la mayoría de edad, el padre lo adscribió como si se tratase de su trabajador, por lo que hasta el momento, es ahí donde se atiende de sus padecimientos.

no es su hijo, es la enfermedad y usted está lidiando con la enfermedad, o sea usted ya no lo vea como su hijo, él es un paciente psiquiátrico, él es la enfermedad, tiene que tratarlo como tal, entonces regañó a mi mamá. Cuando escuché esas palabras imagínate, sentí como unas punzadas bien fuertes en el corazón. (BP. comunicación personal, 2022)

El médico aparentemente tampoco explicó las alternativas terapéuticas para el VIH/sida. Cuando le pregunté a BP del porque desconocía de ello, simplemente me contestó que no sabía nada al respecto. Que él, ante la noticia, supuso automáticamente que pronto iba a fallecer:

Poco después de ese día y de que salimos de ahí, (...) como que me fue cayendo el 20 de lo que estaba por pasarme, de verdad no conocíamos nada de tratamiento [anti]retroviral, no conocíamos nada, de que había soluciones (...) mi mamá lloró yo también lloré ... pero llegó mi papa y mi hermano (...) lo platicamos todos y ninguno sabia realmente que es lo que estaba por pasar, estábamos muy convencidos de que me iba a morir y yo les decía: *miren pues ya si esto va hacer así, hay muchas cosas que no he hecho, muchos perdones que no he pedido, muchos perdones que no he aceptado, muchas gracias que no he dado*, entonces... en ese único punto es la última vez en toda la vida que mi papá, mi mamá mi hermano y yo nos abrazamos los cuatro, lloramos... fue muy emotivo y pues traté de calmarlos, incluso de bromear un poco, mi hermano también lo tomó de buena manera, pero cada quien se fue a sus lugares y yo no pude dormir esa noche, (...) tenía miedo pero también decía ¿porque voy a tener miedo? es parte pues de la vida, la muerte, curiosamente, pero eso no significa que no te va a dar miedo (...) entonces yo recurrí a Twitter (...) esa noche específica encontré un video(...) descubrí que había medicinas que podían frenar el virus (...) entonces vi un rastro de esperanza (...) lloré bastante pero de agradecimiento, en automático me levanto de la cama, voy a ver a mi mamá y le digo *mí, mira este video* (...) ya me *dice si mijo pero no creo*, le digo *má, por favor, puede haber una esperanza yo quiero intentarlo* y me dice *y donde la vas a conseguir no sabemos en donde las venden, de donde salen, si funcionan ...* y ya (...) Se los enseñé estos videos a una de mis tías y ella habló al seguro y como tenía contactos ahí, y también yo tenía seguro por de la psiquiatría entonces ella nos dice que hacer, nos dice que tenemos que decirle al médico familiar, el médico familiar nos manda directo a infectología y ya empieza mi tratamiento y ya empiezan mis inicios en lo que es el tratamiento antirretroviral (BP, comunicación personal, diciembre 2022).

Cuando le pregunté a BP porque consideraba que desconocía información sobre los ARV, me refirió que él recordaba aquello que en su escuela se había mencionado en algunas

ocasiones referente al padecimiento⁹⁰, pero la mayoría eran temas alusivos a la prevención: uso del condón, monogamia, salud sexual, etcétera.

Reconozco aquí que desde una posición privilegiada en la que yo me encontraba al momento de mi infección por VIH, con conocimiento sobre los servicios sanitarios y los tratamientos farmacológicos, me costó mucho trabajo entender cómo BP y su familia desconocían de tal información para el año 2015. Pero mi extrañeza y hasta incredulidad de tales testimonios son en realidad el reflejo de la *centralización* de información con respecto a este padecimiento. Por *centralización* me refiero a la divulgación de información sobre VIH/sida planteada como universal, pero que se realiza de manera parcializada y con determinadas estrategias y mecanismos que hacen posible acceder a ella solo con determinado capital cultural, social, económico y hasta geográfico.

Si se considera, por ejemplo, la experiencia de Caín sobre su desconocimiento y barreras para su adscripción al TARGA, no es difícil pensar que mucha gente como BP y su familia hubieran desconocido en el 2015 sobre los tratamientos para VIH/sida. Una centralización de la información sobre el padecimiento, por ejemplo, está limitada a ciertos aspectos de la enfermedad. Además de ello, en este tipo de información le resulta valioso seguir sosteniendo al miedo como un elemento de prevención.

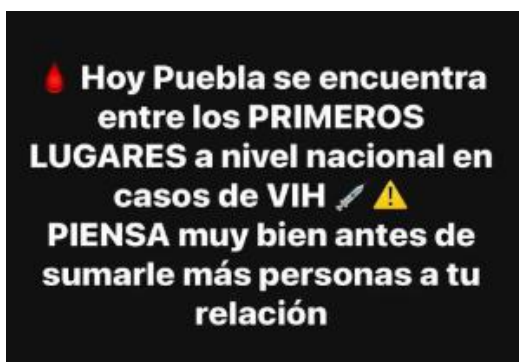


Imagen 2.1. publicación en la red social Facebook

De hecho en torno al VIH/sida, hoy en día siguen circulando una serie de prejuicios e información sesgada, sostenida por medios de difusión con tendencias moralistas. No hace mucho, entre marzo y abril del 2025, en redes sociales como Facebook se hizo popular una *tendencia* a exponer las cifras de casos de VIH/sida por entidad federal en México, expuestas como un repunte o incremento de casos. Pero lo curioso era que venía acompañada de la exaltación a la fidelidad. La figura 2.1 es un

publicación de redes sociales que se hicieron populares en muchos estados de la república mexicana: “Hoy Puebla se encuentra entre los PRIMEROS LUGARES a nivel nacional en casos de VIH. Piensa muy bien antes de sumarle más personas a tu relación” dicta una publicación hecha por un medio de noticias poblano. No me detendré en analizar cada punto de tal publicación pero es importante señalar que la apología que hace a que la fidelidad es la única manera de no infectarse me resulta hasta ofensiva para los años de investigación que existen y que he desglosado líneas atrás, frente a la pandemia. Y lo que si remarcaré es

⁹⁰ Habría que tomar en cuenta también que por si diagnóstico psiquiátrico a los 12 años, la madre decidió que los niveles secundaria y preparatoria se cursaran en escuelas pequeñas y/o de sistema abierto lo cual pudo haber limitado la circulación de información más allá de lo planteado en los programas escolares.

el uso del miedo aun como un elemento preventivo y la nula mención sobre tratamientos para el padecimiento que evita la muerte de las personas que vivimos con VIH.

Con este contexto de información centralizada, sí es posible pensar que mucha gente desconoce del padecimiento, su evolución y tratamiento a más de 40 años de lucha y avances frente a la pandemia.

Afortunadamente BP fue canalizado a tiempo al área de infectología en el IMSS y hasta la actualidad en dicha institución maneja tanto sus diagnósticos psiquiátricos como su condición VIH. BP dejó de ejercer el trabajo sexual tras ingresar al TARGA y abandonó el consumo de cristal con relativa facilidad, quizás porque su uso era esporádico y sobre todo cuando sus clientes le solicitaban. De igual manera, las IO desaparecieron cuando inició con su tratamiento. Pero a través de su experiencia queda en el aire preguntarse cuál es el papel que juega la información en las acciones frente al VIH/sida.

Como se expuso en el primer capítulo, mucho del trabajo frente a la pandemia del VIH/sida se ha enfocado en lo preventivo y poco se abarca a lo que sucede luego del diagnóstico. Y me parece que esto no es mera casualidad. Considero que existe un interés desde el estado, las políticas públicas y los discursos hegemónicos sobre todo de ultraderecha con lógicas higienistas, en mantener ciertos aspectos como la circulación del miedo como mecanismos de prevención ante padecimientos como el VIH. Y aunque suele manejarse desde distintos discursos, incluyendo el activismo, que la clave de la prevención está en la información, si tal información es limitada y centralizada tampoco resulta ser una garantía de efectividad preventiva. Incluso sin tener las anteriores características, habría que pensar si contar con información es suficiente para evitar casos de infección por VIH o si se colocan demasiadas expectativas a los procesos de información social. La experiencia de Carlos, otro de los colaboradores, es muy ilustrativa al respecto.

La participación de Carlos en el estudio en realidad fue un golpe de suerte. A finales del 2022 mientras estaba en Teziutlán, recibí un mensaje en Grindr respondiendo a mi petición de perfiles usuarios de cristal y vivencia con VIH. Pero el motivo principal por el que Carlos decidió contactarme y hablarme fue que él recordaba que ya nos habíamos conocido alrededor del 2009.

Carlos me hizo recordar que en ese entonces, él intentaba crear una relación de noviazgo con un amigo mío, Edgar. Por lo que cierto día nos acompañó a un viaje a la playa en el cual acudimos varias personas en mi coche. Y recuerdo muy bien el viaje (de hecho existen fotografías) porque lo más relevante fue que Carlos, Edgar y otros dos amigos más se subieron a la *banana*, un vehículo inflable con forma de plátano que es remolcado por una lancha de motor dentro del mar. Pero en determinado momento del paseo en el mar, la banana se volteó, ellos cayeron al agua y el vehículo los había dejado en medio del océano sin percatarse el conductor de su caída, por lo que habían pasado momentos de angustia, abandonados lejos de la playa, mirando como la lancha se alejaba con los demás pasajeros.

Así que el resto del viaje lo habíamos dedicado a hablar entre risas y asombro, sobre el susto que habían pasado y el tiempo que tuvieron que esperar hasta que la lancha regresó por ellos.

El recuerdo que yo tenía de Carlos en ese entonces era de un chico con sobrepeso, cabello corto ondulado, rasgos duros, piel blanca, aproximadamente de mi estatura. Muy serio y callado. Hablamos muy poco en ese entonces, pero recuerdo que nos contó que aunque era originario de Teziutlán, estaba radicando en la ciudad de Puebla donde recién terminaba la universidad. Lo recuerdo porque todos los que fuimos a ese viaje, habíamos estudiado en la misma preparatoria que él y fue tema de conversación.

Pero al paso del tiempo, Carlos había cambiado considerablemente. Por eso no le reconocí a primera vista, cuando tras quedar de acuerdo en vernos para platicar, nos encontramos en una cafetería del centro de la ciudad. Cuando lo volví a ver, lucía mucho más delgado. Llevaba puesta una camisa color ladrillo y una chamarra de piel negra. Se paró de la mesa para saludarme y darme la bienvenida con un firme saludo de mano, y pude percibir un agradable perfume masculino. Lucía aun su cabello corto pero ahora llevaba la barba tupida y bien recortada. No recordaba sus ojos café claro, enmarcados en unas largas y rizadas pestañas ni su boca con labios delgados. También noté en el cuerpo el trabajo de gimnasio: espaldas anchas y hombros redondeados, piernas gruesas y el pecho amplio. Pero sobre todo, se veía con mucha más confianza en sí mismo y con mucha más soltura al hablar. Carlos me había comentado ya de su consumo de cristal, por lo que leí la delgadez de su rostro desde esta información: rasgos mucho más acentuados y cierta hundidos en los ojos.

Como fue obvio, nuestra plática inicio recordando ese tormentoso viaje a la playa como parte de sus intentos fallidos por conquistar a mi amigo. Pero después pudimos hablar cómodamente en nuestro primer encuentro personal, porque los restantes se haría solo de manera virtual, hasta perder comunicación con él.

El caso de Carlos es peculiar por muchos aspectos. El primero de ellos y para empatar con el hilo de la discusión, es que cuando sucede la infección él poseía bastante conocimiento previo sobre la enfermedad y sus métodos de prevención. Años atrás había mantenido una relación de noviazgo con un psicólogo que realizaba labores de activismo en la ciudad de Puebla, referentes a la realización de pruebas rápidas. Carlos había participado en estas campañas y había conocido casos en los cuales, tras dar positivo al reactivo, se les canalizaba al CAPASITS Puebla o al servicio de salud con el que se contara. Aunque éste era el último paso que Carlos conocía del procedimiento (desconocía como se llevaba un tratamiento ARV), no ignoraba sobre prevención, atención pública y acceso al TARGA y sabía de prácticas recomendadas como la realización de pruebas rápidas de manera semestral, como un ejercicio de monitoreo.

La infección de Carlos sucede el mismo año que yo en el 2017, cuando él tenían 30 años de edad y su diagnóstico fue compartido con su entonces pareja. Sucede que en esos años, mantenía una relación en la cual cohabitaban y compartían gastos. Carlos había terminado

una carrera en área admirativa y junto con su pareja laboraban y gozaban de buena estabilidad económica. Una importante diferencia con respecto a los tres casos anteriores es que Carlos y su novio no vivieron IO que abrieran la posibilidad de sospechar en la infección por VIH/sida. La realización de la prueba que resultó positiva se trató de la sugerencia de una amistad:

Le dije a mi amigo: oye mañana van a venir a correr?, me dijo si, le dije pues terminando de correr no quieren ir a desayunar?, porque íbamos a desayunar a veces después algún lugar como que vendía cosas saludables y así, entonces me dijo ese wey no, no podemos porque (...) nos vamos a ir a hacer un prueba de VIH. y yo ¿y eso? Le dije ¿ por qué? Y yo así como que preocupado, y me dice no pues es que fíjate que es como por salud, la tiene uno que ir a hacer cada tiempo, y así como que, yo le dije ha pues chido, y me dijo que había una promoción, en un laboratorio, yo creo en el laboratorio Ruiz, ves que son medio caros, entonces me dice, fíjate que hay una promoción del 2 x 1 , entonces nosotros vamos a ir y la vamos a aprovechar, entonces este vato con el que yo andaba, tenía como un pedo de diabetes, entonces cada determinado tiempo, se hacía análisis ahí en los laboratorios Ruiz, y le dije oye porque no vamos está al 2 x 1 el de VIH, nunca nos hemos hecho uno de laboratorio, entonces me dice si, fíjate que la semana que viene voy a ir, quien sabe si estará la promoción, si quieres vamos, la cosa es que fuimos y ... nos lo hicimos y ya como que lo más x del mundo, y ya resulta que ahí fue donde, cuando fuimos por los resultados pues ya, salió positivo y estuvo como que culerito. (Carlos, conversación personal, 2023)

El tema de la información como principal apuesta para la prevención frente al VIH/sida ha sido un tema cuestionado incluso desde la primera década de pandemia en nuestro país. Ya en 1989 Sepúlveda y Rico reflexionaban acerca de las expectativas colocadas en dicho rubro: “ante la ausencia de drogas o vacunas efectivas, el único recurso a nuestro alcance es la educación. [Sin embargo]⁹¹ este concepto ha creado, de tanto repetirse, la ilusión de que la sola información bastará para lograr que la gente modifique sus conductas” (p:23)El caso de Carlos entonces, reafirma la tensión de pensar que a mayor información, menor será la posibilidad de infectarse.

En un momento de nuestra plática le pregunté a Carlos si después de tener conocimiento sobre el VIH/sida, en el marco de su relación sentimental anterior, no tenía él la práctica de monitorear su estado serológico a VIH mediante la realización de pruebas rápidas. Carlos contesto que sí, que efectivamente durante un tiempo considerable esta práctica semestral era común como parte de sus medidas de cuidado en el ejercicio de su sexualidad. Sobre todo porque durante mucho tiempo vivió en el closet y pocos sabían de sus encuentros sexuales sobre todo ocasionales y donde solía ingerir fuertes cantidades de alcohol. Así que el monitoreo era algo frecuente como parte de lo que él mismo consideraba cuidar su salud.

⁹¹ El corchete y la frase son mías.

Sin embargo, fue una práctica que dejó de llevarse a cabo una vez que se estableció en nueva relación de pareja formal, la misma donde recibió su diagnóstico positivo a VIH. De hecho, su historia como pareja estuvo articulada a un caso de este padecimiento. Carlos conoció al novio con el cual recibió su diagnóstico, porque ambos salían al mismo tiempo con un tercer chico que vivía con el virus. Carlos descubrió no solo la condición serológica a VIH de este muchacho, sino que le era infiel, precisamente con quién después sería su pareja. Este fue el medio por el cual se conocieron: Carlos contacto *al otro* para contarle lo que había descubierto. Confrontaron al chico que vivía con el virus, y luego empezaron a conocerse y salir, para después hacerse novios.

Ese fue el contexto para su entonces formal relación, en donde la estabilidad parecía caracterizar la vinculación. Y fue precisamente en este el marco de una relación establecida en un acuerdo monogámico, fortalecida por los planes a futuro, la estabilidad económica, y el sentimiento compartido, que los chequeos temporales de VIH dejaron de hacerse al paso del tiempo. Dejaron de ser importantes para Carlos, sobre todo porque consideraba que ya no eran necesarios al estar en una relación de pareja monogámica.

Antes del diagnóstico positivo, Carlos y su pareja llevan a cabo prácticas que socialmente suelen ser consideradas como *saludables*: salir a correr, *comer sano*, convivir con entre ellos, familia y con amigos, etcétera. Incluso Carlos había disminuido considerablemente su consumo de alcohol, sustancia que ingería en grandes cantidades durante su vida universitaria.

Pero en ese *itinerario de cuidado y promoción de la salud* que Carlos y su pareja realizaban no se contemplaron medidas con respecto al VIH/sida y las que Carlos realizaba por su cuenta se terminaron por una especie de *acuerdo monogámico* no hablado, en el cual se implicaba que la confianza mutua no debería ser cuestionada. Es decir, se daba por sentado que cada uno por su parte, serían fieles mutuamente, por lo que la posibilidad de sospechar de la presencia del VIH en su relación, resultaba hasta ofensiva porque implicaba dudar de la fidelidad del otro. Cuando Carlos me platicaba esto, mucho me recordó a las condiciones que yo mismo vivía precisamente en el 2009, año en que había conocido a Carlos.

Entonces, el establecimiento de esta suerte de acuerdo fue en gran medida lo que facilitó el abandono y la no realización de otras prácticas que estaban relacionadas con la detección y control oportunos a VIH/sida. En ese sentido, llama la atención cómo elementos como la *monogamia* o la *fidelidad* que durante mucho tiempo han formado parte de las políticas públicas y discursos en materia de prevención de la enfermedad, e incluso del sistema de creencias en nuestras sociedades como aquello que evita las infecciones de transmisión sexual, sean precisamente los que frenaron las prácticas de autocuidado que Carlos llevaba a cabo. Y puede pensarse que la presencia de estos dos elementos y otros homólogos en las normativas y modelos de intervención frente al padecimiento, exponen más bien los sesgos moralistas con las que suelen hacerse dichas políticas públicas.

Ahora bien, la ausencia de IO permiten la adscripción al TARGA desde otros registros. Carlos y su pareja, dado que laboraban en trabajos formales en ese momento tenían seguridad social en el IMSS; por lo que fue ahí que iniciaron su tratamiento. Esa es otra de las características en el caso de Carlos: no hubo un sufrimiento físico del cuerpo por las IO como con Caín, Jasón o BP. Pero para Carlos no se trató de una narrativa libre de dolor. Carlos considera que la noticia causó una mella importante en su relación de pareja, en su forma de vivir su sexualidad e incluso su autopercepción.

Tras la notificación, la vida sexual como pareja cesó rotundamente. Carlos no se sentía con ganas de tener sexo y fue así durante un tiempo por algunos meses. Esta situación ha sido abordada en estudios como la tesis *Jóvenes Gay y VIH: La sexualidad después del diagnóstico* (2014), de González Lezama. En ella el autor discute la manera en que jóvenes que se identifican desde el deseo homosexual, diagnosticados con VIH precisamente en el CAPASITS Puebla, reinician su vida sexual luego de un periodo de abstinencia, después de suceder el diagnóstico. El miedo, el arrepentimiento y la culpa, entre otros afectos adheridos a la notificación de infección por VIH/sida, parecen mover a los sujetos que platicaron con González a un periodo de alejamiento de las prácticas sexuales.

Sin embargo, no se trata de estados definitivos sino temporales. González (2014) registra que de manera posterior los sujetos reintegramos el ejercicio sexual a nuestras vidas, después de un tiempo determinado. Y esto es un tema que deseo abarcar más en el siguiente capítulo, pero lo traigo aquí porque en la experiencia de Carlos dicho retorno a la sexualidad activa representó para él, el final de su relación. Tras volver a estar juntos sexualmente las experiencias ya no parecían ser tan placenteras sobre todo para su novio, por lo que éste le propone a Carlos abrir sexualmente la relación a otras personas. Suceden unos cuantos encuentros con tríos y sexo en grupo pero esta situación no fue cómoda para Carlos, por lo que decide terminar el noviazgo, aunado a que económicamente, ya no vivían con la misma comodidad.

Sin embargo, Carlos sufrió el diagnóstico positivo a VIH no desde el dolor del cuerpo por IO, sino por otros sufrimientos a partir de su condición serológica. Esta experiencia de Carlos en torno a no experimentar un sufrimiento físico corporal me recordó la pregunta que un colega del seminario me hizo en un momento dado. El compañero me preguntaba si, dados los avances farmacológicos que han hecho del VIH algo crónico, podría entonces dejar de referirlo como un *padecimiento* en el sentido de la relativa ausencia del sufrimiento corporal en la actualidad. Esta duda en realidad me hizo reflexionar si como en la experiencia de Carlos, el VIH se sigue *padeciendo* desde otros registros.

¿Por qué se vive la angustia, el miedo, el temor y otros afectos considerados socialmente desagradables cuando se sospecha y se recibe un diagnóstico de VIH/sida? Ante esta pregunta resonaba mucho en mi cabeza las palabras de Caín a su novio cuando sospechaba de estar infectado: *¿Qué voy a hacer?* Caín sabía sobre la enfermedad, sabía que había tratamientos. Es más, para ese entonces Caín sabía que yo vivía con el virus sin tener

complicaciones en salud (tema que hablaríamos a profundidad en su momento) y aunque él desconocía el procedimiento para recibir los ARV, tenía mucha información sobre la sobrevivencia de las personas que vivimos con el virus. Esto resulta interesante porque tanto con el caso de Caín como el de Carlos, habrá que reflexionar si la *información* no solo puede resultar poco útil en materia preventiva, sino que tampoco resulta suficiente para evitar que los diagnósticos positivos a VIH/sida se vivan en la angustia y el pesar

Quizás reflexionando sobre una experiencia contraria, es decir una donde el diagnóstico positivo a VIH/sida se vivió sin la angustia, el miedo, sufrimiento o incluso la culpa, pueda iluminar un poco más el papel de la información y otras condiciones que conforman nuestra interseccionalidad frente a tales experiencias.

Había mencionado líneas atrás que durante mis observaciones etnográficas al CAPASITS Puebla y las búsquedas en aplicaciones digitales como Grindr e incluso lugares de encuentro, había conocido a otros chicos que no acabaron participando de lleno en la investigación. Sin embargo sus testimonios no son ajenos a la misma y sus experiencias también resultan valiosas e importantes. Uno de esos chicos es Gustavo.

A Gustavo lo conocí por Grindr. Contestó mi anuncio sobre la tesis, pero él reside en la ciudad de México (cuando contactó conmigo se encontraba de visita en la ciudad de Puebla, en la casa de sus padres). Tanto Gustavo como su familia pertenecen a una condición económica solvente: sus padres son médicos especialistas, es hijo único y labora en una empresa de aviación como sobrecargo en la capital del país. Es común que en sus redes sociales, Gustavo muestre fotos de él y sus progenitores en distintos lugares del mundo.

Cuando platiqué con él, en el año 2022, Gustavo contaba con 32 años de edad y tenía en ese momento alrededor de 3 años viviendo con el virus. Quedamos de vernos en un lugar de encuentro (cuya referencia omitiré porque operaba casi de manera clandestina frente a las restricciones por la pandemia del COVID19), así que nos fue fácil compartir nuestros números para una vez estando ahí, pudiéramos platicar. Así lo hicimos y fue cuando lo conocí físicamente: es mucho más alto que yo, tal vez unos 1.80 metros, delgado, de piel blanca, ojos café claro y cabello corto y rizado. Como sobrecargo de aviación, Gustavo habla varios idiomas y es muy fluido en su plática, donde se muestra bastante seguro de sí mismo.

Gustavo me cuenta que desde que inició su vida sexual activa con otros varones en su adolescencia, le gustaba mucho *coger sin condón*. Siempre le ha parecido mucho más placentero que con el uso de preservativo. Eso me llamó mucho la atención, porque cuando hablamos de su notificación positiva a VIH, Gustavo dice que lo tomó con mucha tranquilidad. La notificación de Gustavo sucede porque ante una diarrea que no reaccionaba con tratamiento antibiótico, y tomando en cuenta su gusto por el no uso de condón de manera frecuente, Gus (como le gusta que le llamen) no espero a sentirse mal o que la infección empeorara, y se realizó una prueba rápida, la cual arrojó un resultado positivo:

Tranquilo... yo fui ... la pase tranquilo. He sabido que hay quien se pone muy mal, se deprimen y esas cosas, yo no. Me dijeron y yo ah pues ... está bien. *No le dije a nadie*, porque es lo que te decía, yo tenía unos amigos que viven con VIH y sé que no pasa nada, te tomas tu medicamento y ya. Les llamé, les dije *¿qué creen?, ya soy del club* [ríe]. (Gustavo, comunicación personal, mayo 2022)

Me tomé la libertad de poner en cursivas ciertas frases en este testimonio, porque pretendo darles profundidad más adelante. Pero por ahora deseo remarcar que Gustavo no solo sabía sobre el padecimiento, su origen, consecuencias y tratamientos. También estaba familiarizado con temas clínicos por la profesión de sus padres. Pero además, y esto me parece de suma importancia, contaba con una red de amistades que tenían un tiempo considerable viviendo con el virus y estando bajo TARGA por lo cual estaba seguro que había métodos por los cuales no tenía que preocuparse del padecimiento, todo lo contrario de experiencias como las del BP. Todas estas condiciones de *Gus*, en su conjunto, me parece que le ayudaron y le ayudan en gran medida a vivir su diagnóstico positivo a VIH desde otros registros, diferentes al resto de las experiencias aquí narradas.

No es solo la información, la cual resulta muy valiosa, sino también otras condiciones que conforman la vida de los sujetos. Me parece que la angustia de Caín cuando dice : *¿Qué voy a hacer?* refleja no solo una nueva condición salud que debe atenderse y/o que causa un malestar, sino una condición que tendrá que articularse con el estilo de vida que en ese momento está llevando, es decir sus condiciones de existencia. Al momento del diagnóstico recibido, Gustavo habitaba en condiciones en las cuales él sabía que vivir con el virus tendría poca trascendencia e impacto en su vida, bajo ciertas estrategias: la adherencia al tratamiento. Pero Caín no. En una ocasión me preguntó si mediante una prueba de *antidopíng* -diseñada para detectar el uso de sustancias prohibidas- que se realizaría en la corporación policiaca en la cual labora, sería posible detectar el consumo de ARV. Y me parece que su duda lo que refleja es que los diagnósticos positivos a VIH/sida muchas veces son sufribles porque su articulación a las condiciones de vida de las personas resultarán complicadas. Y eso pueden *sospecharlo* los sujetos y angustiarse por ello, o al paso del tiempo ubicar en el diagnóstico el origen del *infortunio* como en el caso de Carlos y la terminación de su relación de pareja.

Y resultan articulaciones complicadas porque a pesar de los avances en la ciencia clínica frente a la enfermedad, el padecimiento se sigue sosteniendo desde la discriminación, o lo que se conoce como *serofobia* un concepto que se ha construido principalmente desde el activismo para visibilizar a la discriminación, miedo y rechazo a personas que vivimos con el virus, en diferentes ámbitos.

Retomemos la duda de Caín: Algunas páginas digitales en salud refieren que sí es posible detectar medicamentos ARV en pruebas antidoping. Además, el cuerpo policiaco del estado de Puebla suele ser sometido a *exámenes de control de confianza* durante los cuales

se registran padecimientos de salud como el VIH, sea para justificar las consultas y los tratamientos o bien para reubicar al personal de acuerdo con su condición de salud. Pero en todo caso, la vivencia con este virus no es motivo para cesar en funciones a elementos policiacos. De ser así, se trataría de un despido basado en la discriminación por serofobia.

Sin embargo, en México existen ciertos mecanismo jurídicos como el artículo 199 bis del Código Penal Federal referente al llamado *peligro de contagio*. Tal artículo que ha sido debatido por el activismo señalándolo como serofóbico y discriminatorio, establece sanciones por poner “en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible”(CPF, 1940) Esta ley ha sido utilizada en muchas ocasiones como argumento para justificar el despido de personas que vivimos con VIH. Además en el estado poblano, los resultados de los referidos estudios de control de confianza policiaco son confidenciales al estado, por lo que los elementos de seguridad publica solo reciben la notificación si son aptos o no para continuar con sus funciones laborales, sin tener derecho a saber la razón del porqué *reprobaron* dichas pruebas y fueron despedidos.⁹²

Es decir, las dudas y temores de Caín están justificadas hasta cierto punto, porque la discriminación por serofobia tiene consecuencias materiales en las vidas de los sujetos. La serofobia, disfrazada incluso de leyes, sostiene el padecer del VIH ya no desde el registro del dolor del cuerpo y la muerte, sino desde otros ámbitos como la posibilidad de perder el empleo, oportunidades limitadas, rechazo familiar, y algo que se abarcaré más adelante, las limitantes a una vida sexual y sentimental.

Pero al mismo tiempo, habrá que reconocer que ante tales condiciones, las personas que recibimos un diagnóstico positivo a VIH/sida, hemos podido encontrar *trucos* que nos permiten articular nuestra condición de salud a nuestras condiciones de vida. Las experiencias aquí expuestas dan cuenta de que recibir un diagnóstico positivo a VIH/sida se trata de lo que bajo el enfoque de *curso de vida*, se denomina *turning point* o momentos en la vida de las personas que resultan sumamente significativos (para bien o para mal) por que generan una serie de cambios en distintos registros. Tras el diagnóstico, Jasón decide independizarse de su familia, Caín vive alerta de no ser descubierto en su trabajo, BP abandonó el trabajo sexual, Carlos terminó su relación sentimental y Gustavo buscó estrategias para seguir cogiendo sin condón. Aunque en estos *cambios de vida* profundizo más en el capítulo siguiente, me parecen importante aquí mencionarlos para completar la idea de cómo en parte el diagnóstico se sufre porque en el marco de la serofobia, la nueva condición de salud se enfrenta y posiblemente desarticule a las condiciones de vida de los sujetos.

⁹² Tengo entendido que es posible conocer los resultados de cada prueba aplicada a través de un procedimiento legal.

Trauma social. Angustia y redes de apoyo

Fabián fue uno de los dos colaboradores actuales que también estuvieron presentes en mi investigación de maestría. Como referí líneas atrás, aceptó colaborar con este trabajo por la amistad que teníamos y porque en el transcurso de una investigación y otra, se había infectado de VIH. Para marzo del 2023 se encontraba más estable en su nuevo empleo y pudimos empezar con las entrevistas. Resulta que había sido contratado por una empresa que laboraba para una de las universidades privadas más importantes y reconocidas del país, que tiene sedes en distintas ciudades y la empresa se encargaba de remodelaciones y construcciones en los distintos campus.

A él lo conocí alrededor del 2018 en el baño de vapor donde realicé el trabajo etnográfico de la primera investigación: al final de una jornada de observación, entre a un vapor donde él estaba masturbándose. Un chico cercano a los 30 años, de piel clara, piernas gruesas manipulaba su miembro en solitario casi cuando estaban a punto de cerrar el lugar. Desnudo entre el vapor, sentado en la toalla que prestan en el lugar. Con la mirada, con sus ojos café, me hizo señas para acercarme, uno de los múltiples códigos sin habla que pude registrar en el lugar como parte de los mecanismos para lograr un encuentro sexual.

Luego de nuestro encuentro le platicué con él. Fabián estudio una ingeniería en la universidad del estado y radicaba con su madre y dos hermanos mayores en una unidad habitacional de la capital. También hablamos sobre mi trabajo y en aquel tiempo me dijo que tenía un tiempo consumiendo poppers así que le convencí para formar parte del trabajo de tesis. Nos vimos de nuevo días después, en un parque cerca de su casa, al sur de la ciudad. Con ropa, Fabián me pareció más joven que la ocasión anterior: un pantalón de mezclilla, tenis y una playera negra vestían un cuerpo un poco rollizo, dándole un aspecto mucho más juvenil que su propia desnudez. Durante todas las entrevistas de la investigación de maestría Fabián siempre dialogó de forma muy fluida y cómoda. Platicamos sobre su vida, su familia, su sexualidad y su consumo de poppers y otras sustancias.⁹³

Terminadas las entrevistas seguimos platicando en múltiples ocasiones. Establecimos una amistad que si bien no era frecuente vernos en persona, si manteníamos contacto. En ese marco Fabián me contó de su diagnóstico positivo a VIH en el año 2019. Por ello, en el 2021 que entré al doctorado y le comenté sobre mi proyecto Fabián estuvo de acuerdo en colaborar con sus experiencias para la investigación, pues el cristal había sido una de las sustancias que no solo se habían sumado a su consumo, sino que tenía cierta centralidad pues era la que más había consumido en ese momento.

⁹³ En esos momentos Fabián estaba convencido de que tenía lo que él llamó *un problema de adicción al sexo*. Sucede que para esa primera entrevista, la cual sucedió en el 2019, el padre de Fabián se había vinculado a grupos A.A. por consumo de alcohol. Y había pedido a sus hijos y esposa que lo acompañaran a las prácticas. En ese contexto, escuchando las experiencias compartidas, Fabián concluye que es adicto a los lugares de encuentro para sexo gay y a las prácticas sexuales entre varones.

Cuando iniciamos de nueva cuenta con las entrevistas, esta vez para la actual investigación, la mayoría de ellas se llevaron de manera virtual. Esto porque como ya mencioné, por motivos laborales se encontraba en ciudades como Monterrey, Pachuca o la Ciudad de México. Lo noté más delgado, pero era algo que él estaba buscando mediante el ejercicio y el régimen alimenticio.

Siguiendo con el tema de la sospecha y la información, Fabián tiene una experiencia bastante peculiar en ese sentido. Años antes de su diagnóstico positivo a VIH/sida, existió una vivencia de sospecha y pánico. En una ocasión un chico le hacía sexo oral en el sauna para encuentros de la ciudad, cuando se percató que existía una mezcla entre saliva y sangre en su pene. Fabián frenó y confrontó al muchacho de manera firme, exigiéndole que le explicara si tenía algún tipo de llaga o lesión bucal.

Fabián recuerda que tuvo mucho temor y pánico de haberse infectado con VIH/sida en ese momento. En el recuento de esta experiencia, reconoce que mucho de ese pánico fue porque de inmediato vinculó el tipo de información que tenía con la muerte:

La verdad es que yo no tenía información...básicamente sabía lo que todo mundo saben, ya sabes: que es un virus, que se contagia así y ya...y entonces cuando me pasa esta situación, a mí me da mucho miedo, mucho pavor, pese a que sabía algo de información, te digo, lo que todo mundo sabe. Pero cuando me empiezan a documentar, pues ya la cosa cambia. (Fabián, comunicación personal, 2023)

En el caso de Fabián, la sospecha y la angustia ante la posibilidad de estar infectado, sí lo orientan a la búsqueda de mayor información. Acude al CAPASITS Puebla para hacerse una prueba rápida, donde las y los trabajadores sanitarios de la clínica le explicaron sobre el periodo de ventana y pudo crear vínculos de amistad con uno de ellos, por medio del cual conoce de los procedimientos de detección y tratamiento oportunos. Este conocimiento resulta importante para Fabián pues en sus palabras considera que el contar con la información sobre tratamiento, le permitió contemplar más posibilidades cuando en el 2019 sucede su diagnóstico positivo:

Para empezar me dio como un cuadro de infección estomacal, pero muy severo, o sea cabroncísimo, fiebre, vomito, y diarrea, pero que nada lo tapaba, yo para ese entonces yo no tenía seguro social, y ...un conocido mío que (...) trabajaba en el seguro popular, de ahí del Hospital General del Sur, le dije ¿sabes qué? me siento muy mal...trae tus papeles y te doy de alta para que te atiendan en urgencias y ya...me fui a urgencias, me atendieron en urgencias, pero me mandó como tratamiento para infección estomacal, nada más, y yo le

insistía en que, pues no tengo un diagnóstico realmente, o sea tu nomás me estas dando, un...una aspirina para tajar el dolor de cabeza porque realmente no tengo un diagnóstico al día de hoy, pues ya me hizo como estudios, ´para empezar me mando un pinche...un medicamento que detuvo la diarrea, pero era un tapón entonces todo lo que comía lo vomitaba, inmediatamente, agua, incluso agua, entonces sí fue como, si fue como una semana, quince días y bueno, el medicamento hizo efecto muy tarde, más de lo normal, y ya para como la última consulta que me iba a dar de alta, le dije, oye pero es que a mí no me puedes dar de alta en serio, no tengo un diagnóstico, ¿por qué me enfermé? ¿Qué tengo?, ¿qué bacteria? ¿Qué esto? O sea nada, y me dijo bueno, solamente que sea viral, y yo...o sea así cuando me dije yo Uhhh para que insistir, ah ... Y pues si me mando a hacer una prueba de VIH ahí mismo. (Fabián, comunicación personal, 2023)

En el testimonio de Fabián, el médico que lo atendió nunca mencionó al VIH como tal, sino con la insinuación de la palabra *viral*. Me llamó la atención este detalle y contacté a Fabián cuando redactaba estas líneas, buscando profundizar más al respecto. Fabián me contó: “El que relaciono viral con VIH fui yo. Porque dije ¿que otro virus? Cuando ya habíamos descartado varias bacterias y varias lombrices y cosas por estilo ¿no?, pero fui yo en sí el que se hizo a la idea” (Fabián, comunicación personal, 2025).

Dos cosas me parecen importantes de este testimonio. La primera es en torno al papel de la información pero esta vez sobre los tratamientos ARV. Le insistí a Fabián sobre el porqué hizo esa vinculación entre la palabra viral y el VIH y me contestó que él podría pensar ahora, que fue porque tras la experiencia anterior, él ya entendía más sobre la enfermedad y en su opinión, podía hacerle frente, es decir, pensar en la posibilidad de estar infectado sin sentir tanto miedo y angustia como en la experiencia pasada:

Lo tomé hasta como con calma...ya no fue tan catastrófico como la primera vez, y yo creo que ahí me ayudó mucho la información (...) al final la información es poder, puedes tomar mejores decisiones, ver diferentes escenarios con información. Sin ella ...la ignorancia es mucho más grave y es peor, y puedes tomar peores decisiones. (Fabián, comunicación personal, 2023)

Sin embargo, ante este testimonio le pregunté a Fabián si entonces la notificación positiva la había vivido con toda tranquilidad, quizás pensando desde la experiencia de Gus. Y Fabián me contestó que no, que la notificación positiva también había sido algo con sufrimiento, pero no con la misma intensidad que la experiencia anterior. Es más, narra que incluso en la clínica le ofrecieron una intervención psicológica inmediata cuando le fue informado su diagnóstico o lo que se conoce como *primeros auxilios psicológicos*, una

intervención rápida que suele llevarse a cabo ante acontecimientos inoportunos y muchas veces catastróficos.

Pero Fabián se *sintió bien*, como dice, incluso calmado al saber el origen de su infección estomacal. Pero una hora después, al salir solo de la notificación, contactó con su terapeuta personal, con quien tenía un tiempo acudiendo por depresión, le contó y le pidió que lo recibiera. A Fabián le comenzó a preocupar que la noticia del diagnóstico empeorara el cuadro depresivo que llevaban trabajando unos meses atrás, aunque en ese momento se sintiera tranquilo.

Fabián dice: “quizás fue porque ya venía con la depresión”. Y quizás sea cierto esto. Pero me llama mucho la atención esa articulación entre un cuadro depresivo y *sufrir* un diagnóstico positivo a VIH.

En alguna ocasión, un activista cercano al seminario del doctorado hizo una crítica a mi guion de entrevista para esta investigación, en el cual yo usaba el término *estado serológico* en algunas preguntas. El activista sugirió que el término debería ser más concreto y presentarse como *estado serológico a VIH*, puesto que sin la aclaración podría tratarse del estado serológico de cualquier virus. Y dicha observación es correcta. Pero además, según su opinión, no era solamente una aclaración técnica: señaló que seguir asumiendo que el término *serológico* por sí solo puede reemplazar a la mención del VIH, sobre todo cuando se habla de poblaciones *gais*, es una enunciación discriminatoria que sigue estableciendo al padecimiento como algo casi inherente a la homosexualidad por un lado y por otro evita la enunciación de la enfermedad con todas sus letras, como una suerte de *discreción moral* que invisibiliza a las personas que vivimos con el virus.

Al recordar esta observación articulada a la experiencia de Fabián, yo me pregunto qué tan encarnada está en nosotros los varones homosexuales, los jotos, los maricas o como sea grato enunciarnos, esa especie de norma que vincula al VIH/sida como algo casi inherente al ejercicio de nuestra sexualidad.

Ya había insinuado líneas atrás esta idea, pero aquí quisiera ampliarla un poco más. Me gustaría plantear a esa suerte de *ficción de inherencia entre el VIH y la sexualidad entre varones* como una especie de *trauma social* que se ha gestado desde inicios de los 80 cuando aparece la pandemia del VIH/sida. Una especie de presencia permanente, diáfana o no, que se mueve sobre todo entre los sujetos homosexuales de mediana edad como los que colaboramos en este trabajo, es decir, aquella generación que nació, creció y se hizo adulta a la par de la pandemia o que por su fecha de nacimiento, el padecimiento fue y es una presencia siempre a considerar cuando se trata de vivir la sexualidad, un registro muy distinto por ejemplo, a aquella generación nacida en los 1950, 60 o principios de los 70, que vieron su sexualidad modificada de abrupto con la llegada de tal pandemia. Porque a diferencia de tales generaciones, quienes nacimos y/o fuimos menores en los albores de la pandemia, no desarrollamos nuestra sexualidad lejos de su presencia. Se trata pues de un trauma que se

materializa a partir de múltiples prácticas y escenarios como los de prevención: las pláticas escolares, las campañas que reparten preservativos, etcétera y que se instala en los espacios de encuentros sexuales entre nosotros.

Un trauma que se articula a las condiciones emocionales previas al diagnóstico positivo como la depresión de Fabián o la esquizofrenia de BP, porque no solo es un diagnóstico en el registro de lo biológico si no que, como han narrado las experiencias de los colaboradores, es al mismo tiempo una *sacudida* emocional y habilita la circulación de determinados afectos. Es un trauma que se *viste* de *castigo* o *profecía cumplida* en el sexo entre varones y que adhiere a nosotros sentimientos como la culpa, el pesar o el arrepentimiento, que resultan complicados de soltar en la mayoría de los casos, tal como sucede con otros traumas. En ese sentido, suena lógico que aunque padecer la enfermedad ya no es una sentencia de muerte, su notificación se sigue, en la mayoría de los casos, sintiéndose como tal. Aunque quienes vivimos con el virus ya no tenemos los días contados e incluso podemos *soñar* con planes a futuros lejanos y con la vejez, algo sucede si es planteado como un trauma: una línea es cruzada, el cuerpo se establece en otro lugar cuando se recibe la notificación positiva a VIH, a pesar de los avances clínicos y de la indetectabilidad.

Porque pese a todo ello, tras el diagnóstico positivo a VIH, el cuerpo se establece en otro lugar del que estaba. Es concebido por nosotros mismos como distinto a los demás a pesar de la exitosa fórmula I=I (indetectabilidad es igual a intransmisibilidad).

Esta idea del *trauma social* para pensar al diagnóstico positivo a VIH/sida en los varones homosexuales, es un diálogo con la propuesta de Anne Cvetkovich (2018) quien construye un enfoque queer del concepto de trauma, tratando de alejarse de las concepciones clínicas. Para la autora el trauma no es solo un evento catastrófico, sino que al mismo tiempo es una experiencia cotidiana y socialmente situada. Eso significa y es lo que más me agrada de la propuesta de Cvetkovich, que para ella el trauma no solo paraliza, también moviliza a los sujetos, porque echamos a andar una serie de estrategias para hacerles frente. La gente hacemos cosas para enfrentar al trauma en nuestro día a día, para poder vivir con ello.

Y esta idea me gusta mucho para plantear cómo Jasón decide buscar su independencia tras recuperarse de la fase de sida, Caín pese a vivir con cautela sigue desarrollando una carrera profesional policiaca y está al tanto de su familia y de su relación sentimental. En diferentes registros y en diferentes grados, la gente hace cosas para seguir aun con el trauma. Pese al miedo, pese a la serofobia, las estrategias se hacen presentes. Y es que estas acciones dan cuenta de que existen vivencias más allá del diagnóstico que no solo hacen frente a despliegues de poder de lo sanitario como dispositivo, sino que por ello mismo son dignas e importantes de exponer.

Por eso creo que plantear al VIH y su diagnóstico positivo como un trauma social, en diálogo con Cvetkovich (2018) resulta interesante e importante. Sobre todo porque permite reflexionar acerca de una particularidad: a diferencia de otros sucesos traumáticos tal como

se entiende desde perspectivas como la psicológica, este trauma social, al ser una suerte de vinculación histórica, está presente antes de que suceda el golpe, antes de recibir el diagnóstico positivo. Y como trauma social histórico, habrá quien este al pendiente de él y quien desee evitarlo lo máximo posible. Y habrá quién, si es que se llega a dar el suceso, es decir el diagnóstico positivo a VIH, haga uso de herramientas con las que cuenta, para que el golpe no sea tan fuerte. Lo vimos con Gus, a quien le ayudó la información, el conocer amigos que ya vivían con el virus y bajo tratamiento y su familiaridad con los temas clínicos en su desarrollo de vida.

Y habrá otras experiencias que echarán mano de otras estrategias como el uso de la metanfetamina. Aunque como he venido repitiendo, en esta primera parte me interesa más discutir la experiencia VIH, resulta inevitable la articulación del cristal en las experiencias documentadas. Tal es el caso de Mauricio.

A Mauricio lo conocí a principios de marzo del 2024, mediante la aplicación Grindr. Mau, como le gusta que le llamen, tenía en ese entonces 43 años (aunque en un principio había referido menos edad) . En sus fotos de perfil de la aplicación, Mau se muestra usando pantalones *leather*, ropa interior de vinil, licras deportivas y bikinis coloridos. Me llamó mucho la atención el uso de iconos o emojis en su perfil, los cuales son utilizados para dar a entender el consumo de metanfetamina: diamantes, un cubo de hielo, un copo de nieve, un anillo con una piedra preciosa, etc. La aplicación prohíbe el uso de la palabra *cristal*, *crico*, *metanfetamina*, por lo que los usuarios se las han ingeniado para dar a conocer su gusto por el sexo con cristal. Aunque esto es un tema que abordo con mayor profundidad en la segunda parte de esta tesis, me parece importante referir aquí este dato dada la importancia de estas sustancias en la experiencia de Mauricio.

Mau fue muy honesto y me pedía un encuentro sexual a cambio de dar información sobre su experiencia. Fue una oferta que no descarté, pero no se dio porque él pensaba que yo también era consumidor de cristal y que el estudio tenía que ver más con el registro de las experiencias corporales de la sustancia. Cuando le quedó claro el objetivo del trabajo, accedió a que yo lo visitara en su domicilio, en una unidad habitacional del sur de la capital poblana. Sin embargo este preámbulo de nuestra entrevista es importante porque creo cierta atmósfera de familiaridad entre ambos las veces que nos encontramos para realizar las entrevistas.

Cuando iniciamos los encuentros, Mau vivía solo y se encontraba desempleado. había terminado su contrato laboral con un ayuntamiento de un municipio cercano a la capital así que mientras encontraba otro trabajo, había decidido pasar unos días en su casa descansando.

Cuando lo conocí me di cuenta que era alguien más alto que yo, aproximadamente 1.70 metros de estatura, complexión media, piel morena clara, cabello negro y un tanto con cana, barba cerrada también entre canosa. Estaba vestido con unas licras color negro y una playera holgada. Me abrió la puerta muy cautelosamente y me explicó que dado que nunca había

pasado tanto tiempo solo en su casa, no confiaba en la discreción de sus vecinos, pues temía que estuvieran atentos a quien entraba y salía de su hogar.

Mau me pidió que las entrevistas fueran en su recámara. Su vivienda tiene proporciones pequeñas pero es bastante cómoda para ser habitada por una sola persona. Así que la recámara resultó ser un buen lugar para las entrevistas. Generalmente Mau se recostaba en su cama, que abarcaba casi toda la habitación y yo me quedaba en un silloncito al pie de la misma, junto a la ventana. La comodidad de la cama me fue explicada por Mau desde el principio: Mauricio vive con otras comorbilidades además del VIH, tales como diabetes y luego de terminar las entrevistas formales, llegamos a platicar sobre un diagnóstico de cáncer de páncreas. Por lo que además del agotamiento por el uso del cristal en horarios nocturnos, Mau frecuentemente se siente cansado por la diabetes, por lo que incluso algunas entrevistas fueron interrumpidas al ver su agotamiento.

En este marco, platicamos sobre su infección de VIH. Hasta antes de la pandemia, Mau llevaba una relación de pareja con Noé, un chico de su misma edad con el que había compartido alrededor de 6 años juntos. Pero al tiempo, Mauricio se sintió sin ánimos en la relación sobre todo en el ámbito sexual. Fue ahí que descubrió el placer sexual con el uso de cristal. Durante muchos años consideró que aunque su noviazgo había sido una bonita relación, no se sentía satisfecho sexualmente. Y esta conclusión sucedió cuando fumó cristal por primera vez y sintió lo que él mismo refiere como una especie de liberación sexual, no solo dándole confianza en sí mismo durante los encuentros sexuales sino también dando rienda suelta a alguna fantasías eróticas como el uso de prendas de licra y piel.

Cuando Mau comenzó a experimentar de esta forma su sexualidad, decidió terminar la relación con Noé. Ésta culminó en buenos términos, por lo que Noé sigue siendo una presencia de apoyo para Mau y frecuenta a su familia. Al parecer Noé accedió terminar la relación porque no era de su agrado el uso de sustancias, pero permanece cerca de Mauricio.

Así, Mau comenzó a hacer uso de aplicaciones como Grindr e incluso del servicios de trabajadores sexuales por medio de la página *mil erótico*, espacio donde es posible contactar tales servicios. Así mismo, se hizo de un círculo de amigos cercanos con quienes en algún momento tuvieron sexo y luego se tejieron amistades. En este marco, el cual describiré más a detalle capítulos venidero, Mau comenzó a tener ciertas prácticas de cuidado en atención al VIH. Se volvió frecuente la realización de pruebas rápidas.

Por ello, cuando Mau se realiza una de estas pruebas de manera semestral obteniendo un resultado positivo en el 2021, en pleno escenario de la pandemia por el COVID19, no fue necesaria la presencia de IO, ni el sufrimiento de estas. Aquí, la sospecha estaba adherida a ciertas condiciones: el ejercicio de su sexualidad sin preservativo, el sexo en grupo, el consumo de cristal y el contrato con trabajadores sexuales. Una sospecha distinta. Una sospecha constante que se mantiene con el tiempo y ante la cual se está en constante vigilancia, mediante la realización periódica de pruebas de detección. Por eso me agrada la

idea de pensar al VIH como un trauma social que existe antes del evento catastrófico materializado en el diagnóstico, porque en el caso de Mau, la presencia del VIH está pero no hace circular al miedo y la angustia como en otras experiencias, más bien se asume como una posibilidad que incluso se espera puede llegar en cualquier momento.

Y es que aquí es donde sucede lo característico de la experiencia de Mau. Cuando le pregunté si la había pasado mal cuando recibió el diagnóstico positivo, me contó que solo fue un lapso breve. Unas horas dice se *paniqueó*. Por unas horas pensaba que con una gripa, se habría la posibilidad de morir. Pero luego, señala, pensó en que era mucho más riesgosa su condición diabética, porque requería algo más que tomar pastillas. Y luego recordó que le había estado ayudando a no preocuparse por la diabetes: el cristal.

No quiero decir aquí que el uso de sustancias como la metanfetamina, sea el método recomendado para no sufrir los diagnósticos positivos a determinadas enfermedades como el VIH. Lo que pretendo es dar cuenta de cómo, en diálogo con Cvetkovich, la gente echa mano de ciertas estrategias y recursos para hacer menos dolorosa el enfrentamiento a aquello que pueda sentirse como un trauma y en el caso de algunos, como Mau, es el uso de la sustancia uno de los recursos. Que por otro lado, tampoco pretendo dar por sentado que el inicio del consumo de una sustancia como la metanfetamina sea siempre la búsqueda de un *alivio*. La gente iniciamos consumos de psicoactivos desde diferentes registros y por múltiples causas. El mío por ejemplo es un consumo psiquiátricamente regulado, bajo un esquema médico y un marco de referencia sumamente distinto al uso del cristal. Además el consumo de Mau es solo una de las cosas que se articulan. Ya él mismo lo menciona: le preocupa más su condición de glucosa, y esa experiencia ayuda a que el diagnóstico positivo a VIH haya sido vivido con menos sufrimiento, solo por unas horas.

Volveré con la experiencia más detallada de Mau un poco más adelante, por ahora no quiero pedir el hilo de la reflexión en torno al papel que el cristal ha jugado en algunos casos aquí narrados, sobre todo en aquellos en que la notificación positiva a VIH fue vivida con relativa tranquilidad. Tal es el caso de Eduardo.

A Eduardo lo conocí en los primeros días del año 2023. Me encontraba en Teziutlán con mi familia por inicio de año y como ya lo he referido, aproveche para poder contactar a colaboradores a través de Grindr también en mi ciudad de origen. Eduardo respondió el anuncio de la aplicación, por lo que empezamos a conversar un poco para conocer si podía participar de lleno en el trabajo. Me comentó que él vivía con VIH y llevaba algunos años consumiendo cristal, habiendo sucedido primero el consumo de la sustancia.

Quedamos de vernos al medio día, en el atrio de una de las iglesias de la ciudad. Decidí ese lugar porque nos quedaba relativamente cerca a ambos y porque generalmente es un espacio abierto libre de personas, por lo que considere esto para que nuestra plática fuera cómoda. A la hora acordada Eduardo llegó al lugar, vistiendo un pantalón de mezclilla, playera blanca y una gorra. De no ser porque ya me había comentado que tenía en ese

momento 27 años, fácilmente lo hubiera confundió con un adolescente de secundaria. Es delgado, mide unos 1.70 metros de estatura, su tez blanca y un trato muy amable. Ese día llevaba un cubrebocas que no se quitó en toda la entrevista, y la gorra solo dejaba ver un poco de su cabello lacio, delgado y castaño. Debo mencionar que ya en la segunda entrevista, pude ver que tiene un rostro con facciones delgadas, ojos café claros y con pestañas resaltantes. Pero aunque desde la primera entrevista no lo vi bien del todo, desde ahí consideré que Eduardo cumplía con los requisitos de un prototipo que ha resultado muy popular últimamente en el ambiente gay: los *twinks* o chicos que lucen menores, menudos y hasta delicados.

Como dije el trato de Eduardo llegó a ser muy dulce. Aunque le invité a comer algo en un restaurante cercano a la iglesia donde nos encontramos, amablemente prefirió que platicáramos en una de las bancas de piedra, bajo la sombra de un árbol. Ahí pudimos dialogar de muchas cosas. Una de las que más me asombraron fue que Eduardo me contó que vivió mucho tiempo con el virus y consumiendo cristal sin ingresar a un tratamiento para ninguno de los dos padecimientos. Aunque él es originario de Teziutlán, anteriormente vivía en Guadalajara, a donde se había mudado con su entonces novio. Y aunque la relación no continuó, él se quedó viviendo solo en la capital de Jalisco. Eduardo proviene de una familia donde la madre crio sola a sus hermanos y a él, dada la ausencia del padre en el núcleo, pues se trató de una relación extramarital. Es bajo estas condiciones que Eduardo emigra y se instala en Jalisco, manteniendo solo comunicación con su hermana mayor, quien además fue una figura de crianza y por ello el vínculo tan fuerte que tienen. En Guadalajara es donde Eduardo supo de su diagnóstico:

Como que me salió un granito en el cuello y no se me curaba, fui con un doctor particular y me mando a hacerme estudios y me mando a hacerme el estudio del VIH, me dan los resultados, voy al doctor y pues me dice que es. Pero fue un particular, y ya me dice el doctor que pues sí, salí positivo. Esa hoja yo la rompí porque los estudios los quería ver mi hermana, entonces todos los estudios los demás se los di, le dije nada mas es un granito, pero era por los momentos que habíamos pasado. (Eduardo, comunicación personal, 2023)

La única sintomatología que tuvo Eduardo fue esa erupción cutánea en el cuello. La IO no se vivió desde el sufrimiento, si acaso desde la preocupación de que no sanaba la herida y por tanto la sospecha viene del médico. Cuando le pregunté a Eduardo porque consideraba que el médico había planteado la posibilidad de VIH como una causa de la infección, me dijo que no lo tenía claro, pero desde el principio le había planteado al doctor sobre su orientación sexual. Por tanto, se trató de una sospecha del médico que muy bien podría estar articulada a los prejuicios sobre la sexualidad entre varones.

Eso por un lado, por otro me llamó la atención cómo Eduardo ocultó su diagnóstico positivo a VIH a sus familiares. Para ese entonces Eduardo ya consumía metanfetaminas luego de terminar su relación de pareja y vivir solo, y sospechaba que algo andaba mal al estar consciente de que había experimentado sesiones de sexo sin condón y en grupo durante el consumo de cristal. Sin embargo decidió en ese momento no comentar nada a su familia, mucho menos a su hermana con quien era más cercano. Pero además destruyó la hoja de diagnóstico y no buscó ingresar a ningún tipo de tratamiento. Cuando hablamos del porqué de esta decisión, me dijo que él no se sentía mal físicamente. La lesión en el cuello había sanado y el hablar de su diagnóstico a su hermana significaba abandonar su vida en Guadalajara, pues estaba seguro que le obligarían a volver a la entidad poblana y no está dispuesto a ello en ese momento.

Pero además él dice: *púes me valió madres* y cuando le pregunté el porqué, luego de pensarlo un breve momento contestó que en ese tiempo consumía mucho cristal, tanto para el sexo como para aguantar las jornadas laborales que muchas de las veces le exigía doblar turnos en horarios nocturnos. Aquí es importante señalar que en ningún momento estoy desechando la idea de la desatención en el autocuidado de los sujetos usuarios de sustancias como el cristal, es resultado del consumo de la misma. Porque de hacerlo estaría negando las condiciones de vulnerabilidad en la que se establecen los sujetos consumidores. Lo que estoy intentando hacer más bien, es entender al consumo de cristal como una estrategia de la cual los sujetos hacen uso, para enfrentar condiciones adversas en su salud.

Aunque aquí resulta destacable que Eduardo no se inscribe al TARGA y pasa mucho tiempo con el virus y consumiendo cristal sin ingresar a un tratamiento para ninguno de los dos padecimientos. Eduardo decide quedarse en Guadalajara pero su consumo se incrementa considerablemente. Los días que no trabajaba la pasaba en sesiones de sexo y consumo. De hecho habitaba ya con el dealer, la persona que le vendía el cristal. Poco a poco la situación se fue complicando a grado tal de abandonar su empleo, comía mal y descansaba poco. Fue precisamente la complicación de su estado de salud por el consumo de cristal y que comenzaron a complicarse con las condiciones serológicas en VIH, lo que derivó en decidir regresar a Teziutlán, su ciudad natal en Puebla. Desde Jalisco, decidió buscar a su hermana para que lo auxiliara:

Nada más le dije: *deposítame y yo te explico llegando* ...me vieron físicamente muy mal cuando llegué, yo llegué bajísimo de peso, con manchas en la cara, en el cuerpo, por la misma reacción alérgica que yo tenía [por el uso de metanfetamina]⁹⁴. Entonces pues voy con doctores particulares, me mandan a hacer estudios y sale que tengo una anemia como de 7.5 era muy, muy bajo. Pero me inyectaron hierro, vitaminas, pero nada funcionaba, o sea como que subía de peso pero luego volvía a bajar. Al médico le dije del VIH y del consumo, lo que había pasado. Lo que pasa es que aquí en

⁹⁴ Los corchetes son míos.

Teziutlán no hay un especialista, no hay psiquiatra, ni especialista en adicciones. De hecho, si yo llego a tener una crisis o cualquier cosa, me tengo que ir a Puebla. (Eduardo, comunicación personal, 2023)

En estas condiciones, es decir, al no observar una reacción favorable en el tratamiento para recuperarse de la anemia, Eduardo tuvo que decir a la autoridad médica su estado serológico a VIH, y el hecho de que no contaba hasta ese instante, con un tratamiento ARV, por decisión personal, así como su historial de consumo de metanfetaminas. De hecho, al momento en que tuvimos nuestra primera plática Eduardo no tenía ni un mes de haber ingresado a ambos tratamientos, en la capital poblana. Su hermana le ayudó a platicar con el resto de su familia (su madre, su hermano y su padre) sobre las condiciones en que Eduardo había retornado del estado jalisciense, omitiendo el consumo de cristal.

Por cierto, este detalle me pareció interesante y le pregunté la razón. Yo esperaba escuchar que le era difícil aceptar su consumo frente a sus familiares pero más bien, Eduardo me contó que algunos de sus familiares se dedican al narcomenudeo en la ciudad, por lo que al saber que él es usuario, seguro complicaría su situación con su familia. Este detalle me interesó mucho para que en la segunda parte de esta tesis, toco el tema de la vinculación y exposición de los colaboradores con las estructuras ilegales de venta de metanfetaminas.

En muchas de las experiencias hasta aquí narradas, ante la sospecha que moviliza o inmoviliza a la confirmación a través del diagnóstico, algunos de los sujetos hacen uso de su agencia y deciden ocultar algunos aspectos de la experiencia. Eduardo oculta el diagnóstico durante un tiempo y no busca tratamiento, luego lo comparte solo con su hermana pero a la vez omite el tema del consumo. Y la razón por que se oculta tanto la sospecha como el diagnóstico confirmado son variadas como se ha visto.

Pero me llama la atención que estos ocultamientos o incluso evadir las sospechas a la infección, mucho tienen que ver con cierto temor a enfrentar a este *trauma social* pero también parecen estar articulados con los vínculos afectivos y de cuidado con los familiares y seres cercanos. Son las tías quienes reaccionan a la delgadez corporal de BP, es el abuelo quien hace uso de todos sus recursos para recuperar a Jásón, es el novio quien empuja a Caín a la confirmación del diagnóstico. Y a pesar de que Fabián vive solo la experiencia de la IO y el diagnóstico positivo, existe por ahí un amigo que le ayuda a ser atendido en el hospital general y al salir, Fabián busca primero a la terapeuta para que entre otras cosas le ayude a cómo decirle a su familia la fuerte noticia.

Considero que esa evasión ante la sospecha, ese ocultamiento del diagnóstico, si están sostenidos por el miedo, pero al mismo tiempo por una suerte de *preocupación por las y los otros*. Se teme que la noticia cause un impacto tal en las dinámicas de los seres cercanos que sea difícil de manejar, a pesar de que en todos los casos aquí expuestos, los seres cercanos

han respondido con apoyo y vinculaciones fortalecidas. Esto resulta más evidente con la experiencia de Víctor.

Alrededor de febrero del 2024, Enrique, un amigo mío de hace muchos años y a quien le había contado de mi trabajo de investigación y que colabora con algunas contribuciones en este texto, me llamó por teléfono para decirme que había hecho una visita al motel Del Mar, famoso por ser un lugar de encuentros y de consumo de cristal en la ciudad (y del cual profundizo en la segunda parte de esta tesis) y había conocido a alguien idóneo para mi trabajo.

Me contó que luego de tener sexo, el chico le había dicho que vivía con VIH y durante el encuentro había fumado cristal. Así que mi amigo le contó de mi trabajo y que seguro me interesaría contactar con él, a lo que el chico aceptó. (de este proceso también profundizo más adelante)

Luego de contactar con Víctor y explicarle a detalle en qué consistía el trabajo, quedamos de realizar las entrevistas en el motel referido los lunes por la mañana, pues él acostumbraba quedarse en dicho establecimiento los días domingos para abandonar el cuarto antes de las 10 de la mañana. Así que teníamos un margen de 2 horas para realizar nuestras pláticas.

Cuando ingresaba al cuarto del motel, muchas veces Víctor aún estaba bajo los efectos del cristal, lo cual es un tema que quiere desarrollar más adelante. Pero nuestras entrevistas siempre fueron muy gratas e interesantes. Desde la primera entrevista Víctor me recibió vestido con short y camisetas. Con 46 años, tendrá mí misma estatura (1.60 metros) porque cuando nos abrazábamos para despedirnos siempre lo percibí a mi par.

Tiene una complexión delgada derivada del consumo de cristal, lo supe porque en alguna de las entrevistas me mostró fotografías de él años atrás, antes del consumo de metanfetamina, luciendo visiblemente más robusto. Pero no deja de ser una persona atractiva, sobre todo por su piel morena, el cabello un poco ondulado y corto y su barba en forma de candado pero sobre todo por unos ojos grandes y un tono de voz rasposa, un tanto dice él, por el consumo de cigarro, que resultan bastante atrayentes.

Además de ello, Víctor es uno de los colaboradores más masculinos, lo cual he considerado que no es dato menor, si se recuerda desde la narrativa de mi experiencia personal el peso que tuvo y tiene la expresión de la masculinidad en varones gais nacidos alrededor de hace 4 décadas.

Al momento de nuestras entrevistas, Víctor se desempeñaba como cocinero independiente, teniendo su propio establecimiento de comida en una de las ciudades turísticas más importantes de la zona metropolitana de Puebla, y aunque tenía una casa en esa ciudad, tenía su domicilio con su madre, en la capital poblana.

En la experiencia de Víctor cuando sucede la infección por VIH, resulta muy particular el manejo del ocultamiento y la sospecha. Fue alrededor del 2010, cuando Víctor comienza a tener diarreas recurrentes y un adelgazamiento corporal muy notorio. Dicho

adelgazamiento, desgaste y cansancio empezó a hacerse muy evidente en dos contextos muy importantes para Víctor: su lugar de trabajo (en ese entonces era cocinero en un restaurante) y su grupo familiar (quienes hacían comentarios sobre su estado de salud en reuniones, preocupados por él).

En ese entonces Víctor vivía con su pareja, un chico de la religión evangelista, con quien tenía una excelente convivencia junto con la familia del novio. Hacía un tiempo que su relación se había abierto sexualmente sin que haya sido un acuerdo formal, sino que sencillamente ambos sabían que visitaban lugares de encuentro e incluso habían tenido sexo en trío.

Cuando Víctor comienza con IO, pierde alrededor de 30 kilos y comienza a sentirse agotado por lo que se realiza la prueba en un laboratorio privado, bajo la tutela de un médico particular. Se trataba de un médico alópata y homeópata, por lo que el primer tratamiento de Víctor no fue con ARV sino con tratamientos alternativos. El plan de él y su pareja era que la noticia sería informada a sus seres queridos hasta que hubiera una recuperación notoria. Sin embargo ésta se vio lenta, así que en una visita de un familiar médico de Víctor, éste fue directo en decir que eran características de VIH, por lo que Víctor tuvo que reconocer que ya contaba con un diagnóstico positivo.

La noticia se compartió entre los familiares sobre todo para apoyarlo, pues para esas fechas ya había perdido su trabajo y dependían solo de los ingresos de su novio. Además, en esos años existía en México una enorme incredulidad sobre la existencia del virus. Víctor cita en su narrativa una entrevista del periodista Ricardo Rocha que aún puede encontrarse en la plataforma de videos YouTube, donde Rocha cuestiona la existencia del padecimiento mientras habla con una autoridad en la materia. Estas condiciones ,de acuerdo con Víctor, complicaron mucho el compartir el diagnóstico, pues había quien decía que no era necesaria la adscripción farmacológica e incluso que era un invento del gobierno.

Pero aunque la noticia circuló por la familia de ambos, hubo una petición especial: no decirle nada a las madres de cada uno de ellos. Víctor dice que esta decisión se debió a que ambas los habían apoyado desde siempre, económica y moralmente. Así que consideraron que recibir la noticia sería un golpe muy duro para ellas. Además fue más una petición del novio de Víctor quien no se había realizado aun la prueba, pero que resultaba obvio que también había adquirido la infección y de conocerlo su madre, sería muy catastrófico.

Al final ambas madres lo supieron cuando las cosas mejoraron y Víctor se adscribió al TARGA. Pero me llama mucho la atención este tipo de decisiones que manejan el ocultamiento del diagnóstico a VIH/sida.

Claro está que esto sucede también con otros padecimientos sobre todo mortales, como en el caso del cáncer, que suelen ser en la mayoría de los casos notificaciones muy fuertes para familiares y seres queridos del paciente. Pero insisto en la cuestión de que el VIH no es ya una condición mortal. No me detendré por ahora a plantear lo que considero sigue sosteniéndola como tal. Lo que me interesa de la experiencia de Víctor es seguir reflexionando cómo la evasión de la sospecha y el ocultamiento del diagnóstico esta también relacionada a los vínculos afectivos con los seres queridos, como una forma de agradecer el

cuidado que la gente ha proporcionado: no querer angustiarlos, no querer preocuparlos, evitarles fuertes golpes emocionales.

Y más sobresaliente es que, por lo menos en estas experiencias narradas, la respuesta de los círculos cercanos fue la movilización, el sostén y el apoyo, a pesar de que los miedos que paralizaban a los sujetos se vieran confirmados. Jason fue apoyado pese a confirmarse su orientación y actividad sexual, Caín fue auxiliado pese a confirmar su infidelidad en su relación de pareja, lo mismo que Carlos. Y Víctor mantiene una relación estrecha con su



Imagen 2.2 Fotografía de Therese Frare para la marca Benetton (1990)

madre hasta la actualidad.

Los vínculos de apoyo y sostén en estas experiencias se movilizan pese, de nueva cuenta, a que el VIH no es ya un padecimiento mortal. Por supuesto es que existen -y no es mi intención invisibilizarlas- las experiencias donde los núcleos familiares no

solo niegan el apoyo sino que incluso sucede la expulsión y el abandono de los pacientes recién diagnosticados. Pero incluso en esos casos habría que poner atención a los vínculos afectivos y de apoyo que emergen ante tales condiciones fuera de los lazos consanguíneos.

Y me parece que esto también puede entenderse desde la noción de *trauma social*. Mucha gente conoce o por lo menos ubica la fotografía que Therese Frare tomó en 1990 para la marca Benetton, a David Kirby en sus últimos días de su vida antes de fallecer por sida, rodeado de sus familiares que lloran angustiados y a la vez amorosos [fig. 2.2]. Creo que este registro fotográfico da cuenta de cómo en el inicio de la pandemia y en sus etapas más crudas, el VIH /sida no solo afectó a los cuerpos con la infección. También dejó una huella dolorosa para los familiares y los círculos de personas que decidieron permanecer cerca de los pacientes. Y dicha huella ha permanecido ahí hasta la actualidad, también a manera de trauma.

Es decir, el miedo a estar cerca de alguien con VIH /sida en la actualidad, cuando ya no es un padecimiento mortal, no solo hace circular aspectos serofóbicos. También a manera de trauma, moviliza los vínculos amorosos de apoyo y sostén, aun a sabiendas que es un padecimiento crónico. Una huella dolorosa que permanece encarnada y que en muchos casos moviliza a las personas dentro del registro del apoyo, el cuidado y la vinculación afectiva.

En algún momento del doctorado, un compañero del mismo se comunicó conmigo por una situación especial: una amiga de él residente de la CDMX, tenía un primo que acababa de ser diagnosticado positivo a VIH. Cuando ella se lo contó angustiada, él me pidió hablar con ella. Así lo hice, explicándole la importancia del diagnóstico oportuno, el tratamiento ARV y la condición indetectable. A la vez le otorgué el contacto de Alaín Pinzón, un de lxs activistas en torno al VIH/sida más reconocidxs⁹⁵ de la república mexicana, también residente de la capital del país. Alaín atendió su caso y los orientó hasta la adscripción del chico al tratamiento. Ni el paciente recién diagnosticado, ni su prima, ni mi compañero de doctorado, ni lx activista nos llegamos a ver y/o conocer en persona. Apenas y cruzamos algunas palabras a través de nuestros celulares. Pero los sistemas de sostén se movieron entre quienes nos vimos involucrados. Por supuesto que mi participación en esta trama no se compara con el trabajo que realizó Pinzón, pero me parece oportuno para reflejar que la serofobia no es lo único que se sostiene a más de cuatro décadas que llevamos cohabitando con la pandemia, cuando a la puerta llama el diagnóstico positivo a VIH/sida.

Ahora bien, retomando la narrativa de Víctor, habría que prestar también atención a que su diagnóstico sucede en un contexto particular. Antes de la enunciación de indetectabilidad y la intransmisibilidad en el 2011, los diagnósticos positivos a VIH fueron vividos con mucha diferencia. Aunque se sabía de la eficacia del medicamento y se conocían muchos casos en que la gente llevaba una buena sobrevida, las notificaciones positiva a VIH se consideraban bajo una enorme y latente posibilidad de muerte a corto o largo plazo. Incluso fue un discurso frecuente, como se señaló en el capítulo primero, de las autoridades clínicas como una estrategia de control de los pacientes. Tal contexto resulta importante para considerar las reacciones de la familia y los círculos cercanos ante la notificación de un familiar frente al VIH.

En ese sentido Jasón , Víctor y Pancho recibieron su notificación en ese tiempo, en la década del 2000- 2010. Como mencioné en el capítulo anterior, Pancho es mi mejor amigo y hemos creado una vinculación a partir de nuestra convivencia en la misma residencia. Así mismo y al igual que Fabián, Pancho también colaboró con mi trabajo de maestría sobre sexualidad entre varones y el consumo de poppers, entre el 2018 y el 2020. Así que ahora también formaba parte de este estudio, porque de alguna manera las múltiples y complicadas experiencias que habíamos vivido desde el inicio de su consumo ha sido una razón importante para mi interés por el tema. De hecho, durante la mayor parte de la elaboración de este trabajo, Pancho ha estado lidiando con el uso de cristal y las consecuencias del mismo y muchas de sus entrevistas aquí registradas sucedieron bajo los efectos de esta sustancia o en proceso de

⁹⁵ Aunque a lo largo de todo el texto no hago uso de la X para terminaciones genéricas y opto por enunciar ambos artículos (masculino y femenino) en esta ocasión si recurro a este recurso porque así es como Alaín suele usarlo y me parece un signo de respeto y admiración que le tengo personalmente,

recuperación de días de consumo. Es más, nuestro periodo de entrevista formal terminó cuando Pancho solicitó ser internado en una clínica de Rehabilitación de la ciudad.

Al momento de la realización de las pláticas, Pancho contaba con 50 años de edad y a su edad mantiene una complexión semi musculosa, producto de años de entrenamiento en el gimnasio que ha mermado sobre todo ante el consumo de metanfetamina el cual inició en el 2016 pero encrudecido durante la pandemia del COVID19.

De piel morena, aproximadamente 1.77 de estatura, debido a la pérdida de pelo de manera natural opta por raparse. Tiene ojos negros con pestañas abundantes y caídas así como cejas bien dibujadas. El resto de su imagen resulta un tanto interesante: alrededor de 1996 empieza una relación sentimental con un chico que se dedicaba al estilismo y la peluquería. Ahí, Pancho comienza a aprender el oficio y para 1998 monta su estética de manera independiente. Esta actividad representó para Pancho una oportunidad para vivir mejor. Solo cuenta con primaria trunca, así que antes de ser estilista, el oficio de albañilería era su fuente de ingresos. Por lo tanto, el estilismo y la peluquería resultó ser una opción económica bajo mejores condiciones.

Como estilista se estableció al sur de la ciudad, en una colonia donde los índices de inseguridad eran altos. Así que decidió entre otras cosas, adoptar una imagen más ruda. Fue cuando comenzó a hacer pesas, raparse la cabeza, llenar su piel de tatuajes (brazos, espalda, cuello, pecho y la nuca) perforaciones en la ceja, labio, orejas y pezones. Se dejó crecer la barba y al parecer eso le daba un aspecto intimidante. Temía que un aspecto bonachón y hasta femenino le hiciera vulnerable en una calle donde los asaltos a negocios eran comunes.

Pero además esta imagen que exaltaba una masculinidad ruda, como he mencionado el caso de quienes somos mayores de cuarenta, resultaba muy útil para poder ligar con otros varones y para considerarla parte del atractivo sexual y el capital erótico. Así que Pancho trata de mantener esa imagen hasta la actualidad.

Pancho se infecta, como mencioné en el capítulo anterior, alrededor del 2008. En su caso no hubo IO, porque fue parte de su rutina de autocuidado que mantenía desde el 2006. Algunos años antes, se había dedicado al trabajo sexual en el Paseo Bravo, uno de los parques más famosos del centro de la ciudad de Puebla. De igual manera le gustaba mucho *chichifear*, es decir, obtener algo de dinero y regalos, así como paseos y salidas a comer por parte de varones sobre todo mayores, a cambio de ser amigos y compañía sexual. Por ello frecuentaba los lugares de encuentro de la ciudad y las zonas de *cruising*.

Pero fue alrededor del 2006 que conoció a Héctor, con quien tuvo una relación hasta el 2011. Héctor motivó a Pancho a que de manera semestral se realizara las pruebas de detección. Por ello en el 2008, durante uno de esos ejercicios de prueba, una de ellas resultó positiva. Pancho menciona que hasta cierto punto lo tomó con tranquilidad. Pero una tristeza comenzó a gestarse. Pocos años atrás alrededor del 2004, había perdido a su madre principalmente por carecer de recursos suficientes para ser atendida por cáncer.

Así que cuando recibió la notificación, pensó en que había llegado el tiempo de reencontrarse con su mamá en otra vida y esta idea le ayudo a decidir reunir a sus hermanos y sobrinos y les comunicó su enfermedad. Para esos años, Pancho recuerda que el médico que lo atendió en el CAPASITS Puebla, le dijo que su esperanza de vida sería a lo mucho de 5 años más. Y eso fue lo que platicó con sus familiares. Pancho recuerda que lo tomaron con tristeza pero con tranquilidad. Pancho y su madre, se habían encargado de criar , entre muchas carencias y necesidades sin poder solventar, a sus hermanos y sobrinos hasta que éstos crecieron y formaron sus respectivas familias en el estado de Tlaxcala.

Pancho se gravó muy bien el tiempo que según los médicos le restaba de vida. Estaba juntando dinero para comprarse un coche, pero optó por comprar mejor el terreno donde poco a poco se ha construido la casa que habitamos. Pancho recuerda que esta decisión fue por pensar que antes de que su vida acabara, podría lograr *algo* y ese algo se materializaba en una propiedad.

Por ello cuando luego del 2011 se empezara a hablar de la indetectabilidad como una posibilidad de prolongación de la vida de las personas diagnosticadas, sus perspectivas cambiaron y el llevar el tratamiento derivó en algo más complejo que la simple toma de pastillas. Que por cierto, Pancho al igual que Víctor y Jasón, iniciaron sus tratamientos con la ingesta de hasta cuatro tabletas por día. Los demás a lo mucho iniciamos con dos tomas. Actualmente, la presencia de un esquema más actualizado en nuestro país, ha reducido la toma para la mayoría de las personas a una por día. Pero esto es un tema ya de cómo se lleva el tratamiento ARV en articulación con otros aspectos de la vida de los sujetos, tema central del siguiente capítulo.

Conclusiones del capítulo 2

En este segundo capítulo expongo la manera en que interactúan el consumo de cristal o metanfetamina con el despliegue de la atención sanitaria y los tratamientos en torno al VIH/sida.

A lo largo de esta sección de la tesis, expuse los inicios de la expansión del cristal en México, alrededor del 2013 , y su rápido crecimiento hasta volverse la droga de mayor consumo nacional en el 2025. También me interesó narrar cómo en la pandemia del COVID19 tuvo un rápido crecimiento vinculado al ejercicio sexual de varones homosexuales.

Eso lo comienza a plantear para muchas autoridades como una problemática en salud, por lo que espacios de atención sanitaria como el CAPASITS Puebla comienzan a desplegar mecanismos de identificación y atención para casos de usuarios detectados como consumidores de cristal.

En los ejemplos que pude registrar, en especial el chico que fue sorprendió en la farmacia de la clínica, me parece que representa la tensión entre el usuario consumidor y las estrategias de regulación de los cuerpos por parte del dispositivo de salud. también da cuenta de la agencia de los pacientes para poder articular prácticas de recomendación clínica con aquellas que son consideradas como riesgosas, y esto visibiliza que dicha agencia no es gratamente recibida por las autoridades sanitarias.

Pero también los ejemplos narrados exponen que no solo se despliegan por parte del CAPASITS estrategias de control sino otras que van dirigidas al cuidado y la atención sobre yodo en el caso de pacientes que sean leído bajo un registro del daño por la sustancia.

En cuanto a las experiencia de los diagnósticos positivos a VIH de los colaboradores, utilizo la noción de sospecha para dar cuenta de tales procesos. Establezco que sospechar que alguien vive con VIH o recién se ha infectado, es sobre todo una práctica política. Registro tres posibilidades de sospechar haberse afectado de VIH: que una autoridad sanitaria sospeche de su paciente a través de una lectura clínica, que un sujeto sospeche de otro a través de signos corporales y que uno o una misma sospeche de haber adquirido la infección por las llamadas infecciones oportunistas, otros síntomas del cuerpo o por ser sabedor de haber tenido prácticas sexuales sin condón.

Por medio de la sospecha como una práctica política, logro reflexionar y cuestionar diferentes puntos. Por ejemplo que la sospecha de estar infectado por VIH no es algo que necesariamente oriente a los sujetos a la búsqueda de un diagnóstico confirmativo. Y muchas veces no se acercan a este diagnóstico porque un resultado positivo no solo confirma la infección sino una serie de supuestos que llegan a funcionar como apartaos punitivos sobre

los sujetos. En ese sentido , es la carga histórica del VIH lo que parece desplegar tales aparatos punitivos .

De la misma manera, la sospecha también me permitió cuestionar los estudios que señalan que la vinculación entre VIH y el uso de drogas se establece a partir de como las segundas nublan el razonamiento del sujeto y debilita los sistemas de cuidado, por lo que el resultado sería un proceso de infección por VIH u otras ITS. Pero las experiencias narradas en este capítulo exponen cómo el coger a pelo no es una pérdida de razonamiento, sino una decisión tomada a partir de un elemento que constantemente aparece en las narrativas de los colaboradores: el amor.

En los escenarios de infección por VIH y algunos del inicio del consumo de cristal, el amor aparece como un elemento que sabe articularse en las narrativas de los sujetos y en la toma de decisiones.

Por otro lado, en las narrativas de los chicos que colaboran se plantea que la espera para el ingreso a los tratamientos ARV , funcionan como mecanismos que reproducen las estructuras de vulnerabilidad de las poblaciones , ante lo cual los sujetos elaboran y echan a andar estrategias con las cuales disminuir tales tiempos de espera. Esto da cuenta de aspectos cotidianos que de alguna manera chocan con la visión institucional, como los casos en los que se desconoce de los avances en torno al VIH/sida, Tales situaciones dan cuenta de que la información que circula en lo social y lo educativo en torno al padecimiento parece reducirse a las formas preventivas y poco o nada se habla de los tratamientos ARV y sus avances. A esto lo llamo *centralización de la información*, misma que defino como los proceso de divulgación de información sobre VIH/sida planteada como universal, pero que se realiza de manera parcial o de tal manera que solo es accesible para poblaciones con determinado capital cultural, social y económico.

El tema de, la información tiene cierta centralidad en este capítulo porque los casos narrados dan cuenta de cómo se le ha apostado desde inicios de la pandemia al factor informativo, pero esto no ha resultado suficiente. En el caso de Carlos, quien contaba con información antes de la infección, no fue un factor para evitarla. Antes bien, cuando se realiza el ejercicio de la memoria, Carlos ubica el relajamiento de las medidas de control y cuidado preventivo (realización de pruebas semestrales, uso del preservativo) cuando inicia una relación monogámica, ¿pues ubica en esta como un marco seguro, libre de riesgos para la infección.

Si los diagnósticos positivos a VIH en las experiencias narradas, sigue siendo en su gran mayoría un evento que se sufre, esto da pie a seguir entendiendo a la infección como un *padecimiento*, es decir algo que se padece pese a los avances ya logrados. Y tal padecer se establece actualmente en otros registros, porque se trata de una condición que aparentemente debe articularse a otras esferas de la vida cotidiana: la laboral, escolar, familiar, amorosa, etcétera.

Por ello propongo entender al VIH desde la noción de Cvetkovich (2018) como un *trauma social* que permita entender la constitución de una subjetividad que vincula al VIH con la sexualidad entre varones, que habilita el *sufrimiento* del diagnóstico pese a ser ya un padecimiento crónico, pero que al mismo tiempo despliega los sistemas de apoyo y sostén de los pacientes entre los familiares o los círculos de amistades cercanas. La huella del VIH/sida, dolor que causó en sus inicios, no solo quedó marcada en los cuerpos directamente afectado por el padecimiento, sino también en los grupos familiares y de amigos que ante la notificación, aun hoy en día se movilizan, apresuran y cuidan.

Las reflexiones de este capítulo me parece que aportan una nueva forma de entender a la pandemia, pero también plantean la manera institucional en que se aborda la interacción entre el consumo del cristal y los tratamientos antirretrovirales.

Capítulo 3

Gubernamentalidad y sexualidades víricas

Introducción al capítulo tres: Tratamientos integrales y el buen paciente

En octubre del 2024 mi consulta de seguimiento para VIH en el CAPASITS Puebla tuvo una particularidad. Ha sido la única vez que, de acuerdo con el número de copias del virus o carga viral, no tenía una condición indetectable. Aunque no todos los países y organismos del mundo ocupan el mismo umbral de número de copias de este virus para definir la indetectabilidad (algunos utilizan una escala que considera a 200 como el número de copias límite) México se apega al conteo de menos 50 copias del virus por milímetro de sangre para definir una carga viral indetectable en el organismo de las y los pacientes. En aquella ocasión había registrado 150 copias del virus, por lo que había salido de tal categoría.

Aunque mi médica lo tomó con relativa tranquilidad (yo esperaba una fuerte reprimenda) se interesó en descubrir cuál era la razón por la que *no estaba tomando mi medicamento*. En automático ella infirió que esa era la causa por la cual yo había dejado de ser indetectable. Claro que el supuesto de mi médica tuvo mucho de prejuicioso. La condición indetectable a VIH puede llegar a perderse por varias razones, la más problemática y no poco común, es que el organismo no esté respondiendo adecuadamente al fármaco y eso obligue a cambiar el esquema farmacológico por uno más eficaz frente al virus. Sin embargo y como se narrará más adelante cuando se articulen las historias de quienes colaboramos con respecto a nuestras experiencias en el tratamiento y la atención en la clínica, este supuesto de los trabajadores sanitarios, es decir considerar que la indetectabilidad se pierde por no tomar la pastilla en tiempo y forma, resulta ser el más común. Y no es un dato menor: esta opción descansa en la lógica de responsabilizar completamente a las y los pacientes de la eficacia del tratamiento. Pero al mismo tiempo es un ejercicio de poder sobre los cuerpos de los pacientes que utiliza una sofisticada estrategia de *gubernamentalidad*, un concepto Foucaultiano que me parece muy útil para narrar las experiencias de atención sanitaria y adherencia a los tratamientos en torno al VIH/sida, y que intentaré ir tejiendo conforme vayan avanzando las historias aquí presentadas.

Y en este punto debo aclarar que quizás muy a mi pesar, en la experiencia personal que narro la médica tuvo razón: había perdido la indetectabilidad por no haber tomado los ARV diariamente. Días antes, cuando había acudido a recoger mi medicamento en el área de farmacia del CAPASITS Puebla, el responsable había detectado un desfase en su conteo de provisión. Muy astutamente me preguntó: “¿Cuándo se terminaron sus pastillas? Y yo, bastante confiado y seguro dije que la noche anterior. Pero el trabajador respondió que según su hoja de cálculo, mi abastecimiento de tabletas debía haberse terminado 5 o 6 días atrás. En ese momento – y lo reafirmo porque parece ser que tales medidas se han relajado en la actualidad- el área de farmacia mantenía un control muy estricto de la proveeduría de ARV, muy probablemente porque en esas fechas era el marco de la nueva presidencia de la república lo cual significaba un posible reajuste en los mecanismos de compra de ARV a nivel nacional.

El caso fue que no me permitieron surtir mi medicamento, hasta no hablar con uno de los terapeutas, quien después de explicarle que seguramente me había olvidado de la toma en

días salteados, autorizó mi abastecimiento aunque farmacia hizo anotaciones en mi expediente por el caso. Pero cuando durante la consulta resulté con una carga detectable, fui inmediatamente canalizado con el mismo terapeuta pero ahora para iniciar un esquema de atención psicológica al respecto. La situación derivó en que yo reconocí que en esos días, era tal mi carga de trabajo y problemas personales y familiares, que no solamente estaba olvidándome de la toma de las pastillas, sino también de otros compromisos, horarios y pagos tanto en el doctorado como con mi familia. El asunto terminó en la realización de pruebas estandarizadas psicométricas dirigidas a la memoria y la atención, técnicas de relajación para el estrés, y la compra de un pastillero organizador para la toma de mi pastilla y con eso fue suficiente para que en dos meses, cuando me volvió a citar la médica (en esos casos , la agenda no se espera a los 6 meses cotidianos) había yo recuperado la condición indetectable.

Sin embargo este episodio se sintió de una manera peculiar. Como narré en el primer capítulo, cuando recibí mi diagnóstico y fui canalizado al taller de integración al TARGA, en tal espacio enuncié que desde antes de iniciar mi tratamiento yo llevaba un estilo de vida que mucho se apegaba al ideal requerido para las personas que vivimos con el virus desde el discurso clínico. Lo que no me percataba en esos momentos, era que desde antes de mi atención sanitaria a VIH yo me consideraba a mí mismo y hasta me sentía orgulloso de ser un *buen paciente* y además me esforzaba por serlo. Por lo que perder la condición indetectable por olvidar la toma de las pastillas, también me sacaba de la categoría en la cual estaba cómodo y orgulloso lo que resultaba bastante frustrante para mí. De alguna manera había fallado en lo que yo significaba como *autocuidado de mi salud* al no cumplir con las indicaciones de la adherencia al medicamento. Había omitido por descuido una conducta esencial: la toma de la pastilla de manera diaria a la hora exacta programada.

No obstante y aun cuando se siente como tal, la realización o no de ciertas acciones como el tomarse una pastilla de manera diaria, no es solo un ejercicio individual. También es al mismo tiempo, un ejercicio del poder de unos cuerpos hacia otros. El interés por la *dirección de las conductas* de las poblaciones es lo que en el pensamiento Foucaultiano (1978) se entiende como acciones de gobierno, es decir, acciones propias de la *gubernamentalidad*. La gubernamentalidad es entendida desde esta perspectiva como una forma específica e histórica de ejercer el poder propia de nuestras sociedades, que no utiliza ni la violencia, ni la lucha, ni siquiera lo jurídico sino que lo hace mediante sofisticadas estrategias de conducción para gobernar a las poblaciones. A palabras de Castro (2004) – quien analiza las propuestas de Foucault- se trata de una suerte de “encuentro de las técnicas de dominación y las técnicas de sí”(p:153) que se articulan y se materializan en prácticas en este caso, encaminadas a la salud.

¿Cuáles son esos mecanismos sofisticados por medio de los cuales se dirigen las conductas de las poblaciones que vivimos con VIH? De entrada podría pensarse que todas las recomendaciones médicas emitidas por autoridades de clínicas como el CAPASITS Puebla podrían considerarse parte de tales estrategias, porque están dirigidas a hacer de los usuarios y usuarias, *buenos y buenas pacientes*. Es decir, las recomendaciones son desplegadas como ejercicios de poder que buscan instalarse en las y los pacientes a manera tal que se ejecuten por ellas y ellos mismos.

Pero el mismo Foucault hace hincapié en que lo complejo y complicado no es conocer las razones del ejercicio del poder, sino cómo se hace. Y entonces la pregunta se rescribe y -parafraseando al mismo autor cuando habla sobre su análisis de la locura en una entrevista 1981- cabría ahora preguntarse: ¿cómo se gobierna a las poblaciones que vivimos con VIH? ¿Qué se hace con nosotros? ¿cuál es nuestro estatus ante este ejercicio de gobierno? ¿dónde somos puestos o cuales son los espacios destinados para nosotros? ¿cuáles y cómo son los sistemas de tratamiento para nosotros? ¿cómo operan los mecanismos que nos vigilan? ¿qué papel juegan en la dirección de nuestras conductas la amabilidad, la filantropía y las condiciones económicas? ¿cuál es la forma en que se organiza el cuidado dirigido hacia nosotros?

En este tercer capítulo reflexiono en torno a la gubernamentalidad y la adherencia, desplegando apartados en donde se abordan la manera en que se han gobernado a las poblaciones VIH y usuarias de cristal a través de los dispositivos sanitarios, también el status de estas poblaciones así como los mecanismos de vigilancia y control de los cuerpos biopolíticamente desplegados en la atención institucional.

Además de ello exploro las sexualidades de las personas que vivimos con el virus, y el papel que la interseccionalidad tiene en ello. Esto lleva a la discusión del placer sexual y los programas de tratamiento, así como el incumplimiento de determinadas recomendaciones clínicas en torno a las prácticas sexuales como el *coger a pelo* y termino con las reflexiones en torno al *bugchasing* o cachabicho, entendiéndola como una práctica sexual que tensiona las nociones de salud sexual, tratamientos ARV e incluso la significación de la sobrevivida.

Cómo se ha gobernado a las poblaciones que vivimos con VIH

Desde que recuerdo, Pancho – mi amigo con quien comparto la casa y trabaja como estilista- siempre me ha platicado que lo más impactante de su atención en el CAPASITS Puebla, fue su primera consulta. Esa donde la autoridad médica que lo comenzó a tratar le dijo que se apegara al tratamiento, pues con ello podría tener una esperanza de vida entre 5 y 8 años. Además, recuerda muy bien el uso de la palabra *ustedes* en el enunciado: “ustedes pueden llegar a vivir hasta 5 u 8 años más”. Esas palabras resultaron impactantes para Pancho.

Era el año 2008 y como narré en el primer capítulo, los organismos internacionales no hacían aun uso de la condición indetectable a VIH como una meta internacional en la política sanitaria en torno al padecimiento, tal como hoy en día esta condición abandera las estrategias frente a la pandemia. En los años en que Pancho inició su tratamiento se conocía de la condición indetectable pero era considerada solo como una característica de algunos pacientes.

Pancho no vivió IO que le hicieran sentir mal físicamente, o que lo hicieran estar en riesgo de perder la vida. Pero el discurso clínico en aquellos años, dentro de la atención a la salud de este padecimiento no descartaba el fallecimiento eminente, aunque tardío, de las personas que vivían con VIH, como en el caso de la chica que había estado detenida en el reclusorio de Teziutlán, historia también del capítulo primero.

La advertencia de muerte ya no inmediata como al principio de la pandemia, pero si prolongada a unos años - 5 años en el caso de la narrativa de Pancho- refiere una estrategia anterior a la era de la indetectabilidad, enfocada en el control de los cuerpos diagnosticados y su conducción, mediante el miedo a la muerte y el poco tiempo que presuntamente les quedaba. Un ejercicio anatomopolítico, a decir de Foucault (1977), que buscaba y lograba generar *cambios* en las conductas de los sujetos, es decir, se lograba generar cambios en la dirección de las conductas.

Tras esa primera consulta, donde incluso fue acompañado por Héctor su ex pareja, Pancho decide ocupar el dinero ahorrado hasta ese momento para un carro (vehículo que sumaría a su capital erótico frente a otros varones homosexuales) en la adquisición de un terreno y la construcción de una casa. Y el cambio fue generado por la idea de *dejar algo* cuando él muriera alrededor del 2013, según el pronóstico referido. Como si se tratara de un reloj de arena que lento pero constante termina su conteo, Pancho refiere que la propiedad era una manera de que sus familias le recordaran, pues les estaba heredando un patrimonio- Y tales decisiones de Pancho reflejan muy bien que la estrategia de aquellos años consistía en convencer a los pacientes que era poco el tiempo que quedaba para hacer *algo bueno* con su vida, como si el infectarse estuviera siempre instalado en el registro de lo malo y una vida desperdiciada.

Pero luego , al paso del tiempo, Pancho se percató que pocas veces se sentía con malestares por vivir con VIH. Aunque cabe aclarar que en su apego a la toma de las pastillas tuvo mucho que ver Héctor, con quien cohabitó durante su relación de noviazgo y era quien constantemente le recordaba de su ingesta de ARV, así como el cumplimiento de citas a consultas y análisis clínicos, lograr cumplir con las recomendaciones sobre alimentación y cuidado, entre otras prácticas más. Aquí me parece relevante primero resaltar cómo el apego a los tratamientos ARV muchas veces habilitan las vinculaciones y el cuidado por parte de otras personas afines a los sujetos, como Héctor, quien de alguna manera ocupaba tales cuidados como una forma de demostrar su amor y afecto por Pancho. Durante los primeros años del tratamiento de Pancho, Héctor organizaba la adherencia al mismo. Esto le ayudó mucho a Pancho en sostener su atención en salud, misma que después pudo llevar él solo, cuando Héctor se fue de la casa y cuando posteriormente fallece.

La muerte de Héctor dejó una profunda huella en Pancho que tuvo repercusiones dolorosas en muchos aspectos de su vida (las cuales se abarcan con mayor profundidad en la segunda parte de este texto). Sin embargo, no todos son recuerdos dolorosos. Después de la muerte de Héctor en el 2012, cuando yo ya habitaba en el domicilio junto con Pancho, recuerdo que era frecuente escucharlo decir frases como: “Héctor siempre me decía que era mejor tomar la pastilla a la misma hora” o “Héctor salía de aquí a las 6 de la mañana para

llegar puntual al CAPASITS”. Cuando en nuestras entrevistas le pregunté a Pancho por estos recuerdos, me contestó que era algo que Héctor *le había enseñado*, que eran técnicas que funcionaban y eran buenos consejos que él le había dejado. Me parece que de alguna manera, cumplir con esas recomendaciones que Héctor le enseñó cuando vivía, y que Pancho llega a cumplir hasta la fecha, es una manera de agradecer y honrar la memoria de Héctor, pero al mismo tiempo seguir llevando a cabo estas *pedagogías del cuidado en VIH*, que se transmiten a manera de *buenos consejos* no solo son exitosos mecanismos de gubernamentalidad sino que a la vez sostienen la emergencia de sistemas de apoyo y ayuda.

Pero retomaré el punto principal de este apartado. Pancho - al igual que a Jason y Víctor- experimentó esta suerte de transición cuando en el 2011 organismos internacionales como la OMS y la ONUSIDA establecieron a la condición indetectable como la meta alcanzar debido a su capacidad de intransmisibilidad por un lado, y por el otro como la condición ideal para las personas que vivimos con el virus. Y esto me parece muy interesante porque de nueva cuenta hablamos de cómo distintos escenarios en el manejo de la pandemia habilitan cambios en la producción de subjetividades: quienes fuimos diagnosticados después del 2011, tuvimos ciertas diferencias al enfrentarnos al padecimiento, diagnóstico y tratamiento debido a esta especie de consolidación de la indetectabilidad.

Y es que después del inicio de ésta *era de la indetectabilidad a VIH*, mantener la estrategia de un fallecimiento lejano pero inminente por sida como herramienta de gobierno para las poblaciones que vivimos con VIH, resultó insuficiente. Las nuevas tecnologías farmacológicas comenzaron a garantizar cada vez más y mejor la sobrevivencia de las personas diagnosticadas⁹⁶. Así que, el discurso clínico tuvo que modificarse y buscar otras estrategias para dirigir las conductas de las y los pacientes. Y tal modificación apeló a una nueva producción: ahora el buen paciente es el *paciente indetectable*. La condición indetectable se toma, desde el discurso sanitario, como el parámetro que materializa las prácticas del buen paciente.

Un buen paciente VIH entonces es aquel que logra alcanzar la indetectabilidad, como si se tratara de una meta anhelada. Y me parece que ahí está una clave interesante para entender las formas actuales de gobernar a las poblaciones que vivimos con el virus: imponer como una meta anhelada, una condición ideal, a la indetectabilidad. Y es de lo más sofisticada porque, en la gran mayoría de quienes vivimos con VIH, optamos por la indetectabilidad porque establece la promesa de llevar una vida *como si no estuviéramos enfermos de nada, pudiendo realizar cualquier cosa al igual que el resto de la población*.

Hay dos experiencias de Pancho dentro de su atención clínica que me parecen muy ilustrativas. Como se recordará hice mención que durante muchos años y sobre todo antes del consumo de cristal, Pancho mantenía un buen nivel de masa muscular debido al entrenamiento con pesas y la alimentación. En una ocasión, mientras esperábamos su consulta (esto fue antes de que se restringiera la movilidad en la clínica, es decir alrededor

⁹⁶Recuerdo incluso que Enrique, mi amigo que conoció a Víctor en el motel de encuentro y consumo de cristal y lo invitó a participar en este trabajo, alguna vez hablaba que estaba agradecido con el medicamento y el tratamiento porque le permitía algo que antes era impensable para las personas que vivimos con VIH: soñar con una vejez. La muerte ya no figura en el horizonte, sino el envejecimiento.

del 2014) un chico muy joven estaba acompañado por su madre. La señora, al ver la corpulencia de Pancho, le comentó a su hijo algo así como: *mira, vas a poder hacer ejercicio y ponerte así, no te preocupes*. Pancho y yo solo sonreímos pero fue claro que el chico parecía haber sido recién diagnosticado y no la estaba pasando muy bien quiero pensar con respecto a su aspecto físico.

La otra anécdota relacionada es que en otra ocasión, Pancho estaba en el proceso de obtención de muestras sanguíneas para laboratorios generales. La química que lo atendía se asombró del grosor de su bíceps. Pero hizo un comentario bastante curioso, refiriendo que le asombraba su nivel de musculatura siendo alguien que vive con VIH. Cuando Pancho me contó esta anécdota durante las entrevistas, me pareció curioso cómo la química había recalcado su condición viral desde una supuesta incapacidad para contribuir en la construcción de masa muscular.

Y me parece interesante que ambas experiencias ilustran cómo la indetectabilidad *saca* también al cuerpo con VIH de su antigua descripción de la delgadez, la demacración y la *lipodistrofia*, es decir, la pérdida de grasa como resultado de la ingesta de ciertos medicamentos antirretrovirales muy común en años pasados sobre todo al principio de la farmacología ARV. Creo que esa es también una de las promesas más potentes de la indetectabilidad dentro el registro de lo estético: *verse bien, no verse enfermo*.

Las nuevas estrategias de gubernamentalidad sobre los cuerpos VIH descansan entonces en las promesas de la indetectabilidad: no verse enfermo, prolongación de la vida, realizar cualquier actividad como si no se viviera con el virus, etcétera. Y el acceso a la condición indetectable es planteado desde un concepto clínico; la adherencia.

Alrededor del 2021, cuando por pandemia COVID19 era común encontrar muchos talleres online de diversas temáticas, me inscribí en uno titulado *Adherencia a medicamentos antirretrovirales*, llevado a cabo por una organización civil de la Ciudad de México. Fue un taller muy corto pero lo que recuerdo significativamente fue su definición operativa del concepto de adherencia. Si bien la OMS define a la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Ortega et.al, 2018) la organización utilizaba una analogía interesante: hablaron que la adherencia era como un coche, el cual era ocupado por el paciente para continuar su vida. En esta analogía, en vehículo en sí era el medicamento ARV, el cual era considerado como el elemento principal para la movilidad del sujeto, pero no servía de nada si otros componentes del mismo no estaban en el mismo registro de funcionalidad.

De esta manera, se relataba lo indispensable de una buena alimentación, el ejercicio y otras prácticas ya enunciadas en diferentes ocasiones en este texto, que en su conjunto son referidas como estilos de vida saludables o como tratamiento integral dentro de las consultas de espacios como el CAPASITS Puebla.

Entonces, el concepto de adherencia se expande no solo al apego farmacéutico, sino a las recomendaciones de las autoridades clínicas que buscan estilos de vida saludables a través de tratamientos integrales conformados por múltiples áreas de atención con las que cuenta la clínica, es decir, la adherencia sostenida por una infraestructura que se había venido gestando en la atención al VIH desde décadas atrás. Y esta forma de concebir a la adherencia, me parece que actualmente es una de las principales estrategias para la direccionalidad de las conductas de las personas que vivimos con VIH ante la imposibilidad de continuar con las narrativas anteriores al 2011.

Durante muchos años, sobre todo luego de la partida de Héctor, Pancho fue bastante cumplido con su tratamiento. Incluso para la toma de su pastilla, elaboraba estrategias para poder hacerlo en cualquier ocasión. Cuando solíamos ir a lugares de encuentro donde demorábamos más de 12 horas y se llegaba la toma del ARV, no le gradaba ser descubierto por sus compañeros ocasionales, así que portaba su medicamento en un frasco de vitaminas. De esta manera, cuando se llevaba la hora, decía que tomaba sus suplementos alimenticios. ¿Qué dice estas prácticas de ocultamiento desde el registro de la adherencia como mecanismo de gubernamentalidad?

El estatus de quienes vivimos con VIH ante el tratamiento para VIH/sida

La técnica utilizada por Pancho y el frasco de vitaminas, es solo una de las tantas que los colaboradores mencionaron con respecto a la decisión de mantener su tratamiento ARV oculto a la vista de la mayoría. De hecho, desde antes de iniciar esta investigación, yo sabía que muchos conocidos que radicaban en la ciudad de Puebla, que vivían con el virus, llevaban su tratamiento en la Ciudad de México, específicamente en la clínica CONDESA, porque no querían ser vistos y reconocidos en las instalaciones del CAPASITS Puebla.

Bajo condiciones parecidas, aunque con notables diferencias, está la experiencia de Caín – mi ex alumno y empleado de una dependencia de seguridad pública y atención a víctimas del delitos- en cuanto a cómo lleva su tratamiento. Caín inició su tratamiento unos tres meses después de la detección del virus en su organismo. En realidad, el hecho de que se había controlado la IO fue suficiente para él y estar conforme con los tiempos marcados por los protocolos de la clínica.

En cuanto comenzó a llevar su toma del ARV, Caín comenta que las infecciones ya no fueron tan graves como la vez de su detección. Los problemas con Caín radican en otro registro, ya se había comentado líneas atrás sobre su inquietud: Caín no desea que en su trabajo se sepa de su condición serológica a VIH.

En una de las entrevistas platicamos de un momento que le causó mucho estrés cuando una de sus compañeras de la dependencia, con quien tiene una relación estrecha y mucha confianza, le pidió prestado sus audífonos. Caín le dijo que le permitiera un momento

porque estaba ocupado, pero la confianza que circula entre ambos la hizo ir directo a su mochila y buscarlos. Caín cuenta que se estremeció, porque imagino a su compañera encontrando el frasco de ARV y exhibiéndolo frente a todo el grupo de trabajo.

Afortunadamente para Caín, eso no paso: la chica encontró los audífonos prontamente sin revisar más su mochila. Cuando le pregunté a Caín qué imaginaba que pudiera pasar si la chica hubiera hecho lo que pensó, me dijo que piensa que sus compañeros y compañeras de trabajo dejarían de verlo de la misma manera. Él sabe o considera que su equipo de trabajo tiene muchos prejuicios en torno a las personas que vivimos con VIH. Lo supone porque cuando han atendido casos de violación y delitos sexuales, lo primero que les alerta es la posibilidad de que la víctima haya sido infectada con el virus. Caín cuenta que los rostros de aversión de sus compañeras y compañeros ante la posibilidad de infección le hacen pensar que su condición viral no será bien recibida. De hecho, en una de las entrevistas, Caín narra cómo algunas veces es receloso de compartir utensilios como los tenedores con gente de su trabajo. Muchas veces, a pesar de la eficacia de los tratamientos, Caín teme que pueda infectar con el virus a alguien. Eso me llamó mucho la atención y trate de ahondar con él en ello, pero simplemente me dice que él mismo se siente y se sabe distintos a las y los demás. Esto me pareció sumamente complicado e interesante porque me hace preguntar el lugar que ocupamos las personas que vivimos con el virus dentro de las dinámicas sociales. Caín se siente diferente pero es una sensación que comparto con él, aunque en diferentes registros: yo me siento muy diferente a quien no vive con VIH sobre todo al momento de buscar una relación. En ambos escenarios, Caín y yo parecemos evitar la confrontación de nuestro estado serológico a VIH, lo cual habilita complicados escenarios para ambos.

Por ejemplo, las consultas en el CAPASITS resultaban complicadas para Caín, sobre todo al principio. Inventaba pretextos de supuestos problemas familiares para acudir a sus consultas y estudios de laboratorios y que no se sospechara a que iba. Una de esas primeras tácticas era solicitar sus consultas lo más temprano posible, antes de las ocho de la mañana. Pero eso le ocasionaba dificultades sobre todo cuando su horario era de 24 horas corridas.

Caín *pelea* constantemente con situaciones en su trabajo para no ser descubierto. En una ocasión, Caín olvidó su frasco de pastillas en casa, por lo que tuvo que esperar a que su superior se fuera, y quedaron solo dos trabajadores en el horario nocturno, para escaparse en su auto hasta su casa (una distancia bastante considerable) para poder tomar el medicamento. Por supuesto esto tenía un enorme riesgo, pues si en esos momentos alguien requería de la intervención del departamento de protección a víctimas, sería sorprendido ausente de su puesto.

Afortunadamente Caín ha encontrado estrategias para llevar mejor su tratamiento. Ah optado por ser consultado los fines de semana o programa lo más posible sus consultas en días de descanso. Muchas veces ha tenido que pagar de manera particular los estudios de laboratorios generales (que oscilan entre los 2 mil pesos mexicanos) para evitar faltar a su trabajo. Pero Caín realiza un esfuerzo para poder conseguir la mejor adherencia al tratamiento.

Pero todas las vicisitudes que Caín pasa para ocultar su tratamiento, están sostenidas en considerarse a sí mismo como en un estatus inferior al resto de sus compañeros y compañeras. Me llama mucho la atención que el tratamiento, la aplicación del mismo, sea algo que los sujetos deciden mantener oculto, y en particular la experiencia de Caín es ilustrativa para mostrar que llevar un tratamiento ARV puede ser significado por los pacientes como algo que los coloca en una posición inferior a los demás. No es solo el vivir con el virus, ni haber sido diagnosticados, sino también el llevar el tratamiento, ser sorprendido siendo atendido en el CAPASITS, funciona también como un mecanismo que coloca a los sujetos en un estatus inferior, por lo menos así percibido por algunos de ellos, como se exponen en estas narrativas, porque el tratamiento es asegurar la condición serológica a VIH.

Y esta situación pone en la mesa el tema de si las personas que vivimos con el virus estamos obligados o no a comunicar nuestra vivencia con el virus.

Mecanismos de vigilancia

Víctor – el chico que es cocinero y a quien conocí en el motel para encuentros sexuales y consumo de cristal – inició su tratamiento en el umbral de la era de la indetectabilidad o la declaración de tal condición como meta de las políticas públicas, entre el 2010 y el 2011. No hubo mayores complicaciones con el inicio de su tratamiento, salvo una experiencia que Víctor recuerda muy bien. Al inicio del mismo, fue canalizado con el área de psicología. Víctor pensaba que era parte del inicio del protocolo en donde lo orientarían psicológicamente para sobrellevar el diagnóstico. Víctor venía en ese entonces de una experiencia previa donde de manera urgente había sido intervenido quirúrgicamente de la apéndice, y consideraba que había sido muy bien atendido en el hospital del sector salud, así que con esa experiencia acudió a todas las citas que le fueron programadas en el CAPASITS Puebla.

Pero esta intervención con psicología fue peculiar. La sesión se trató de una suerte de valoración para proyectar que tan seguro sería el apego de Víctor a la toma del medicamento. O por lo menos así lo percibió él. Las preguntas de la terapeuta, recuerda Víctor, giraron en torno a anteriores esquemas farmacológicos, responsabilidad sobre su alimentación, higiene personal, cuidado de salud, etcétera. Víctor confrontó a la psicóloga y ésta le comentó que era parte del protocolo para determinar si el paciente recién adscrito era alguien en quien valía la pena desplegar un esquema farmacológico o se trataría de un recurso desperdiciado. Víctor me contó que él solo refirió a la trabajadora sanitaria que de no estar comprometido e interesado en llevar el TARGA, no hubiera acudido siquiera a la clínica.

Cuando Víctor me platicaba esta anécdota lo hacía bastante molesto, y esa intervención bastó para que en adelante, Víctor rechazara muchos de los servicios integrales que ofrece el módulo, reduciendo sus visitas la consulta general y los estudios de laboratorio

desde aquella experiencia. Cuando le pregunté por qué le había molestado tanto esa sesión, me dijo que le parecía mal que se desconfiara de la gente, y que además no imaginaba cómo desde una plática con psicología, se le podría haber negado el servicio del ARV a alguna persona.

Le pregunté en su momento a los otros muchachos con más tiempo en tratamiento si habían experimentado esta sesión y me dijeron que no. También traté de sondear un poco el tema con mi médica, pero tampoco me dio una respuesta concreta, salvo que en determinados momentos en que se rumora o se observan complicaciones con el abastecimiento de medicamento por razones de infraestructura, sería lógico pensar que se tendrían que aplicar ciertas medidas al respecto.

Estas razones me parecieron de peso, aunque bastante arriesgadas. Me gustaría pensar que las autoridades consideraron a Víctor con ciertos rasgos que les pareció pertinente realizar este tipo de intervención. Lo cual no deja de ser bastante cuestionable, por supuesto. Pero en realidad la experiencia de Víctor me hizo recordar los mecanismo y protocolos que ya he narrado anteriormente sobre el estricto control del área de farmacia con respecto a la toma de medicamento en forma exacta que es utilizada para la proveeduría del mismo.

Este conteo considero, es un mecanismo muy hábil para vigilar el cumplimiento de una conducta esencial en la política sanitaria del VIH/sida: la adherencia farmacéutica al ARV, es decir, la toma exacta del medicamento. Los pacientes no somos vigilados directamente en casa asegurando que tomemos el medicamento siempre a la misma hora, por supuesto que existe un *policía interno* que nos dicta que de no hacerlo ponemos en riesgo nuestra vida. Pero me parece que la clínica ha encontrado a la par y en especial un método por medio del cual es posible *vigilar* la toma del ARV en tiempo y forma: el sistema de control del área de farmacia. Una vigilancia bastante sofisticada porque se viste con distintos argumentos, por ejemplo el que uso la terapeuta con Víctor: la preocupación por no desperdiciar fármacos. Y entonces sí, es posible plantear que se instala un *policía interno* en algunos pacientes: tomarse la pastilla sucede más que por adherencia, para evitar que el personal de farmacia, que tiene un conteo muy estricto, se dé cuenta de que no estoy tomando todas las pastillas y entonces me complicaran mi proceso de atención a la salud. En muchas experiencias personales y narradas por los colaboradores, resulta muy molesto cuando como pacientes tenemos que reagentar, hablar con terapeutas, dar explicaciones cuando el control de farmacia revela que no tuvimos la adherencia.

A la par, existen otros mecanismos de vigilancia enfocados en la gubernamentalidad de los pacientes mediante la adherencia que resultan notorios en las experiencias de los colaboradores. Fabián -el ingeniero que trabaja en diferentes ciudades del país y que ya había colaborado conmigo en la investigación anterior- en alguna entrevista hablábamos sobre la proveeduría de condones en la clínica. Hasta hace unos años, era común que tras la entrega de medicamentos se ofertaran preservativos a las y los pacientes en el área de farmacia. Fabián gustaba de ello, porque de esta manera se ahorraba ese gasto. Pero en algún momento yo le comenté que en muy pocas ocasiones yo aceptaba la oferta de preservativos. Fabián se sorprendió con esto, pero más bien me preguntó si no me decían nada al rechazarlos. Le

respondí que hasta ese momento nadie me había comentado nada y Fabián me dijo que él pensaría que al no recibirlos, la gente de farmacia sabría que el paciente gustaba de no usarlos en sus prácticas sexuales, que *cogían a pelo*.

Eso fue una mera suposición de Fabián, pero me llama ahora la atención que esta idea este en él, porque da cuenta de cómo los pacientes muchas veces somos *percibimos vigilados* mediante estos mecanismos institucionales como la oferta de preservativos. Es decir, puede que efectivamente esa sea una de las finalidades o que el personal haya encontrado en este abastecimiento de látex otro mecanismo más de regulación y vigilancia. Puede que no. Lo destacable aquí es cómo Fabián se percibe como un *paciente vigilado*. Y un paciente que se siente vigilado, dialogando con Foucault (1978), podría entenderse como un éxito de la adherencia como mecanismo de gubernamentalidad, pues logra el *gobierno de sí mismo* si esta vigilancia subjetiva se materializa en el cumplimiento de la norma.

Y es que tales estrategias de vigilancia funcionan también en distintos registros de la atención sanitaria: la realización de laboratorios que *vigilan* las prácticas de los sujetos en un registro molecular a decir de Rose (2012) donde los resultados clínicos revelan aspectos alimenticios y de contacto con microorganismos. Por eso me parece interesante que Fabián perciba estas estrategias como sistemas de vigilancia porque muchas de las acciones llevadas a cabo en espacios de atención sanitaria como el CAPASITS Puebla, funcionan también como mecanismos de gubernamentalidad.

Fabián es uno de los colaboradores que más experiencias compartía en las entrevistas acerca de su atención institucional. De ellas hablaré con más detalle más adelante. Pero existe una muy particular que abona al tema de la vigilancia en el TARGA. Tal experiencia se enmarca en las estrategias que Fabián ha tenido que implementar cuando por motivos laborales se encuentra en ciudades lejanas a Puebla. En ese sentido, su madre es quien muchas veces lo ha apoyado sobre todo en la recolección de los medicamentos o en la entrega de resultados de laboratorios.

En los primeros días de octubre del 2023, Fabián se encontraba molesto con su madre. Lo primero que me dijo cuando hablamos de ello en las entrevistas fue: “Es que sí, mira ... es lo que yo decía la vez pasada; si no me vas a hacer el favor así tal cual como te lo estoy pidiendo, no vayas” (Fabián, comunicación personal, 2023).

En aquella ocasión, Fabián había olvidado acudir a su cita de laboratorio para la realización de carga viral y conteo de CD4. Ni siquiera lo recordó con el suficiente tiempo como para solicitar un permiso en su trabajo que le permitiera acudir a la ciudad de Puebla a realizarse dicho estudio. De hecho, la pérdida de la cita sucedió por qué había pasado algunos días en el consumo de metanfetaminas y en ese contexto se había olvidado por completo de sus citas en la clínica. Luego de darse cuenta de la cita perdida, mandó un correo a su médica tratante. La médica le indicó que debía hacerse el trámite de manera personal en el módulo o que en su ausencia, podría realizarlo un familiar. Es por ello que la madre de Fabián acudió al Centro a reagendar. Sin embargo, Fabián piensa que su madre fue indiscreta durante la plática con la médica y sacó a relucir el tema de su consumo de metanfetaminas:

Yo le decía a mi mamá: no le vayas a decir a la doctora que consumo. No mames o sea ... porque ya sabes que es como cuando la mamá va a la primaria; *Ay, ¿cómo está mi hijo? Ah pues regáñelo; jálele las orejas; y fíjese que en la casa también es así...* y no mames la neta así se lo dije a mi mamá, *no vayas a decir esto* y me dijo *Ay no, que la doctora ya sabía.* Y le dije: *¿cómo crees?; ...o sea, a la mejor sí debería de...* pero *¿cómo crees? ...* Y le dije: *si me puedes hacer el favor tal cual como te lo estoy pidiendo, sin afectarme, dímelo y si no voy a buscar a alguien más que me haga el favor, (...)* porque si el que tú me hagas el favor implica que esté mi servicio médico a tu disposición, no. Pero bueno, entonces mi mamá nada más me dijo: *voy a ir a reagendar la cita*, y ya nada más me mandó las nuevas fechas, no sé qué platicó con la doctora o si platicó algo con ella ya lo sabré si me dice algo en la consulta la doctora. (Fabián, comunicación personal, 2023)

Hay mucho que reflexionar de la experiencia de Fabián y muchos puntos de aquí los retomare más adelante. Por ahora retomo esta experiencia para seguir pensando la vigilancia a través de la adherencia ARV.

Mol y Law (2012) documentan el papel que muchas de las veces los familiares juegan en los itinerarios de cuidados de la salud en pacientes que viven, en el caso de su estudio, con diabetes mellitus en donde puede notarse los vínculos de apoyo que los familiares despliegan en atención al cuidado del paciente ⁹⁷. Pero en la experiencia de Fabián, sus sospechas ubican a la madre en otro rol: el de una autoridad quien junto con otra autoridad, la clínica, funcionan como un mecanismo de vigilancia que en la próxima consulta aplicarán una sanción. Aunque todo ello aparece en su creencia (días después, cuando la tan temida consulta sucedió, Fabián me contó que su mamá no había dicho nada sobre su consumo) me parece interesante cómo los mecanismos de vigilancia del tratamiento podría considerarse que se extiende a los familiares.

En ese sentido la experiencia de BP es ilustrativa. Habrá que recordar que BP es el chico que radica en Teziutlán, y además de vivir con VIH tiene también diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia y depresión. Y que estos diagnósticos hacen que su familia este muy al pendiente de él. Luego del diagnóstico positivo a VIH, BP comenzó con sus tratamientos ARV en el IMSS. Pero el residir en el interior del estado y ser atendido de VIH tiene particularidades.

En apartados anteriores se hacía mención que el modelo CAPASITS dista un tanto de las formas de atención a VIH/sida en otras instituciones de salud. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, los usuarios son canalizados de la consulta familiar a las especialidades. Para el caso de quienes viven con VIH y cuentan con este tipo de seguridad social, son canalizados a la especialidad de Infectología y ésta, si es necesario, los refiere a otras especialidades como

⁹⁷ En el texto de los autores, queda registrado la manera en que los familiares y acompañantes, aprenden a reconocer ciertas señales corporales en los pacientes, que les permiten incluso hacer recomendaciones a los mismos, antes de que el propio paciente solicite y exprese sentirse mal por el padecimiento.

Psicología, Psiquiatría, laboratorios clínicos, etcétera. Pero todas estas áreas son compartidas por el resto de los derechohabientes vivan o no con el virus.

Sin embargo infectología solo atiende en la capital del estado, más específicamente en la unidad de *La margarita*. Por lo tanto, al igual que con el CAPASITS Puebla, muchos pacientes del interior del estado acuden a esta clínica para ser atendidos. Una de las ventajas del sistema IMSS es que suelen haber autobuses destinados a llevar y traer a los pacientes del interior del estado a las consultas en especialidades. BP ha sido bastante puntual con sus citas médicas. Los estudios de laboratorio se realizan en su clínica familiar de Teziutlán y los resultados son canalizados a infectología. Por lo tanto, acude a la capital poblana solo una o dos veces por año.

BP señala que no ha tenido dificultades con llevar el tratamiento. Pero me llama mucho la atención el papel que tiene su familia al involucrarse en su tratamiento. BP tiene actualmente 28 años, pero dado su diagnóstico múltiple, resulta difícil que acuda solo a sus consultas con infectología desde su ciudad natal hasta la capital del estado. O es su madre quien lo acompaña o su hermano, que radica en Puebla, lo espera en el hospital donde llega el autobús con los pacientes. En su momento, le pregunté a BP si la institución de salud le requería el acompañamiento de un familiar y me dijo que sí. Que dado el diagnóstico psiquiátrico se solicitaba que un familiar lo acompañara para entrar a la institución. BP señala que el motivo es *para vigilar que no cometa alguna conducta inadecuada*. Me pareció muy interesante que este sistema de acompañamiento porque resulta casi como una forma en que la institución establece sus sistemas de vigilancia también en los núcleos familiares. Y para el caso de BP, los diagnósticos múltiples no solo lo establecen en un status distinto al resto de los pacientes y de sus familiares, ubicándolo casi en un registro infantil donde él no puede moverse solo o llevar a cabo responsabilidades: BP no tiene un trabajo formal, ocasionalmente se dedica a hacer postres o poner en el zaguán de su casa artículos de uso en venta (actividad de su abuela recién fallecida). Pero tampoco estudia o tiene responsabilidades de peso en el hogar. Frecuentemente postea en redes sociales que ha pasado noches en vela jugando videojuegos en línea o que su actividad principal del día fue la rutina en el gimnasio.

Y en el caso de BP parecen articularse tanto la vigilancia como el estatus del paciente como mecanismos de gubernamentalidad, y su experiencia resulta entonces clara para comprender que todas estas estrategias difícilmente operan de manera separada o aislada y en realidad son despliegues en conjunto. Es decir, muchos de los mecanismos de vigilancia del dispositivo sanitario son aceptados y asimilados por los sujetos y la población porque representan exitosos sistemas del *cuidado de la salud*.

En ese sentido me parece sumamente interesante que estas experiencias muchas veces no son leídas por los sujetos que se mueven en las dinámicas narradas como estrategias de vigilancia, sino como *cuidados*. La experiencia de BP en especial, en torno a cómo se articula su atención a VIH con sus comorbilidades psiquiátricas, dan cuenta de cómo el cuidado

familiar y hasta profesional en torno al VIH /sida muchas veces también forma parte de esas estrategias de gubernamentalidad sobre poblaciones que vivimos con el virus. Pero no se trata de formas disfrazadas. Son ambas cosas al mismo, son estrategias de vigilancia y cuidados de la salud de las y los pacientes que se reproducen tanto por autoridades médicas como por familiares. Por supuesto que no siempre funcionan en el mismo registro, pues mucho depende de las particularidades de cada caso. Pero resulta interesante contemplar que los cuidados de la salud de los pacientes VIH sobre todo con comorbilidades como en el caso de BP, muchas veces se sostienen desde las llamadas *buenas intenciones*, pero son al mismo tiempo relaciones de poder a decir de Foucault (1977).

Consumo de cristal y atención institucional a VIH

En este último apartado me gustaría retomar el tema de la articulación del consumo de cristal y los tratamientos para VIH. En parte porque es un punto que permiten visibilizar elementos que se han venido discutiendo como la adherencia, el estatus de las personas que vivimos con el virus, los sistemas de vigilancia y los cuidados. Pero también porque me parece que sirve para retomar un tema que quedo colgando en las primeras líneas de este tercer capítulo: el concepto del buen paciente. Si las experiencias de los colaboradores han ilustrado algunos de los mecanismos que la atención institucional despliega para gobernar a las poblaciones que vivimos con el virus, me parece importante resaltar esta *figura del buen paciente*, como una producción que ilustra el modelo buscado ante tal ejercicio de poder que intenta dirigir las conductas.

Hace muy poco Fabián – el ingeniero que temía que su madre le hubiera *acusado* con su doctora sobre su consumo de metanfetamina- me mando por WhatsApp los resultados de sus laboratorios de este semestre. Todas pruebas arrojaban resultados en los parámetros establecidos como *sin alteraciones*. Fabián estaba muy contento pero sobre todo sorprendido. “la neta para mí es una sorpresa, mis defensas están muy altas” me dijo tras hablar un poco de los resultados. Le pregunté porque eso le sorprendía y me respondió: “Pues digamos que no soy el que más se cuida. Especialmente por el consumo” (se refería al consumo de cristal).

Durante muchas de las pláticas Fabián al igual que otros de los chicos, no se consideran a sí mismos como *buenos pacientes*, principalmente por el tema del consumo de metanfetamina. Me parece curioso que ellos mismos se perciban como malos pacientes por llevar a cabo la práctica de consumo, cuando también se podría pensar que los colaboradores que consumen cristal han encontrado diversas estrategias para apegarse lo mayor posible al tratamiento al mismo tiempo que consumen. ¿eso no podría plantearse también como acciones propias de *un buen paciente*?

Jasón, el chico que cité en el parque ecológico para nuestra primera entrevista, quien estuvo en fase de sida y fue rescatado de ella gracias a su abuelo, mantenía un consumo activo de cristal cuando iniciamos nuestras pláticas. En esa primera entrevista, la única presencial dado que después Jasón se mudó de nueva cuenta a la capital del país, le pregunté si el consumo de sustancias no intervenía en su adherencia.

Jasón tenía la idea en ese entonces que la metanfetamina le tenía más alerta que de costumbre y eso hacía que pocas cosas se le olvidaran, entre ellas la toma de su pastilla ARV. No sé si eso fue verdad o no, pero Jasón sostenía que desde que se recuperó de la fase de sida, nunca ha dejado de ser indetectable. Para el caso de Jasón el consumo de cristal sucede de manera posterior a la infección por VIH, por lo que me interesaba saber si las autoridades médicas de algunas de las dos clínicas donde hasta el momento se había atendido, habían conocido de ello. Me contestó que en CDMX si lo sabían, y lo sabían porque él mismo les había comentado. Las razones fueron porque él considera que en CONDESA se tiene un criterio diferente para conocer, hablar y abordar estos temas, a diferencia de otros espacios como CAPASITS Puebla.

Según el trabajo periodístico de Cabrera, *amor de cristal* (11/10/2023) en la clínica CONDESA de la ciudad de México, se tiene conocimiento del consumo de metanfetaminas y otras sustancias en las prácticas sexuales de varones homosexuales y su vinculación con el VIH y otras ITS, Para la clínica, se trata de una problemática en salud que desde hace un tiempo – más específicamente desde la pandemia del COVID 19- han venido trabajando junto con otras organizaciones civiles.

Quizás por ello Jasón considere que existe un criterio distinto para abordar el tema del consumo de cristal en el sexo a diferencia del CAPASITS Puebla. desde el principio de nuestras pláticas, Jasón afirmó lo *complicada* que era la gente de la capital poblana. Por ello, también consideraba que en la clínica poblana no iba a encontrar una buena respuesta si comentaba acerca de su consumo.

Otro de los colaboradores que no ha referido acerca de su consumo de cristal en la clínica donde atiende su condición VIH es Carlos, el chico que recibió su diagnóstico junto con su pareja, cuando ambos se realizaron una prueba en un laboratorio particular aprovechando un descuento del establecimiento y quien tenía mucho conocimiento previo en VIH/sida.

, Carlos probó por primera vez la metanfetamina, en contextos laborales. Trabajaba en modelos de *coaching empresarial*, que son procesos de acompañamiento en desarrollo personal para empresas, enfocadas en formación de líderes y potenciar habilidades de las y los empleados. Ahí Carlos supo que su superior consumía metanfetamina para desempeñarse laboralmente:

Tuve que conocer gente que yo en su momento consideraba modelos a seguir o gente exitosa y ver de primera mano que consumían drogas para que siguieran ahí. Yo

pensaba: *es que yo también puedo hacerlo, porque él es una persona que está en una muy buena situación, que ya quisiera yo estar en esa situación y lo hace, entonces por qué a mí me habría que generar malas cosas.* (...) él es un güey que es conferencista y vi que andaba en Europa, en Asia, que importaba, que andaba dando cursos en todos lados (...) me llevó a la *Volkswagen* y me llevó a *Audi* y me llevó a Monterrey, a un chingo de empresas grandes para dar capacitación y él me enseñó a dar capacitación empresarial. Él me certificó en *coaching* y yo veía que él consumía (...) él nunca me ofreció, no me decía; *vente, ponte...* sino que alguna vez yo le dije: *güey convídame* y él me dijo (...) *no sé si yo tengo la culpa porque ya me estás viendo siempre consumir y yo te desperté la ansiedad, pero te voy a decir una cosa: esta cosa es el diablo*, así me lo dijo, esto que ves aquí es el diablo. Yo no entendía en ese momento, yo pensaba es algo muy malo o para matones o algo así, pero a mí me dijo literalmente *esto es el diablo* y esto que ves aquí es el diablo y yo no entendía (...) Yo quería como empatizar con él, caerle mejor y así, o sea tal vez como por querer encajar, porque a veces ya era así como de que, pues era así de que ya terminábamos, estábamos planeando otra cosa y me decía: *¿te molesta si le doy un fume?* y yo así de pues no, entonces a veces era seguido que le daba ... pero era así como que un leve, le daba un fume y ya seguíamos trabajando y a mí me daba curiosidad de que estaba igual centrado en lo que hacía, o sea escribía, redactaba, recibía llamadas, lo veía como más concentrado (...) pero yo sin conocer como que los efectos. (Carlos, comunicación personal, 2023)

Pero Carlos no experimentó el mismo efecto cuando decidió consumir para su mejorar su desempeño laboral. Al contrario: comenta que lo relajó tanto que se sentía adormilado, así que no continuo consumiendo cristal en esos contextos. No fue hasta después del diagnóstico positivo a VIH que Carlos comienza a probar el cristal, cuando su relación de pareja se abrió sexualmente a otras personas.

Muchos de los encuentros que Carlos tuvo con otros varones se dieron con el consumo de la metanfetamina. Aunque señala que su consumo se redujo a estos encuentros, por muy esporádicos o frecuentes que estos fueran. Me llamó mucho la atención que cuando hablamos de este tema Carlos consideraba que su consumo de metanfetamina no se enmarcaba en el concepto de *adicción*, sino en el de *patrones de comportamiento*.

Cuando le pregunté por qué distinguía entre ambos términos, me contestó que su consumo de cristal solo sucede, desde el inicio, con la finalidad de incrementar el placer dentro de sus prácticas sexuales. Por lo tanto no se trataba, a su parecer de una conducta compulsiva e incontrolable, como lo hubiera sido si consumiera como su ex jefe, en contextos laborales donde seguramente sería frecuente. Por tanto, consideraba que no era necesario platicar de su consumo durante su atención en VIH. Esto me pareció bastante interesante porque son estas significaciones en torno a la práctica del consumo lo que parece determinar, entre otras cosas, en parte si las personas buscamos atención sanitaria o no.

Como Carlos ha tenido empleos diversos, algunos de ellos le ofrecen seguridad social. Por lo tanto, Carlos ha tenido experiencias de atención en el sistema IMSS, CAPASITS Puebla e incluso en una clínica CAPASITS del estado de México⁹⁸, por lo que Carlos tiene la oportunidad de comparar los diversos servicios ofertados.

Quién también se atiende en el hospital del IMSS de la capital poblana es Mauricio, el chico que gusta de prendas leather y que vive en una unidad habitacional de la ciudad de Puebla, no solo por su condición VIH sino también por otras comorbilidades como diabetes. (Desgraciadamente la salud de Mau ha venido decayendo, Recién a estas líneas, pocas semanas atrás, platicué con él y me contaba sobre su diagnóstico positivo a cáncer de páncreas, y que en próximos días estaba por iniciar con las quimioterapias. No hablamos del consumo ni de su vida sexual. Platicamos solamente sobre cómo se sentía).

Mauricio cuenta que luego de recibir su diagnóstico en el CAPASITS Puebla, donde se hizo la prueba, informó que contaba con seguro social particular, así que acudió a su clínica correspondiente. Sin embargo su experiencia no fue grata. Desde su primera consulta, fue reprendido por personal de enfermería por haberse infectado al no usar preservativo a su edad. Me llamó mucho la atención porque efectivamente, Mauricio es quien empieza a vivir con VIH a mayor edad de todas historias registradas en este texto. Lo cual habré una discusión sobre la edad como un elemento que interviene en las vivencias del VIH. ¿Cómo son significadas las personas que se infectan con este virus a una edad madura por vía sexual? En muchas ocasiones me ha tocado ver a personas de la tercera edad en consulta en CAPASITS Puebla. Y me parece gracioso que con Pancho, mi amigo y compañero de casa, hemos platicado como es que se hayan infectado y es común que deducimos que en una transfusión sanguínea. Pero no planteamos la posibilidad de que haya sido por vía sexual, lo cual habla del desdibujamiento de la sexualidad en personas mayores. Por ello es que la enfermera del IMSS que recibe a Mauricio, le reprocha el haberse infectado.

Pero ese no fue el único momento que Mauricio consideró como incómodo en la atención del IMSS: “una enfermera (...) me dijo: fírmale... pero bien que me di cuenta como limpio el lapicero (...) con un algodón y alcohol y eso me cayó muy mal (...) y dije: *ay, gente ignorante*”(Mauricio, comunicación personal, marzo 2024).

Aunque Mauricio considera que no le gustaría comentar personalmente sobre su consumo de cristal en su espacio de atención institucional, él intuye que se sabe, porque parte de los primeros estudios realizados al ingreso del TARGA fueron de “los pulmones” y considera que a través de tales análisis, sus médicos tratantes deben de conocer de su consumo.

Le pregunté porque él no diría de forma directa sobre su consumo a sus médicos tratantes, y me refirió que considera que son muy *especiales* y que seguramente le

⁹⁸ Al respecto, Carlos comenta que considera que el CAPASITS Puebla es uno de los de mejor infraestructura que conoce. Teniendo como referencia la clínica mexiquense, donde menciona que solo contaban con área médica y de trabajo social.

suspenderían el servicio de atención no solo a VIH sino también a su condición de diabetes y otros malestares. Cuando escuchaba estas palabras de Mau, yo mismo pensaba que eso sería técnicamente imposible, aunque si podría serlo planteado como una amenaza.

Mi amigo Enrique, quien trabaja en la industria textil y fue quien me ayudó contactando a Víctor en el motel de encuentros sexuales y consumo de metanfetamina, también me había contado que la atención en el IMSS la significa de manera incomoda. Tal percepción se ve reflejada en dos escenas narradas por él. Habrá que recordar que tanto Enrique como su esposo, fueron diagnosticados con VIH (no es el caso de Carlos, Enrique solo colaboró en este trabajo con ciertas aportaciones porque él no consume cristal). así que durante las primeras ocasiones en que fueron referidos de su consultorio familiar a infectología, mientras esperaban la hoja de referencia, el médico tratante les preguntó: *¿Cuál de los dos es la mujer?*

Cuando le pregunté a Enrique sobre su reacción, me dijo que ambos se quedaron mudos y no reaccionaron más que con una sonrisa, mientras él le apretaba el brazo a su esposo para que éste no reaccionara de forma violenta. Por supuesto que les pareció muy incómoda la pregunta, tanto que les costó trabajo actuar frente a ella. Después, decían que fue oportuno que no contestaran nada, *que tal si se enoja el doctor y no nos da la hoja de referencia a infectología*. Ambas experiencias, la de Enrique y de Mau, denotan cómo en espacios que no son el CAPASITS, existe poco conocimiento sobre el abordaje digno a personas sexo disidentes. Pero también existe en las y los pacientes el temor de reaccionar ante tales tratos por miedo a dejar de ser atendidos adecuadamente o que se suspendan sus tratamientos. Y me parece en ese sentido que estas posibilidades se abren porque algo que diferencia a ambos espacios de atención institucional es que en el CAPASITS más que un espacio de atención a la salud, es un escenario político en torno los derechos de minorías sexuales, el ejercicio sexual y lo sanitario. Habrá que recordar que en el capítulo primero se narró el surgimiento de este espacio de atención como el resultado de gestiones de gobierno pero sobre todo de demanda ciudadana. Esto permitió que durante muchos tiempo fuera un sitio de convergencia por los derechos sexuales. Y al mismo tiempo temas sobre género, sexualidad y respeto por la diversidad fueran exigidos en la atención al paciente.

Y en ese sentido cabe el segundo momento o contexto que Enrique narra con respecto al IMSS (y que en su momento también fue referido por Carlos en las ocasiones cuando por su trabajo recibe atención en esta institución) que cuando comentan en el módulo de orientación o recepción que se dirigen al consultorio de infectología, perciben un trato distinto de algunas y algunos trabajadores sanitarios e incluso de pacientes que se encuentran en las áreas de espera. Es posible que sea en gran medida la percepción de los sujetos, lo cual no es un dato menor. Pero contrasta mucho con la percepción de otros colaboradores del CAPASITS Puebla como un espacio cómodo para las poblaciones sexo diversas, no solo en el trato sino en que el personal se ha acercado y ha sido capacitado en temas de derechos sexuales, diversidad sexual, respeto a la identidad, género, etcétera.

Reyes Soriano (2025) discute actualmente en su tesis doctoral, mediante el análisis de las necesidades en salud de poblaciones de varones trans, cómo los espacios de atención institucional creados para poblaciones muy determinadas (como las poblaciones VIH o varones trans) en realidad no tensionan el paradigma biomédico como pareciera ser, sino que por el contrario, se termina contribuyendo al mismo. El que en espacios como el CAPASITS Puebla resulte obligatorio por ejemplo, empaparse de temas sobre sexualidad, género y sexo diversidad como elementos necesarios para la atención a poblaciones, fortalece la idea de que tales necesidades son una suerte de *deseos* de las y los pacientes y no una necesidad general de la atención sanitaria en general. Es decir, pareciera que en espacios como el IMSS aún se pueden hacer el tipo de preguntas como las que reciben Enrique y su esposo, y que si el paciente desea un trato distinto, para eso existen espacios como CAPASITS Puebla, donde están capacitados para ello.

Y esto también expone un ejercicio de gubernamentalidad porque está relacionado con la manera en que se construyen los espacios para determinadas poblaciones que se buscan regular. Es decir, las prácticas que Reyes Soriano denuncia funcionan también, por lo menos en el registro de la atención a VIH, como mecanismos de gubernamentalidad porque no solo se trata de los espacios específicos destinados para la atención de una población determinada, sino la forma en que las normas y dinámicas se despliegan.

No obstante, habrá que pensar en las acciones que las y los pacientes realizan ante esta manera de atención en instituciones como el IMSS. Enrique y su esposo decidieron no confrontar el comentario del médico, pero seguramente otras personas si lo harían. Y de la misma manera como sucede en el CAPASITS Puebla, parte del personal sanitario se habrá interesado en temas de sexo diversidad para poder atender a poblaciones con tales características sin la necesidad de esperar a la implementación de protocolos al respecto. Los dos activistas que he citado con anterioridad y en varias ocasiones en este texto, citaron con frecuencia a un médico infectólogo del IMSS – actualmente jubilado- en la capital poblana que tenía mucha apertura en la atención al VIH/sida y promovía entre el personal de dicha institución, el respecto a las poblaciones atendidas.

La sexualidad de las personas que vivimos con VIH

Como narré en el capítulo primero, uno de los filmes cinematográficos que más recuerdo dejando una huella en mis significaciones adolescentes acerca de mi sexualidad y mi homosexual, fue la película *Philadelphia* protagonizada por Tom Hanks y dirigida por Jonathan Demme del año 1993.

Quiero retomar esta cinta con todos sus bemoles, en especial por una de las escenas que pueden resultar más controversiales del filme. Se trata de una especie de retrospectiva que realiza el protagonista, cuando en el juicio por discriminación por serofobia y despido injustificado que él mismo interpone a la firma de abogados donde laboraba, se le pregunta sobre el posible contexto en el que sucede su infección por VIH. De acuerdo con la escena, se le pide que explique su asistencia a cines porno de la ciudad, en donde se ilustra que suceden encuentros sexuales entre varones o *cruising*. El testimonio se solicita por parte de la defensa de los demandados, como un intento para exponer que la *promiscuidad* del personaje fue la causa de su infección por el virus, lo cual se plantea como una intento para desarmar su argumento sobre discriminación por parte de sus antiguos contratantes.

Según mi memoria, la escena que materializa el recuerdo de *Andy*, el personaje que interpreta Tom Hanks, lo muestra a él en la penumbra característica de todo cine, pero con la particularidad de que la oscuridad es acompañada por los gemidos masculinos de la supuesta película *porno gay* que se proyecta. Otro sujeto se le acerca y los movimientos insinúan un encuentro sexual. Bajo el argumento de la película el *cruising*, que socialmente ha sido considerado como una *característica negativa* de las prácticas sexuales entre varones, es utilizado por la defensa de los acusados para remarcar que cuando suceden estas visitas al cine, el demandante ya tenía una relación estable con su entonces pareja sentimental, quien es interpretado en el filme por Antonio Banderas. Por lo que el argumento legal descansa en tratar de culpar al protagonista de la historia por una conducta reprobable, razón por la cual merecía haberse infectado pero además había puesto en peligro la salud y vida de su pareja.

Múltiples planteamientos y reflexiones pueden suceder a partir de esta escena. Pero la razón por la que me interesa es para remarcar cómo dicha escena es una representación que refleja una tendencia bastante frecuente: muchas de las veces el interés por la sexualidad de las personas que vivimos con el virus del VIH, se reduce al momento – o supuesto momento- en que sucede la infección. Y tal interés no solo es de las políticas públicas sanitarias, sino que se ve replicado muchas veces en la ciencia, la vida cotidiana y hasta los momentos de introspección en las mismas personas que vivimos con el virus. Tan es así que yo mismo he dedicado varias líneas a los procesos de sospecha de infección de los colaboradores en este mismo trabajo.

Puede que tal interés descansa, efectivamente. en las lógicas de la política sanitaria. Si lo que interesa desde la biopolítica es evitar y prevenir futuras infecciones en el resto de la población, suena obvia la necesidad de conocer cuáles fueron las condiciones durante las cuales suceden las infecciones ya registradas: se necesita conocer la génesis del problema para poder prevenirlo.

Sin embargo consideró que esta postura tiene como precio reducir la sexualidad de las personas que vivimos con este virus al mero instante de la infección por una parte y por otra insinúa que la regulación de tal sexualidad debe quedar en manos de las autoridades clínicas. La entrega de preservativos en el área de farmacia del CAPASITS Puebla referidas

líneas atrás, por ejemplo, pueden resultar un buen ejemplo de cómo las recomendaciones médicas muchas de las veces intentan dirigir las prácticas sexuales de las poblaciones atendidas en dicha clínica. Se trata pues de un ejercicio de gubernamentalidad.

En ese sentido, pareciera que lo se busca es que las personas que vivimos con el virus del VIH, llevásemos a cabo nuestras prácticas sexuales dentro del marco de los conocimientos médicos y recomendaciones clínicas. Es decir, que las personas que vivimos con VIH, tras el diagnóstico, deberíamos ejercer nuestra sexualidad de una forma más *responsable* por lo que el dispositivo sanitario dictamina las formas correctas para ello ¿Sucedo esto así? Difícilmente.

En primer lugar porque habría que dejar bien en claro que el supuesto interés del *dispositivo sanitario* en la sexualidad de las personas que vivimos con el virus, es en realidad un interés biopolítico por el cumplimiento de su normativa, y no por el ejercicio sexual en sí. De ser cierto que el interés recae en las prácticas sexuales de las y los pacientes, las políticas de atención institucional contemplarían un elemento fundamental: el placer sexual, el cual difícilmente figura en las planeaciones de atención al padecimiento.

Y en segundo lugar porque las personas cuyas conductas se intentan direccionar mediante la adherencia a los tratamientos ARV no son entes sin agencia que aceptan las recomendaciones clínicas al pie de la letra, sin cuestionarlas en un momento determinado.

Por ello, en este cuarto capítulo lo que me interesa es reflexionar la forma en que los dialogantes de este trabajo llevan a cabo su vida sexual, haciendo un registro sobre dónde se vincula el consumo de metanfetamina y los tratamientos ARV. Todo bajo el tenor de que nuestra sexualidad como personas que vivimos con el virus es importante no solo en el momento en que sucede la infección, sino que su propio ejercicio es rico para entender modelos de gubernamentalidad pero también de agenciamiento y capacidad de decisión que muchas de las veces incluso no se presentan como mutuamente excluyentes sino como articulaciones que se materializan en la vida cotidiana.

Han pasado 32 años desde la creación de la película *Filadelfia* y cabría preguntarse entonces qué tanto y de qué manera ha variado el interés acerca de la sexualidad de poblaciones que vivimos con VIH y desde qué ámbitos se ha destacado dicho interés, así como el peso que tienen las experiencias sexuales de las personas que vivimos con el virus en relación a la manera en que se concibe el ejercicio de nuestra sexualidad.

Sexualidad después del VIH: ¿qué papel juega la interseccionalidad?

En capítulos anteriores cité a González Lezama acerca de su investigación titulada *Jóvenes Gay y VIH: La sexualidad después del diagnóstico* del año 2014. En este trabajo el investigador, quien también realizó sus estudios de maestría en esta línea de antropología de

la sexualidad, cuerpo y genero donde yo realizo esta tesis doctoral, expone entre otras cosas las experiencias de muchachos que luego del diagnóstico positivo a VIH/sida vivieron una pausa en su sexualidad, pero luego el ejercicio sexual se reanuda.

Cuando conocí el trabajo de Lezama, recordaba mi experiencia personal en la cual, tras el diagnóstico positivo a VIH, también hubo una suspensión de encuentros sexuales con otros varones por algún tiempo que después se reanudó, pero que dejó huellas en el ejercicio de mi sexualidad hasta la actualidad.

Se recordará que en ese entonces, en el año 2017, yo estaba muy enamorado de la persona con quien me infecté. Que mi intento por tener una relación de noviazgo con él se había frustrado desde antes de que el mismo chico me avisara que había sido notificado como seropositivo a VIH y que además de aceptar el rechazo, yo tuve que esperar el periodo de ventana para confirmar mi propio diagnóstico. Para mí, lidiar con ambas cosas fue demasiado duro.

Y una de las estrategias que ahora pienso que apliqué para soportar las malas noticias y la espera del diagnóstico fue buscar muchos encuentros sexuales con otros varones de la ciudad durante el periodo de ventana. Recuerdo una enorme necesidad de sentirme deseado, aceptado pero también acompañado y hasta amado por otros chicos, ante el rechazo de aquel al que en ese momento amaba. Y los encuentros sexuales representaban una manera de sentir un poco menos doloroso el proceso de rechazo.

Pero las manifestaciones de la infección no se hicieron esperar. Poco a poco mi cuerpo se sentía más cansado que de costumbre tras el sexo, pero me negaba a pensar que eso era un síntoma del VIH. Finalmente mi cuerpo sucumbió ante la IO en la garganta y ante tales malestares detuve mis encuentros con otros chicos. Después vino el diagnóstico confirmado, luego el cuadro de ansiedad ante mi urgencia por empezar mi tratamiento ARV. Y en todo este escenario no solo deje de tener sexo sino que además no quería ni deseaba tener ningún encuentro sexual con algún otro chico.

Recuerdo que en ese momento lo prioritario era *salvar mi vida con la adscripción al ARV*. Pero había algo más que incluso llegué a encontrar también en las narrativas de algunos de los participantes de este trabajo: sabiéndome un cuerpo con VIH, no me sentía digno de experimentar placer sexual con otros cuerpos.

Incluso después de ingresar al tratamiento, cuando ya no sentía mi vida en peligro y la IO había desaparecido, mi deseo de estar con algún otro varón era nulo. No es que no tuviera el deseo sexual porque incluso en todo momento, inclusive cuando me sentía muy mal por la IO, opté por la masturbación para satisfacer mi deseo. Mas bien era que me sentía muy herido por el rechazo del chico al que amaba, a lo cual se sumaba además el odio por haberme infectado con él y ahora pasar a ser parte de la estadística de personas que viven con el virus. Dicho odio era por un lado hacia el chico: en muchos momentos me atormentaba pensando que su diagnóstico no había sido reciente, sino que ya vivía con él desde tiempo

atrás y la infección había sucedido de manera intencional y me preguntaba las razones por las que me habría hecho algo así. Aunque jamás quise/pude comprobar tal hipótesis. Y por otro lado existía el odio hacia mí mismo por no haberme protegido usando condón y ahora estar *metido en ese problema*. Así que en esos momentos yo no quería era sentirme cerca de nadie, tocar o ser tocado por otra persona sexualmente hablando. Sentía miedo de infectarles, miedo de infartarme yo con otra ITS y además como dije, me sentía profundamente lastimado por el chico del que estaba enamorado, por su rechazo y abandono.

Reconozco a estas alturas que mi vida sexual si cambió después de mi diagnóstico positivo a VIH. Y no solo me refiero a que después del diagnóstico he tenido menos encuentros que antes. Mas bien hablo de un cambio subjetivo. Una de las primeras cosas que noto es que el ejercicio de mi sexualidad depende muchas veces de como *salgo en mis estudios clínicos*: tengo más actividad sexual después de que he confirmado mi indetectabilidad en la consulta médica semestral. Esto me parece interesante porque no solo son cambios tras recibir el diagnóstico sino también son huellas que se quedan aunque el shock del momento de la notificación se haya quedado atrás o incluso no haya sido tan devastador.

Pero además ha cambiado también mi forma de vincularme con las posibles parejas sexuales. Ya no tengo encuentros con mis amigos ocasionales a quien visitaba o me visitaban en mi domicilio para coger, como antes. Antes de la infección eran varios los amigos que en distintas ocasiones nos encontrábamos para tener sexo. Pero después de la infección he optado por acudir a lugares de encuentro principalmente porque en estos espacios no tengo que hablar de mi condición serológica a VIH. Jamás me atreví a buscar a mis antiguos amigos sexuales, contarles de mi infección y de mi tratamiento y proponer continuar con nuestros encuentros. En realidad yo me sentía muy inferior a ellos y ni siquiera tuve el valor de buscarlos.

Y en los lugares de encuentro, sabiéndome yo indetectable, no habría problema en que la gente no supiera mi condición VIH. Ahí no he experimentado el rechazo. Nadie me rechaza por vivir con VIH porque nadie lo sabe. Y creo esa es la razón principal por la que decidí desde hacer varios años alejarme de mis amigos sexuales o rechazar invitaciones sexuales de conocidos a los que nunca les he dicho mi condición y he abrazado a los lugares de encuentro como los espacios donde ejerzo mi sexualidad compartida, puesto que bajo tales condiciones no me siento rechazado.

Por supuesto que también he descartado pensar en la creación de una relación de pareja. Creo, al igual que algunos de mis dialogantes de este trabajo, que si eso sucediera en el futuro tendría que ser con alguien que comparte el vivir con el virus. Durante la pandemia del COVID19, comencé a salir con un chico que en verdad me gustaba y creo que yo también a él. Nunca llegamos a la penetración y/o eyaculación, Solo besos, caricias y si acaso sexo oral. Pero la relación avanzaba y una noche, le conté de mi condición VIH. Él lo tomó con

bastante calma, pero hizo un comentario que me hizo pensar mucho. Dijo que no le importaba que yo viviera con el virus y que de ser necesario usaríamos triple condón para estar juntos.

Su comentario primero me hizo reír, pero luego me molestó en demasía. Me hacía sentir como alguien del cual él debía protegerse al extremo. Inmediatamente descarté seguir en contacto con él, porque consideré que él no estaba listo para estar en una relación con alguien que vive con VIH. Pero luego pensé que quizás era yo el que no estaba listo para una relación serodiscordante. Si las prácticas que el otro consideraba como de autocuidado iban a ser ofensivas para mí, me pareció una señal de algo que debía (y debo) trabajar si es que estoy interesado en tener una relación de noviazgo alguna vez.

Independiente de ello, lo que creo que es el punto de esta reflexión son los cambios subjetivos que se habilitan en la sexualidad y afectividad como registros articulados, de quienes vivimos con VIH posterior al diagnóstico, inicio de tratamiento y vivencia con el virus. Porque me parece que constantemente tal sexualidad puede estar fluctuando entre lo placentero y otros elementos como lo que significa ser alguien con VIH, los prejuicios, las acciones serofóbicas e incluso las series de recomendaciones clínicas dirigidas a lo que se entiende como cuidado de la salud tanto para nosotras y nosotros como para las y los otros.

Todo un escenario que me parece traer al frente entre otras cosas, a la noción de peligro. En ese sentido, Carol Vance (1985) ubica esa tensión entre el placer y el peligro en la sexualidad femenina, donde se vive entre el derecho al placer sexual femenino y las condiciones de vulnerabilidad y dañabilidad provenientes de la violencia machista⁹⁹. Y en conversación con la propuesta de Vance (1985), me parece que en la sexualidad de las personas que vivimos con VIH muchas de las veces se tensionan también, aunque con sus claras diferencias y particularidades, los elementos del placer y el peligro. El placer al ejercer nuestra sexualidad que constantemente puede cruzarse (o no) con aquello que se significan como cuidados y autocuidados de la salud e incluso de la integridad y la vida. Y no es que este escenario sea algo exclusivo del vivir con VIH. Históricamente el mismo sexo entre varones en nuestras sociedades modernas ha fluctuado entre los placentero y el peligro de la

⁹⁹ En “El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad” (1984), Carol Vance (1985) reflexiona sobre la “compleja relación entre el placer y el peligro sexual en la vida de las mujeres y la teoría feminista” (p.3) Para Vance (1985), la sexualidad de la mujer se establece como una suerte de yuxtaposición y tensión entre el placer sexual y el peligro sexual. La discusión de la autora se coloca en cómo históricamente, en nuestras sociedades occidentales, el placer de la mujer se *tensiona* con la idea de un proteccionismo otorgado desde el patriarcado. Fue la primera ola del feminismo, en el siglo XIX, la que dio cuenta del *pacto tradicional* en el cual “si las mujeres eran buenas, los hombres las protegerían, si no, las castigarían” (p.11). Este pacto no solo establecía el peligro sexual mediante el cual se desplegaba la sexualidad femenina, sino que se instalaba como una suerte de mecanismo para contener los *impulsos masculinos*. Aun este argumento está presente en nuestros días, cuando en la cotidianidad se suele enunciar la frase: *el hombre llega hasta donde la mujer quiere*. Esta primera ola del feminismo dio cuenta de la ausencia de que las pasiones de la mujer eran consideradas como ausentes o en todo caso, provocadoras de sus propias desgracias, en este esquema o pacto proteccionista. En ese sentido, la segunda ola del feminismo, propia del siglo XX, se inclinó por abogar por un aumento de la autonomía sexual para las mujeres, y una reducción de la protección femenina. De esta manera, ambos escenarios discutidos desde la teoría y política feminista, en la voz de Vance (1985), dan cuenta de tales tensiones entre el peligro y el placer sexual mediante el cual se ha desarrollado históricamente la sexualidad de las mujeres en nuestras sociedades. En ese sentido la autora va a apostar por que son en las experiencias de las mujeres, en el cómo viven el deseo, la fantasía y la actividad sexual (p.15) donde encuentra que se debe reflexionar precisamente para poder comprender cómo esta tensión se materializa y da forma a la sexualidad y subjetividad femeninas, porque en las experiencias se ubican las condiciones de las personas como la edad, la clase, el origen económico, la capacidad física, la orientación y preferencia sexual, la religión, la región, etc.

clandestinidad como en los contextos del cruising. Pero me parece que dentro de las experiencias de sujetos gais que vivimos con el virus y ejercemos nuestra sexualidad dicha tensión da pie a reflexionar sobre qué pasa cuando un elemento frena al otro o si es que logran articularse o si alguno de ellos se omite por completo aunque sea por algunos instantes. Es decir, como se conjugan la búsqueda del placer sexual y las recomendaciones sobre el cuidado y autocuidado en el vivir con VIH. Y al mismo tiempo me parece que permite pensar qué papel juega el amor en las vinculaciones de las personas que vivimos con el virus.

Con los muchachos que colaboran conmigo en este trabajo llegamos a platicar sobre sus experiencias en torno a los cambios que vivieron en sus prácticas sexuales luego de comenzar a vivir con VIH y cómo tales cambios se enfrentan a las recomendaciones sanitarias del cuidado de la salud. Una de esas experiencias que resuenan mucho por su particularidad es la de Gustavo, el chico que trabaja en una aerolínea de la CDMX, con padres médicos y cuyo diagnóstico no lo vivió desde el sufrir. Su experiencia me parece muy significativa para empezar a discutir precisamente porque este último dato es muy importante para comprender los cambios que Gus experimentó.

Gustavo aceptaba que el diagnóstico positivo a VIH no fue un impedimento para seguir teniendo prácticas sexuales con otros sujetos. Si como dice su diagnóstico lo vivió de una forma tranquila, me parece lógico pensar que su vida sexual no frenó como en la mayoría de los otros casos. Cuando platicamos de este tema, lo hicimos a través de una llamada telefónica. Recuerdo esta plática porque en todo momento percibí mucha alegría en la voz de Gus. Cuando hablamos de este tema, de cómo vive su sexualidad viviendo con VIH, Gus lograba transmitir lo grato que resulta para él y esto me resulta muy importante porque da cuenta de una vida sexual cómoda para él.

A Gus además gusta mucho del sexo sin condón, lo cual no suele ser recomendado desde los criterios clínicos sobre todo para las personas que vivimos con el virus. El tema del *sexo a pelo* o no uso del condón lo abordo en próximas líneas. Por ahora me enfoco en él solo para hablar de los cambios en la sexualidad que Gus señala tras ser diagnosticado VIH positivo.

Antes de la infección Gustavo mantenía relaciones sexuales en encuentros ocasionales, pero también en el marco de relaciones de pareja cuando tenía novio, con o sin uso del preservativo. Pero después de la infección, comenta que hay algo que le resulta indispensable para poder seguir cogiendo a pelo: el saberse indetectable. Siendo y sabiéndose indetectable, Gustavo ha tenido en muchas ocasiones encuentros sexuales *a pelo* tanto con conocidos como desconocidos. Puede plantearse entonces que si algo ha cambiado en el ejercicio de la sexualidad de Gus, es que a ésta se han sumado las prácticas necesarias para saberse, ser y mantenerse indetectable.

Ahora bien, algunos de sus conocidos con los que tiene sexo de manera regular, saben de su condición VIH y le han propuesto establecer una relación de noviazgo. De entrada este

punto me pareció muy interesante porque como decía cuando lo presenté en este texto, Gustavo cuenta con mucho capital erótico dentro del ambiente homosexual. Lo cual me hace preguntar qué tanto influye tal factor para que las personas sean consideradas como parejas potenciales aun viviendo con VIH. Es decir, ¿una persona considerada como poco atractiva, con poco capital erótico, económico, social o cultural tendrá menos posibilidades de reconstruir su vida en pareja viviendo con el virus?

Pero cuando a Gustavo le proponen una relación de pareja, él pone ciertas condicionantes para ello. Gus piensa que tener una pareja estable representa sobre todo la oportunidad de tener a alguien con quien *coger a pelo* de manera constante y segura dado que el interesado sabe de su condición serológica a VIH. Es decir, Gustavo busca establecer una relación de pareja con alguien que sepa que él vive con el virus, que se encuentra bajo tratamiento, que maneja una condición indetectable y que se llevarían a cabo prácticas sexuales sin el uso del preservativo de manera constante. Ese es el escenario de Gus plantea cuando habla de la sexualidad en una pareja y son las condiciones que establece cuando alguien se muestra interesado en ello. Y de hecho es algo que ha conseguido luego de su diagnóstico. Gustavo señala que bajo tales condiciones ha logrado establecer algunas relaciones de pareja.

Cuando escuchaba a Gus, yo pensaba que si estaba dejando de lado al sexo ocasional, pero no era así: también refirió que en encuentros causales, es decir, en el contexto del *cruising* y otros contextos del sexo ocasional, había llevado a cabo prácticas sexuales sin condón. En estos casos, la única condición que se podría establecer es que Gustavo sabía que se encontraba en una condición indetectable al VIH.

Pero algo que destaca mucho en la experiencia de Gus, es que a diferencia mía, nunca plantea el sentirse menos que los demás por vivir con VIH. Gus, como he referido, tiene un fuerte capital social, cultural, económico y erótico y me parece que todo ello ayuda a no sufrir frente al diagnóstico positivo como en otras experiencias, a no suspender sus prácticas sexuales y en general aparentemente a llevar una vivencia VIH desde otro posicionamiento, uno más alejado del sufrimiento. Si acaso lo que se modifica en ellas es el anexo y exigencia de la condición indetectable como lo referí ya. Por supuesto que no puede pensarse solamente en un registro cultural pues el orden subjetivo de Gustavo también es fundamental para vivir así la experiencia.

Me parece que esto es algo a lo que habría que poner atención. Gus tiene la capacidad de elegir, por encima de ser elegido. No es que las otras personas que vivimos con VIH no tengamos un margen de elección y agencia en nuestras prácticas sexuales y vinculaciones afectivas. Pero me parece importante destacar que, en diálogo con Canseco (2017) cuando habla de la justicia erótica, ciertas condiciones de los sujetos que les otorgan capital cultural, económico y erótico no solo evita que se sientan inferiores por vivir con VIH, sino que los coloca en una posición en la cual pueden elegir con mayor facilidad y opciones. En otras palabras, alguien viviendo con VIH pero racializado y/o con un empleo precarizado y de

bajos ingresos, sin los accesos culturales como los que cuenta Gus ¿tendría la misma facilidad de plantear una relación sexo afectiva bajo las condiciones como él lo hace y qué posibilidades tendría de que las y los demás aceptaran tales condiciones? ¿esto influye en que Gus no solo viva su sexualidad de esta manera sino que incluso logre hacer circular tal alegría cuando habla acerca de su vida sexual?

Por lo tanto se podría pensar que efectivamente, las diversas formas en que se llega a vivir la sexualidad y las vinculaciones afectivas viviendo con VIH mucho tienen con la interseccionalidad en que se vive, tomando en cuenta los capitales sociales, culturales, económicos y eróticos. Porque no habría que quitar el dedo del renglón con respecto a que varias de las experiencias en torno a la sexualidad VIH, son muchas veces más cercanas al sufrimiento desde distintos registros. En ese sentido se ubica el caso de Jasón – el chico de CDMX que estuvo en fase de sida en su juventud- donde la reincorporación del ejercicio de su sexualidad tras su diagnóstico positivo a VIH no fue del todo cómoda y placentera, sino por el contrario ocurrió un hecho violento.

Sucede que años después de recuperarse de la fase sida, estando ya indetectable y reincorporado a su vida familiar y laboral estable, Jasón se enamoró de un chico muy atractivo y con fuertes ingresos y él se sentía muy contento porque se había animado a tener una relación de pareja estable después de la severa experiencia de vivir con sida.

Pero la alegría no se prolongó hasta el final de la relación. Al poco tiempo de hacerse novios, Jasón sufrió un grave ataque. Fue violentado sexualmente por su entonces pareja y amigos de ésta. Jasón – quien tendría unos 25 años - señala que un fin de semana su entonces novio le invitó a salir a divertirse junto con otros amigos. Él aceptó con gusto porque nunca imaginó la posibilidad de ser violentado. Hasta ese instante su novio se había mostrado dulce y complaciente. Así que sin mayores preocupaciones, salió con ellos a bailar y tomar.

Sin embargo refiere que en un determinado momento de la noche en cuestión, Jasón sospecha que fue intoxicado con alguna sustancia en su bebida, pues perdió el conocimiento. Lo último que recuerda fue empezar a sentirse mareado por el alcohol, lo cual no le pareció lógico por la cantidad que había bebido. No obstante, lo siguiente que recuerda fue despertar en una habitación de un hotel, porque sintió un intenso dolor por estar siendo violentado sexualmente por su novio y acompañantes.

Aunque quiso saber qué sucedía, se sentía tan aturdido que no pudo hacer nada. Piensa que despertó por el dolor al estar siendo violentado incluso con objetos, pero el sueño y la debilidad eran tales que no podía estar consciente. Además, recuerda que los lapsos en que podía mantenerse despierto, era inyectado con sustancias psicoactivas que lo hacían relajarse al grado de no poner resistencia e incluso volver a perder la conciencia. Recuerda que en un momento dado, el novio lo estaba metiendo a la regadera y le advertía que iban a salir del hotel pero que no debía hacer nada para pedir ayuda. Jasón no tenía fuerzas para hacer nada, así que solo recuerda haber sido arrastrado hasta un vehículo y llevado a un domicilio. Al

final despertó solo en esa casa, habían pasado tres días y se sentía sumamente confundido y agredido. Tras el ataque y como pudo, salió de la casa sin saber que hacer. El entonces novio lo amenazó con tener videos y fotografías de lo sucedido, lo bloqueó de todo contacto no sin antes amenazarlo por mensajes para que Jasón no procediera legalmente y nunca supo más de él.

Cuando Jasón me contaba de esta experiencia violenta, mientras hablábamos sobre los cambios en la sexualidad después del diagnóstico, lo narraba con bastante ira. Pero más que un enojo hacia los violentadores, parecía ser un odio hacia él mismo. En un momento dado le pregunté porque se había animado a tener una relación de noviazgo – yo esperaba que me respondiera que el tipo era muy guapo o con mucho dinero o posición social- y Jasón puso una cara de ironía y contestó que estúpidamente quería saber lo que era el amor. Me llamó mucho la atención esta respuesta porque en muchos momentos de su narración Jasón se asumía con mucha responsabilidad del ataque, a grado tal que nunca buscó la posibilidad de proceder legalmente.

Pero además para Jasón a partir de estos hechos muchas cosas cambiaron. Una de ellas y quizás la más importante es que inició su consumo de metanfetamina en el sexo. Primero pensó que era porque durante la agresión le habrían suministrado cristal y se había hecho adicto a la sustancia, pero después comprendió que más bien el consumo de la misma le había ayudado ante el recuerdo del ataque violento y considera que esa fue la razón por la que se ha enganchado con la sustancia. Jasón dice que quizás eso fue un grave error, porque el consumo se incrementó a tal grado que actualmente es difícil que tenga sexo con alguien que no sea usuario de la droga.

Pero esta agresión fue tan dolorosa para Jasón, no solo por la violencia sexual y física que ello implicó, sino porque se sentía también muy herido porque había confiado en que aun siendo una persona que vivía con el virus, alguien se había interesado en él como pareja sentimental. Cuando le pregunté a Jasón sobre el sentirse inferior por vivir con VIH contestó que la gente del *ambiente* sobre todo en ciudades grandes como Puebla y la CDMX, suelen buscar aprovecharse de los demás y abusar de quien luce indefenso.

En pláticas posteriores Jasón me contó que nunca supo a ciencia cierta cual fue el motivo principal por el que fue violentado en aquella ocasión:

Como te había dicho, yo quise creer, sentir que era el amor, sentir el amor... él sabía que yo era VIH positivo, nunca se lo oculté, siempre...incluso me presumía en sus fiestas y reuniones... pienso que es algo que él suele hacer, algo que lo hace frecuente con otros, que se lo ha hecho a otros. (Jasón, comunicación personal, 2023)

Aunque él mismo refiere desconocer las causas del ataque y tener algunas hipótesis, me llama la atención que considera su condición VIH como una de las posibles razones del acto. Me parece que ello da cuenta de cómo las personas que vivimos con el virus, aun cuando hayamos realizado algunas prácticas que eviten sentirnos menos ante los demás por nuestra condición, estamos conscientes que ello no evita la posibilidad de una agresión o violencia sobre los cuerpos por la misma causa. Y eso parece haber dejado una huella en Jasón sobre su vinculación con otros sujetos. Por ejemplo una de las cosas que me llegó a comentar de manera posterior y fuera de nuestras pláticas grabadas fue que se animó a participar en esta investigación porque desde el inicio yo dejé entrever que también vivía con VIH, lo cual le generó cierta confianza y comodidad.

Ahora bien, cuando le pregunté a Jasón sobre cómo era su sexualidad antes de este ataque y el inicio del consumo de cristal, pero después de recuperarse de la fase de sida, me dijo que él había intentado retomar su vida como antes del diagnóstico, que eso había sido una especie de meta que se había fijado: llevar una vida como hasta antes de la infección en todos los sentidos.

Eso me llamó mucho la atención porque suele ser una *promesa* común en la atención y el seguimiento médico a VIH: el hecho que una vez alcanzada la indetectabilidad, todo será como si la enfermedad no existiera. Pero tras el ataque sexual, Jasón dice sentir que el vivir con VIH es lo de menos, que es más grave aún el ser un usuario de metanfetamina y eso hace que sus encuentros sexuales actualmente sean solo con otros chicos consumidores de metanfetamina. Esto me parece muy importante porque una observación que se le hizo a este trabajo durante el tiempo de su construcción, fue que no perdiera de vista el papel del VIH articulado al consumo de cristal y el ejercicio de la sexualidad. Y las narrativas de Jasón resultan interesantes porque él mismo realiza un ejercicio de jerarquización entre ambas condiciones y coloca el vivir con el virus como algo menos preocupante que el consumo de metanfetaminas. Pero no deja de suceder que el vivir con VIH aunque sea considerada como una condición menor, particulariza al propio consumo de cristal.

En el momento de nuestras pláticas, Jasón planteaba no querer una relación de pareja, dado los antecedentes aquí narrados. Sin embargo, en sus redes sociales, tiempo después, mostraba fotos con un chico con quien aparentemente mantenía un noviazgo. Es una lástima que actualmente Jasón difícilmente contesta mis mensajes, llamadas y saludos. Y lo es porque me hubiera gustado saber cuáles fueron los motivos por los cuales cambió de parecer en cuanto a sus relaciones de pareja. Porque me parece sumamente interesante conocer cuáles son esas estrategias que los sujetos echan a andar para poder zafarse un poco de sus propias normas encarnadas y poder sobrellevar la vida pese a eventos violentos como el que Jasón atravesó.

Ahora bien, me pareció importante mostrar ambas narrativas en un mismo apartado porque de algún modo me permiten exponer polos opuestos entre las experiencias que encontré dialogando con los participantes, unas cómodas y otras donde la violencia ha dejado

una dura huella. Sin embargo ello no significa que en tales experiencias las vivencias sean planas y homologadas. Como pudimos ver en el caso de Jasón, aun con vivencias dolorosas y violentas, los sujetos encuentran la manera de reconstruir aspectos de su vida como lo sentimental y lo sexual. Y eso me parece una característica a rescatar porque ha sido una constante desde el inicio de la pandemia: la vida de las personas que vivimos con el virus no termina con el diagnóstico positivo, sino que se encuentra la manera de continuar.

Y esto es de mi interés porque al develar que las sexualidades VIH se mueven entre distintas polaridades, cabe recordar lo que se planteaba en el principio de este quinto capítulo: como se articula en el ejercicio de estas sexualidades con consumo de cristal y las recomendaciones del sistema sanitario. En las narrativas de Gustavo y de Jasón vemos la variedad de experiencias vividas que oscilan entre el placer y sostener el tratamiento ARV y a la indetectabilidad como una forma para seguir con la vida.

El placer sexual vs la atención en salud

En una de las entrevistas con Fabián – el ingeniero que trabaja que colaboró también en la investigación de maestría- hablábamos acerca de sus primeras experiencia sexualmente placenteras consumiendo metanfetaminas. Previamente, Fabián ya me había contado que, en un anterior y primer consumo, había sufrido fuertes taquicardias, por lo que consideró que no era un consumo grato para él. Asimismo, tiempo atrás, Fabián ya había experimentado con los poppers, la marihuana y el alcohol durante el ejercicio de su sexualidad y con ninguna de estas sustancias había tenido esa taquicardia como aquella que le causó su primer consumo de cristal. Esa experiencia desagradable sucedida a inicios del año 2020 me recordaba lo que Becker (2009) señala como el inicio de *una trayectoria de consumo*, que no es otra cosa más que el recorrido del consumo de sustancias psicoactivas en la vida de las personas. Pero Becker remarca que el éxito de tal trayectoria, es decir, el que una persona continúe o no con un consumo prolongado depende en gran medida de las experiencias placenteras o displacenteras que experimente durante sus primeros consumos. Así que de acuerdo con el autor, las probabilidades de que Fabián iniciara una trayectoria de consumo con el cristal, eran muy bajas debido a la desagradable experiencia que había vivido la primera vez.

Sin embargo esto no sucedió así. En ese mismo año, Fabián se reencontró con un chico del cual había estado enamorado, pero que en su momento nunca habían tenido nada juntos. El reencuentro se dio en el “El Hedón”, uno de los saunas para encuentros sexuales entre varones más populares de la región Puebla capital. Este reencuentro fue significativo para él por varias razones. Una de ellas fue que ahora Fabián se sentía mucho más seguro consigo mismo puesto que había perdido bastante peso corporal, y el tema de la gordura es muy importante para él porque lo considera fuertemente vinculado a su capital erótico. Así

que cuando se reencuentra con el chico, sintiéndose más seguro de sí mismo, se animó a buscar un encuentro sexual con él.

Así, a mediados de agosto del mismo 2020, concretaron un re encuentro en un motel de la ciudad. Ahí, el chico le dijo que llevaba cristal. Fabián refirió no tener problema con ello, porque estaba seguro que no iba a ingerir, dada su anterior experiencia desagradable. Sin embargo, no fue así. En este segundo encuentro con la sustancia, Fabián aceptó consumirla y resultó ser una experiencia sexualmente placentera, sin la taquicardia ni algún otro efecto desagradable por el cual Fabián recordara haberla *pasado mal*. A partir de ese momento Fabián ha mantenido el consumo de cristal que incluso puede entenderse como *no problemático*.

En un momento dado le pedí a Fabián detenernos en ambas experiencias. La primera donde fue desagradable la ingesta y la segunda donde fue bastante placentera. En el recuento de los hechos, Fabián considera que aquella taquicardia, muy probablemente se debió a que de manera previa había ingerido un fármaco parecido al *sildenafil* - un fármaco inicialmente utilizado para tratar la hipertensión arterial pulmonar, pero al paso del tiempo se comenzó a usar para tratar la disfunción eréctil- y en farmacodinámica con ambas sustancias, el cuerpo había reaccionado de manera desagradable. También, en aquella ocasión, se encontraba en el jacuzzi del hotel, es decir, estaba sumergido en aguas que habían elevado su temperatura corporal, factor que Fabián considera que también debió tomar en cuenta porque seguramente ayudó a la mala experiencia.

En cambio, en la segunda ocasión, no solo estaban ausentes estas dos condiciones (la ingesta del medicamento para lograr y sostener una erección y la estancia en el jacuzzi) sino que, por sobre todo, el nuevo compañero sexual era mucho más estimulante para él, no solo físicamente, sino porque éste había demostrado un mayor interés en Fabián, lo cual le había agregado un plus al encuentro sexual.

Ahora bien, las condiciones del segundo encuentro parecen encuadrar el inicio de la trayectoria de consumo de cristal en Fabián. Sin embargo, ese no es el tema que me interesa discutir en este momento. Es más, no sé si Fabián tiene razón o no en cuanto el papel de los elementos enunciados en ambas escenas, aunque me parece interesante cómo éstos se conectan para que una experiencia de consumo sea o no placentera. Pero más bien me interesa en sí el propio ejercicio que hicimos Fabián y yo de detectar tales elementos que ayudaron o no a la experiencia placentera. Y me parece importante porque este simple ejercicio lo que hace es poner en el centro de la discusión al tema del placer sexual, lo cual no es un dato menor porque considero que esto no sucede en las recomendaciones sanitarias institucionales en torno al VIH y el sida. es decir, la identificación de aquello que habilita al placer en la sexualidad de las personas que vivimos con VIH no es de centralidad en las políticas públicas sanitarias en el tema, aunque debería ser así dado el importante papel de dicho placer en las prácticas de consumo de cristal.

Inicié este capítulo hablando sobre mecanismos de gubernamentalidad, y reflexioné sobre cómo se espera que sea la sexualidad de las personas que vivimos con VIH por parte de la atención institucional en salud o bien cuáles son los aspectos de nuestra sexualidad que al aparato sanitario le interesan. Recordemos que la indetectabilidad no funciona solo como un estado óptimo para la sobrevivencia de las poblaciones que vivimos con el virus, sino que al mismo tiempo es el mecanismo regulatorio para evitar la transmisión comunitaria y con ello abrir la posibilidad de poner fin a la pandemia, que es el objetivo final de dicha atención en salud.

En ese sentido y como ya se ha visto la condición indetectable juega un papel central en la manera en que se espera que se ejerza la sexualidad de las poblaciones VIH. Desde el discurso clínico se despliegan una serie de normativas a manera de recomendaciones médicas en torno a la sexualidad de las personas que vivimos con el virus. Y tales recomendaciones están enfocadas a dos objetivos principales: a la indetectabilidad por un lado, y por el otro a lo que desde la década de los 90 se conoce como el *sexo seguro*. Ambos aspectos tienen un objetivo en común: evitar que continúe la transmisión del virus vía sexual. Por ello se hace crucial que durante la atención clínica para padecimientos como el VIH, se promueva una sexualidad con el uso del preservativo, un apego a los tratamientos ARV y llevar un estilo de vida catalogada como integralmente saludable.

Pero en ningún momento, desde tales discursos y recomendaciones médicas, se plantea el placer sexual de las personas y mucho menos la importancia que éste tiene en las vivencias sexo afectivas. Por ello el ejercicio que hicimos con Fabian me parece muy revelador de como las personas si podemos identificar las condiciones mediante las cuales una práctica sexual con consumo de metanfetamina se torna o no placentera y parece crucial para las trayectorias de consumo.

En ese sentido, lo que hice a continuación tanto con Fabian como con el resto de los colaboradores fue platicar en torno a esos elementos dictaminados desde la atención sanitaria que tienen que ver con normativas sobre el ejercicio sobre nuestra sexualidad. Uno de esos temas fue el no uso del condón en nuestros encuentros sexuales.

Me interesé hablar con ellos de este tema por dos principales razones: diversos estudios identifican al no uso de preservativo como una consecuencia del uso de sustancias psicoactivas. Así que consideré que el tema del no uso del condón me llevaría de la mano hacia el tema del uso de la metanfetamina versus las recomendaciones médicas. Y por otro lado hubo una publicación en redes sociales con respecto al sexo sin condón y la condición indetectable a VIH que me causó mucho revuelo. En septiembre del 2021 el activista Alain Pinzón, posteó en X el siguiente mensaje: “Viva la indetectabilidad, que nos permite volver a coger sin condón” (Pinzón, A. [@Alainwho] 15 de sep. 2021).

La publicación de Pinzón, generó como respuesta varios comentarios que remarcaban la relación *indetectabilidad- ejercicio de la sexualidad*. Pero muchos de los comentarios

que recibió Pinzón con su posteo lo acusaban de fomentar una irresponsabilidad en el ejercicio de las prácticas sexuales que ponían en *riesgo* tanto al sujeto como a sus compañeros sexuales.

Lo que me llamó mucho la atención de la publicación de Pinzón fueron las discusiones en torno a la responsabilidad en el uso o no del condón, así como fue el papel de la indetectabilidad como un elemento que parece modular las actuales nociones de *riesgo*, *cuidado*, *autocuidado* y *responsabilidad* en torno a las prácticas sexuales. Esta discusión sobre la responsabilidad en el sexo sin condón es algo que retomo al final del siguiente apartado. Primero, quiero abordar las generalidades de esta práctica que encontré dialogando con los participantes de este estudio.

Sexo a pelo: el preñar y las responsabilidades del autocuidado y el cuidado del otrx.

Ariel Martínez en su texto *Reflexionar a pelo: sexualidad y negatividad en la teoría queer antisocial* (2023) hace una rica discusión sobre esta tradición teórica y la sexualidad entre varones. Pero en un momento dado retoma a Tim Dean con su trabajo investigativo acerca de las prácticas *bareback* o aquellas donde no se hace uso del condón en la sexualidad gay en San Francisco: *Unlimited Intimacy: Reflections on the Subculture of Barebacking* del año 2009. Entre otras cosas, en esta trabajo Dean resalta el concepto de *preñar* usado en los contextos donde se gusta del sexo a pelo, como una expresión bastante popular entre la población de estudio. El término preñar no es otra cosa que la eyaculación en el recto durante el sexo entre varones. El autor describe esta práctica como una supuesta alegoría de reapropiación de las funciones reproductivas heterosexuales -y por lo tanto alejadas del sexo entre varones- que parece ser recolocada para un registro meramente placentero. Es decir, Dean ubica en el preñar un elemento de placer en el sexo entre varones como una suerte de reapropiación de un concepto heterosexual y reproductivo. En esta práctica el deseo parece recaer en la fantasía del sometimiento y apropiación del otro varón mediante la alegoría de la fecundación.

En el tiempo en que estuve realizando este trabajo de investigación, *preñar* se presentó como un término bastante popular. Parece que atravesó cierto periodo de moda y fama entre espacios como programas y *reality shows* -sobre todo online- dirigidos para el consumo de poblaciones LGBT+, así como redes sociales, plataformas digitales e incluso aplicaciones de ligue como Grindr.

Supongo que por eso estuvo presente en muchas de las pláticas que tuve con los colaboradores, incluso bajo distinta terminología. *Preñar*, *dejarlos adentro*, *batir atole* son solo tres de los términos en las narrativas registradas que hacían alusión a esta práctica, con

interesantes variaciones. Por ejemplo, por lo menos dos de los colaboradores, Fabián y Pancho, coincidieron en que *batir el atole* hace alusión a la eyaculación de dos o más varones en el recto de uno más, es decir, una práctica del sexo en grupo donde la excitación consiste en la mezcla del semen de varias personas en un mismo recto, donde incluso puede estar ausente la penetración (es decir, solo eyacular en el recto de compañero).

Cuando le pregunté a ambos, Fabián y Pancho, sobre si esta práctica les parecía excitante y el porqué, ambos coincidían en que en sí el acto les resultaba sumamente excitante. El hecho de no usar el preservativo y eyacular dentro o recibir la descarga de semen era en si lo eróticamente y estimulante. Aunque ninguno de los dos supo explicar con mayor profundidad, me pareció importante esta afirmación porque resultaba muy diferente a la propuesta de Dean que Martínez describe en su texto:

Dean se refiere al modo en que los barebackers describen la erotización del sexo anal sin protección; afirma la existencia de un anhelo consciente de contraer deliberadamente el VIH o, al menos, una fuerte erotización en enfrentarse al riesgo. (Martínez, 2023, p.74)

Es decir que de acuerdo con el texto, lo excitante se constituye a partir de la posibilidad o estar en riesgo de infectarse de VIH. A partir de esta idea Martínez (2023) hace una excelente discusión con respecto a la pulsión de muerte como un elemento de erotización en la sexualidad entre varones, que resulta muy interesante desde el enfoque queer antisocial, porque contrasta con la idea heterosexual del sexo reproductivo y por lo tanto, génesis de la vida y no de la muerte:

“Muchas veces elegimos, deseamos, fantasmaticamos, gozamos con aquello que desarticula lo viviente. El carácter acéfalo de la pulsión, consecuentemente, no reconoce fin social alguno”. (Martínez, 2023, p.79)

Los planteamientos de Martínez en lo personal me parecieron fascinantes por su ´potencias socialmente desestabilizadoras. Tanto que las retomaré más adelante para discusiones futuras en este texto. Pero por ahora quiero narrar que cuando les planteé esta hipótesis a los colaboradores, ellos no la aceptaron como tal. De hecho a Fabián le parecía sorprendente que alguien quisiera deliberadamente infectarse de VIH. Incluso lo llegó a considerar una especie de acto homofóbico de exterminio, al estimular la idea de que como homosexuales nuestro destino era morir ante el sida. las ideas de Fabián me parecieron sumamente interesantes pues aunque la misma práctica resulta excitante tanto para los colaboradores de este trabajo como para la población de Dean, los motivos de tal erotización se presentan muy distintos. Lo cual no es un dato menor. Fabián dice que lo excitante de peñar está en el contacto directo del pene con el recto sin la barrera de látex que parece

representar una frontera entre los cuerpos excitados. Y por otro lado, el sentir el semen dentro del recto, ya sea expulsarlo o recibirlo es también un elemento de excitación que parece estar colocado en la misma lógica de la frontera de látex. Por tanto el elemento de excitación no radica tanto el querer infectarse de alguna ITS, por lo menos dentro de las significaciones de los colaboradores de este texto, sino más bien el placer parece radicar precisamente en aquello que el condón imposibilita¹⁰⁰, un placer que parece haber sido arrebatado e inhabilitado a lo largo de la pandemia del VIH/sida, un placer que tanto a mi como para los dialogantes se estableció como un tabú desde antes de que iniciáramos nuestra vida sexual activa y compartida. Porque sobre todo en los años 90 fue cuando la promoción del mismo tuvo su mayor auge. Aunque claro, ello no significa que se desheche por completo la propuesta de Dean. Como expondré en próximas líneas, la excitación por la posibilidad de infectarse de VIH y otras ITS se materializa en la práctica *bugchasing* o *cachabicho*.

Pero por ahora, quizás habría que tener siempre en mente que la oportunidad de traer al sexo a pelo como un viejo placer de nuevo a la sexualidad, mucho está habilitado por las condiciones actuales de la pandemia: la era de la indetectabilidad o por lo menos le otorga determinadas características. Tanto la publicación de Pinzón como las posturas de algunos de los colaboradores dan cuenta de que una de las prácticas que se materializan a partir de la indetectabilidad, es la particular forma de significar el sexo a coger a pelo.

Pero ¿Cuál es la postura del resto de los colaboradores? Carlos, por ejemplo, mencionó que mientras mantuviera una condición indetectable, podrían *permitirse* coger a pelo. Y me llamó mucho la atención el término que usó porque establece a la indetectabilidad como una condición que nos permite o prohíbe a los sujetos la realización de ciertas prácticas como el sexo a pelo.

Fabián comenta que el uso del condón, en sus prácticas sexuales, está presente siempre y cuando sea su compañero sexual quien lo solicite. En un registro perecido se encuentran las respuestas de Víctor, Mauricio y Pancho.

Según sus narrativas, difícilmente el uso del condón es una propuesta que les interese o que nazca de los colaboradores. A menos que, como señaló Carlos en una entrevista, se observen en los cuerpos de los compañeros sexuales en turno, situaciones extrañas en los genitales como verrugas, granos, llagas o secreciones. En esos casos, señala Carlos, suele pedir el uso de preservativo para la penetración.

Caín y BP por su parte parecen ser los más apegados al uso de preservativo durante encuentros sexuales clandestinos según sus narrativas. Pero no sucede así en sus prácticas sexuales con sus respectivas parejas sentimentales, con quienes admiten que de vez en

¹⁰⁰ Habría que aclarar que no descarto la hipótesis de Dean (2009), sino que más bien creo que se ubica en otra práctica que forma parte de este trabajo: el *bugchasing* del cual dedicaré unas líneas más adelante.

cuando realizan sexo a pelo. Esto me llamó mucho la atención no solo porque me recordó a las experiencias de Gus, el chico de CDMX con bastante capital erótico, sino que también por el hecho de considerar a las relaciones monogámicas como espacios donde puede cogerse a pelo, es decir, seguros para no uso del preservativo. Y esa aparente seguridad, descansa en la idea de fidelidad: se presupone la existencia de exclusividad sexual y por lo tanto no hay necesidad de usar preservativo. Ahora, no es que para Caín, BP y Gus no sea excitante el no uso de preservativo, al contrario, y más bien esta excitación se articula con otros aspectos como la fidelidad y la idea de prevención.

Sin embargo en el marco de este rubro de preguntas, tuve una plática con uno de los entrevistados que se tornó un tanto a discusión que me parece muy reveladora para el tema. No expondré el nombre del colaborador, porque esta fue una petición que él mismo me hizo tiempo después del diálogo. Por lo que me referiré a él en estos párrafos como X.

En días previos a este encuentro yo había tenido algunas conversaciones con diferentes personas en torno a la responsabilidad, los preservativos y las infecciones por VIH y otras ITS. Habían sido discusiones muy parecidas a la publicación de Pinzón sobre la indetectabilidad y el no uso de preservativos que referí líneas atrás. Y en este marco, alguien había argumentado que el no uso del condón e infectarse con VIH era meramente un tema de irresponsabilidad. Esto me había estado dando vueltas en la cabeza.

Honestamente esa declaración me había tenido un tanto molesto, por lo que cuando salió este tema en la plática con X, quise *meter el dedo en la llaga*. No fue tanto que quisiera confrontar al colaborador por ser defensor del no uso del condón... aunque quizás acabó sonando así. Mi intención fue más bien tensionar el tema de la responsabilidad aprovechando el diálogo con alguien que había declarado previamente el gusto de coger a pelo. Sin embargo poco a poco el tono de la conversación se elevó, pero sin llegar al enfado, Quizás por eso días después me pidió no exponer su nombre, si nuestro diálogo sería ocupado en este texto. Aquí está la parte de nuestra plática donde se tocó el tema:

X: Te voy a decir que simplemente no lo uso [el condón] porque soy indetectable. Y como sabes bien, eso significa que no voy a pasarle el virus a nadie. También es que no me siento mal, va? y sobre todo no se me ve. ¿Por qué tengo que estarlo diciendo a vatos que no sé quiénes son?

Entrevistador: ¿Pero no te parece que eso es un tema de responsabilidad?

X: ¿Porque?

Entrevistador: Pues porque con quién te vas a meter, pues quizás debería saber, sobre todo si es a pelo.

X: ...¿Sabes qué? Yo me he topado con gente de todo y todas, muchas han sido muy culeros. Una vez un pelado , seria de pueblito o qué sé yo, me salió con que no entendía que era eso de seropositivo. osea se lo dije, va? y no sé dónde chingados vivía el wey o que pedo, pero no sabía de lo que le estaba hablando. Yo me esforcé a decirle, a explicarle, no? Que ... que es una enfermedad, que la causa un virus, todo, todo lo que te dicen en la escuela, en el hospital, y también le dije que estaba en tratamiento y que no lo podría yo contagiarle nada. Y el wey, te digo, vivía en la selva o no sé dónde, me dice que porque lo había engañado, porque yo andaba buscando a alguien cuando estaba enfermo, que no debería, que a lo mejor yo quería que me cuidaran cuando me estuviera muriendo ...fjate, que nivel de pendejismo.

Entrevistador: ¿Pero tu habías tenido sexo a pelo con él?

X: No; ni siquiera nos habíamos visto; Nos conocimos en Grindr y estuvimos hablando por WhatsApp; Por eso dije no, de ahí dije no, yo no voy a estar contando que tengo VIH, porque no se me ve, no me veo enfermo y no me siento mal, no estoy en cama y no se lo voy a pasar a nadie ¿porque lo tengo que estar contando?

Entrevistador: Pero insisto, ¿ahí no es un tema de responsabilidad para con el otro?

X: Es una responsabilidad pero de los dos. Fíjate, tú me dices de responsabilidad, pero el pelado que quiera coger conmigo a pelo, nadie lo obliga, ahí él que se cuide, porque si no me pide que usemos el condón, pues.... Además yo te voy a decir una cosa, los weyes que no te dicen que uses condón, es porque ya traen el bicho. Mas sin embargo, es una responsabilidad de él, si no tiene el virus, pues que pida coger siempre con condón y ya.

Entrevistador: Bueno, te la cambio, ¿no crees que es un tanto individualista el pensar solo en mí y que el otro se preocupe por su salud?

X: Ahí sí, para que veas, si lo es. Y si, porque mira... yo no me voy a dejar que me discriminen por tener VIH, como ese que te platico, va?, y hay otros que me han dicho mucho más feo por abrir la boca. Te digo una cosa, yo si soy responsable de mantenerme indetectable, de llevar mi tratamiento, en eso si soy responsable. Pero de ponerle el condón al otro aunque no me lo pida, pues eso ya es cosa de él, si lo pide o no. Porque ultimadamente yo no le estoy diciendo, pero tampoco lo estoy poniendo en peligro, porque mientras yo me mantenga indetectable, no tiene peligro conmigo, no le voy a pasar nada de bicho. En todo caso, el que está mintiendo es mi doctora, que me dice que estoy indetectable, no?

Entrevistador: Aja...

X: No tengo porque andarlo diciendo, porque el VIH nunca ha sido algo que me impida hacer cosas, osea... no porque tengo VIH me he limitado de hacer las cosas que me gustan, pues porque me siento bien, porque sé que no estoy poniendo en

peligro a mi familia, a mis amigos o con los que tengo sexo con ellos. Así de fácil , te puedo decir que el VIH , con el tratamiento, estando indetectable, no es algo que me impida hacer mi sexualidad como yo quiera, sino para que estoy con las pastillas y haciendo las cosas que me dice la doctora, llegar a mi consulta, pararme temprano, dejando la chamba, ¿para qué? Para que la enfermedad no me , no me sea un obstáculo en la vida. (comunicación personal, 2024)

Del diálogo con X se pueden reflexionar varias cosas. Una de ellas es cómo lidian los colaboradores con las normativas clínicas referentes al ejercicio sexual una vez inmersos en los tratamientos para VIH. De primera mano, en la plática puede notarse que cuando no se desea cumplir con alguna de las recomendaciones sanitarias se llevan a cabo otras. Irónicamente, con el fin de poder romper con las primeras se hace necesario ejecutar las segundas: para poder coger sin condón, se busca entonces la condición indetectable. Esto me lleva a pensar que las recomendaciones médicas que se llegan a cumplir por parte de los sujetos, no siempre suceden compartiendo los mismos objetivos del dispositivo sanitario. Aunque en algún momento y bajo determinadas situaciones, paciente y médico parecieran caminar a la par en cuanto al cumplimiento de prácticas significadas como de cuidado sexual y de salud, los objetivos que llevan a realizarlas muchas de las veces son distintos.

X no está pensando en la estrategia 90-90-90 de la OMS, ni siquiera en los objetivos regionales del CAPASITS Puebla cuando tiene sexo siendo indetectable. X piensa en la indetectabilidad como aquello que le permite vivir su sexualidad en la forma que considera como plena y placentera. En algún otro momento le pregunté a X, como a los otros colaboradores, si el vivir con VIH se había representado un impedimento para su consumo de cristal, es decir, si en algún momento su condición serológica los detuvo (incluso de manera momentánea) para el uso de la metanfetamina durante el sexo. Algunos de ellos contestaron igual que X, refiriendo que no, es decir, que vivir con VIH nunca ha representado un impedimento para el uso de la sustancia. Incluso otros de los colaboradores ni siquiera lo había considerado al momento de su consumo, es decir que su condición serológica a VIH nunca había pasado por su mente durante sus encuentros usando el cristal como algo pro o en contra de la práctica. Salvo Eduardo, quien al momento de realizarle esta pregunta no se encontraba en una condición indetectable, refirió que ese fue un motivo por el cual había buscado ayuda médica para suspender el consumo: consideró que siendo detectable a VIH, se encontraba muy vulnerable durante el consumo metanfetamínico.

En ese sentido llama mucho mi atención dentro de mi conversación con X, el papel que tiene la indetectabilidad no solamente vinculada al consumo de cristal, sino al mismo sexo a pelo. La condición indetectable a VIH parecen cambiar las cosas. X dice que si una persona es indetectable, entonces puede coger sin condón. Honestamente eso me parece bastante lógico e incluso puedo decir que estoy a favor de tal postura, por mi gusto por coger sin preservativo. Pero no habría que olvidar que uso del condón no es solo una medida de

protección exclusiva para el VIH durante el sexo, pues existen otras ITS las cuáles pueden evitarse con su uso. Por ello es que desde el discurso clínico se promueve su uso incluso en personas que vivimos con el virus referido.

Pero entonces ¿Quiénes pueden coger sin condón? ¿a quiénes se les está permitido realizar esta práctica? A pesar de los discursos higienistas, en nuestras sociedades contemporáneas existen varios escenarios en donde está *permitido* la penetración sin preservativo. Pero no todos esos escenarios son significados de la misma manera. Al usar el término *permitido*, estoy pensando desde la idea del *dispositivo de la sexualidad* que propone Foucault (1977) en donde el sexo heterosexual, monógamo y reproductivo es el contexto idóneo y permitido para el no uso del condón. En alguna ocasión, Víctor – el chico que acude al motel del Mar para su consumo de cristal y que tiene un restaurante en una ciudad cercana a la capital- me hizo reír al contarme que cuando alguien le preguntó cómo se había infectado de VIH, él respondió: “hice lo mismo que hicieron tus papás para tenerte a ti”.

El sexo heterosexual, reproductivo y monógamo se establece entonces, desde la regulación de la sexualidad, como el escenario ideal y correcto para el sexo sin condón en nuestras sociedades. Pero ello no implica que el sexo a pelo que suceda fuera de estos escenarios sea plenamente subversivo y esté libre de normativas y regularizaciones. La conversión con X devela cómo el sexo entre varones también establece ciertas regulaciones y normas para el sexo sin el uso del preservativo: X considera que las personas indetectables a VIH somos las que tenemos el *chance* de no usar condón.

Entonces la misma conversación con X y las reflexiones en torno las regulaciones y normativas del sexo a pelo, lo que nos dicen más bien es que esta práctica se significa como un *privilegio* al cual no todos tendrían derecho a acceder, pues incluso las personas que vivimos con el virus tendríamos oportunidad de su realización siempre y cuando se tenga indetectabilidad. Como un *placer sexual privilegiado* que solo ciertos sujetos y bajo ciertas condiciones se puede llevar a cabo, el sexo sin condón es una práctica sexual que el dispositivo de la sexualidad constantemente intenta regular. Pero bajo esta postura, algunas cuestiones pueden resultar con mayor claridad. Si el sexo a pelo se significa como un privilegio podría comprenderse en parte la carga erótica que tiene para algunos sujetos. Al establecerse como un privilegio resulta una práctica atrayente, y ello podría explicar parte de la compleja eroticidad que contiene dicha práctica.

Ahora bien, si se puede considerar al *coger a pelo* como un privilegio, ¿puede también modificar las nociones de *cuidado* y *riesgo* en torno a la sexualidad entre varones con respecto al VIH y otras ITS? Antes de la indetectabilidad a este virus, los estigmas corporales como la delgadez del cuerpo, las manchas y marcas en la piel, o incluso los síntomas como la tos o la fiebre funcionaban como signos de cuidado frente al padecimiento: las personas evitaban tener contacto alguno -mucho menos sexual- con estos cuerpos y dicho alejamiento fue significado como una práctica de cuidado frente al VIH/sida.

Pero con la indetectabilidad desaparecen estos signos en la mayoría de los casos y desaparecen también las posibilidades de transmitir el virus. Pero lo que no parece desaparecer es la noción del alejamiento y la evitación para con los cuerpos VIH como una práctica que se significa de autocuidado de la salud sexual. En el ejemplo que X narra, el chico que lo rechaza al saber que vive con el virus parece asustarse, reclamar y alejarse aun sin haber tenido el mínimo contacto más allá del entorno digital. X decide entonces que no tiene porqué mencionar su condición serológica a VIH a las personas con las que tendrá sexo. Y ahí me parece un cruce interesante que vincula las nociones de cuidado y autocuidado frente al virus y el reservarse la información de vivir con VIH. Por este último término me refiero a la agencia de los sujetos para revelar o no su condición VIH bajo diferentes contextos. Es una referencia a la propuesta de Sedgwick cuando habla de la *epistemología del armario* con respecto a las personas no heterosexuales. En ese sentido cabe preguntarse ¿cómo lo viven y que piensan los colaboradores de este trabajo con respecto a develar o no su condición serológica a VIH frente a las nociones de cuidado, autocuidado e incluso responsabilidad en el ejercicio de su sexualidad?

En alguna ocasión platicaba al respecto con Fabián, el ingeniero que labora en diferentes ciudades del país. Hablábamos sobre si al conocer a alguna persona con la cual se tuvieran intenciones sexuales y afectivas, quienes vivimos con VIH estábamos obligados u obligadas a mencionar nuestra condición serológica a VIH. Fabián me platicó lo siguiente:

No... ni siquiera estas obligado a decirle eso... vamos a suponer que tienes relaciones sexuales hoy, *cogidón* y todo, pasa el tiempo y deciden no pues sí, eres el amor de mi vida y la chingada... puedes en ese momento decirle de la infección y todo pero no estas obligado a decirle desde el primer momento en que lo conoces o empiezan a salir, y si ese wey, el otro lo toma como una traición, así de *porque no me lo dijiste desde la primera vez que cogimos...*no mames (...) Obviamente si es alguien que entiende y respeta el estado serológico de la gente, pues entenderá que indetectable es igual que intransmisible y que cada quien es responsable de su sexualidad y que además no estas obligado ni ética ni moral ni legalmente a decirle tu estado serológico a nadie. (Fabián, comunicación personal, 2024)

De este testimonio de Fabián me llama la atención como el tema de la responsabilidad es tensionado por la condición indetectable. Fabián al igual que X señalan que la responsabilidad de las personas que vivimos con VIH hoy día, parece rehacer más en lograr y mantener una condición indetectable al virus que el uso del preservativo. Como si se tratara de algo que se sostiene o se puede cargar, la responsabilidad se traslada del uso o no del preservativo al sostenimiento de la condición indetectable/intransferible por parte de los sujetos.

Pero luego, el mismo Fabián completa su comentario de forma por demás interesante:

Mientras el estado no pueda garantizar que si una persona dice o comenta su estado serológico de manera pública y no puede garantizar que a esta persona no le va a pasar nada, no estas obligado. Fue el año pasado, creo, que vi una noticia de una persona que al decir que vivía con VIH, lo quemaron o algo así, entonces no mames no. (Fabián, comunicación personal, 2024)

De acuerdo con la opinión de Fabián, el closet del VIH se sostiene muchas de las veces por la evidente violencia ejercida en actos serofóbicos, al igual que el closet de la orientación no heterosexual. E incluso hace alusión a las responsabilidades del estado de garantizar la seguridad de las personas que vivimos con VIH de tales ataques. Pero luego, agrega algo más:

Creo que tiene mucho que ver con eso de que hablamos la otra vez de la indetectabilidad. Somos el escudo protector de la gente que vive sin el virus, ¿para que no les pase nada, yo... yo siempre pienso que esa urgencia por que seamos indetectables, lo sabemos, es más porque ya no somos un peligro. Nuestra salud viene de regalo. (Fabián, comunicación personal, 2024)

Fabián hace alusión en sus palabras a esa doble función biopolítica de la indetectabilidad en donde descansa su éxito y eficacia: es un mecanismo de regulación social exitoso porque es también una herramienta farmacológica que prolonga la sobrevivencia de quienes vivimos con el virus. si no fuera tan exitosa en lo segundo, difícilmente tendría la capacidad de captura y subjetivación que tiene hoy día en nuestras sociedades. La indetectabilidad permite mantener a la condición VIH dentro del closet porque la posibilidad de infección es nula y se refleja en las corporalidades.

En ese sentido podría plantearse que el *closet indetectable* es al mismo tiempo un recurso de agencia de los sujetos para ejercer su sexualidad y otras interacciones homoeróticas y a la par, tal como lo plantea Sedgwick al referirse al closet homosexual, mantiene latente el ejercicio de poder sobre quien permanece dentro del closet, se sepa o no, o simplemente se sospeche de ello.

Con Mauricio – el chico que consume cristal en su domicilio y que vive además con diabetes y otras comorbilidades- también platicamos sobre el compartir nuestro estado serológico a VIH con las parejas sexuales y sus testimonios parecen fortalecer que existe una idea de obligatoriedad para revelar tal condición. Mau opina lo siguiente:

Me parece una inmadurez que otra persona se moleste o se enoje en estos días por que le digas que vives con VIH. Porque si yo me quisiera realmente cuidar, me cuidaría yo, no lo dejaría en las manos de otro. Pero lo que se me hace todavía más

grave es que hoy haya gente en la sociedad que no vive con el virus y que crea que tiene el derecho y los que vivimos con el virus tenemos la obligación de difundir nuestro estado serológico...a poco la gente con diabetes andamos diciendo: tengo diabetes, no me des dulces.... No, pero sí quieren que uno ande diciendo: vivo con VIH; no cojas conmigo. (Mauricio, comunicación personal, 2024)

Cuando escuchaba estas opiniones de los muchachos, pensaba en lo diferente de mis posturas, Me parece que líneas atrás ya había comentado que suelo mencionar mi condición VIH a los chicos que conozco y cuya relación se proyecte más allá de un encuentro sexual ocasional. Por ello era mi interés por los lugares de encuentro donde no siento que haya necesidad de revelarlo, dado que no volveré a ver a mis compañeros ocasionales.

Pero no puedo negar que escuchar a Fabián hablar sobre las responsabilidades del estado o a Mauricio sobre una obligatoriedad social hacia nosotros en torno a develar nuestro estado serológico, comparto con ellos sus posturas y me doy cuenta de la manera en que las normatividades a cerca del vivir con VIH me atraviesan y me han construido así como los diferentes procesos de subjetivación que nos constituyen como personas que vivimos con el virus. Difícilmente podré no mencionar mi condición ante el próximo chico que me interese, y seguramente a Fabián, que puso cara de incredulidad y rio cuando le pregunté qué pasaría si le contara de su estado serológico en su próximo primer encuentro sexual, también le será difícil modificar su postura.

No siempre se puede: ¿Qué pasa cuando se pierde la indetectabilidad?

Si la condición indetectable tiene tanta centralidad en muchos de los escenarios que se han planteado en este capítulo, ¿Qué sucede cuando no se cuenta con ella? Como se mencionó en capítulos anteriores, existen muchos contextos en los cuales se imposibilita obtener o mantener una condición indetectable a VIH: la incapacidad del estado para proveer de abastecimiento ARV, falta de infraestructura, lejanía del centro de distribución, etcétera.

Se recordará que también anteriormente narré cómo perdí temporalmente la condición indetectable por saturación de trabajo y pendientes e incluso como suelo estar al pendiente de esta para el ejercicio de mis prácticas sexuales. Mi experiencia da cuenta que aun teniendo un apego al tratamiento y las condiciones para lograrlo, muchas cosas suceden o pueden suceder que imposibiliten lograr o sostener la indetectabilidad.

Algunos de los colaboradores de este texto también han atravesado fases en las cuales pierden la indetectabilidad y ello modifica su sexualidad. Fabián es uno de esos colaboradores que ha experimentado la pérdida de la indetectabilidad y durante esa etapa

no suspendió completamente el ejercicio de su sexualidad. Su experiencia está relacionada con un padecimiento que vivió un familiar cercado: el diagnóstico de cáncer de uno de sus hermanos.

Todos nos enfocamos en mi hermano, yo ya tenía, había sido indetectable, así que la prioridad era mi hermano. Deje de ir a mis consultas, a mis estudios, en primera porque ya era indetectable, ya me sentía bien, y además primero tenía yo dos o tres frascos de medicamento, dije pues ahí me la llevo con eso, pero cuando se acabó, dije, uh no ahora que regrese ¿qué me van a decir? Y cuando regresé empezaron a pedir hojas de no estar afiliado al seguro y yo, para mi mala suerte, salió con que era yo derechohabiente del IMSS, y entonces en lo que pude arreglar todo, pues fueron como dos meses o más, que no me atendían ni un lado ni en el otro, más el tiempo que los dejé, si fueron como 6 meses sin ir a la clínica y como 3 de no tomar nada y me decían; no, pero pues dejaste de venir, y ahora quieres arreglar todo rápido y estuve varios meses sin medicamento. (Fabián, comunicación personal, marzo 2023)

Lo primero que me parece interesante es la reacción de Fabián frente a la noticia de la enfermedad de su hermano: lo establece como una prioridad por encima de su tratamiento a VIH. Cuando yo trabajaba en el sistema penitenciario, algunas de las capacitaciones que recibíamos los trabajadores técnicos estaban dirigidas al *cuidado del cuidador*. El argumento para tales capacitaciones era que las historias de las personas acusadas de delitos podrían llegar a causar mella en la salud emocional de quienes laborábamos con estas poblaciones, así que nos capacitaban para sostener nuestro cuidado de salud tanto física y emocional como parte de la funcionalidad para brindar procesos de reinserción social. En tales capacitaciones se mantenía la idea de que como cuidador o cuidadora, se tenían que sostener prácticas de autocuidado para poder realizar nuestro trabajo.

Cuando escuché a Fabián en este testimonio, pensaba en los motivos por los cuales había decidido descuidar su cuidado frente al cáncer de su hermano. Cuando se lo pregunté directamente tiempo después me dijo que el cáncer si era una enfermedad mortal, es decir, bajo su criterio, su hermano corría más riesgo de morir que él por vivir con VIH, por lo tanto resultaba correcto dedicar todos los esfuerzos al caso del hermano. Por supuesto que la significación de los padecimientos resulta importante para que una persona tome ese tipo de decisiones. Pero también Fabián me contaba que era algo que en su familia había sucedido con frecuencia. En anteriores ocasiones, el grupo familiar se había unido para la atención y cuidado de algún integrantes que sufría por alguna enfermedad. Y ello da cuenta también de la significación que se tiene en nuestra sociedad sobre el papel y funciones dentro del entorno familiar.

Pero más allá de estos elementos, las postura de Fabián me recordaba lo que algunos terapeutas de países como Chile y Argentina han retomado de teóricos como Sedgwick para

plantear que desde su infancia, algunas personas no heterosexuales al sabernos diferentes, crecimos con la idea de que *algo andaba mal con nosotros*, y por lo tanto nos enforzamos desde pequeñas y pequeños en ser bien portados o sostener actitudes de sacrificio para con los demás, como en este caso que las necesidades y cuidados personales se dejan de lado para la atención de otro integrante. Y no es que Fabián sea siempre así, de hecho considero que es de los colaboradores con mayor independencia y sentido crítico.

Pero en esta ocasión narrada y como él mismo lo cuenta, Fabián optó por dejar de lado parte de su tratamiento. Aunque no del todo: solo dejó de acudir a sus consultas en el CAPASITS Puebla, pero no abandonó la toma del medicamento, por lo menos hasta donde el fármaco alcanzó. Cuando le pregunté a Fabián porque decidió suspender solo cierta parte de su tratamiento, su respuesta tuvo que ver con el ejercicio de su sexualidad y la indetectabilidad: Fabián consideró que mientras estuviera apegándose a la toma de la pastilla, mantendría la indetectabilidad y con ello podría ejecutar el ejercicio de su sexualidad. La respuesta me hizo pensar en algunos estudios como el de Graham y Plankey (2023) quienes han trabajado la adherencia ARV en poblaciones en situación de calle en los Estados Unidos y la relación entre los determinantes sociales de salud y la adherencia. Aunque la investigación se enfoca principalmente en la importancia de apoyos para vivienda para personas en situación de calle que viven con VIH, me llamó mucho la atención cómo dadas las características de este grupo social el tratamiento para este padecimiento muchas veces se limita a la toma de la pastilla, pues en condiciones de situación de calle es prácticamente imposible implementar y sostener un tratamiento integral y un seguimiento a través de consultas. En esa misma lógica Fabián apuesta a la toma de la pastilla como único método que le permita sostener la indetectabilidad y poder ejercer su sexualidad durante este periodo de alejamiento a la atención institucional.

No obstante y como él mismo narra, al tiempo volvió a integrarse al tratamiento y a lograr la condición indetectable incluso a pesar de los obstáculos institucionales presentados. Por supuesto que Fabián busca de nueva cuenta la indetectabilidad para asegurar su sobrevivencia pero también para poder ejercer su sexualidad sin preocupaciones.

No obstante su experiencia da cuenta de solo una de las múltiples condiciones por las cuáles se imposibilita mantener una condición indetectable aun cuando no era el deseo directo de Fabián. Pero existen otros contextos donde el rechazo a la ingesta de los ARV e incluso de la condición indetectable se hace presente.

Bugchasing: estrategias sobre la suspensión y rechazo de la indetectabilidad.

Alrededor del 2022, mientras buscaba posibles colaboradores en aplicaciones de ligue gay, di con ciertos perfiles identificados con el símbolo universal de radioactividad o con

imágenes de alacranes. Platicando con estos perfiles me encontré con contextos en los que el rechazo al medicamento ARV más un elemento de erotización y la suspensión del mismo se vuelve una táctica para acceder a un determinado placer sexual: la práctica *bugchasing* o *cachabicho* o *dadores de regalo*.

Aunque esta práctica no es un tema central de este trabajo, he decidido dedicarle un apartado porque me parece que da cuenta de un contexto dentro de la sexualidad VIH que además de ser poco explorado se particulariza por poner en tensión las nociones de salud sexual, adherencia, apego al tratamiento, indetectabilidad e incluso la sobrevida.

El *bugchasing* o *cacha bicho* son prácticas sexuales donde se erotiza la posibilidad de infectarse con VIH y se toma de la mano con otras como el bareback o sexo a pelo, el gangbang (sexo grupal donde una sola persona es el foco de la acción), el cepillado anal (para incrementar la posibilidad de infección), el fisting, o el blood slamming (uso compartido de drogas inyectables) entre otras más que ayuden a lograr el objetivo erótico.

Una de las tácticas de esta práctica sexual es la suspensión temporal del ARV por parte de varones que viven con VIH y a quienes les excita el transmitir el virus a otros varones que encuentran erótico la posibilidad de infectarse. Habrá que aclarar que ante todo, es una práctica mutuamente consentida. Así lo narró Valerio un de 35 años del estado de Veracruz, con quien dialogué solo por vía telefónica sobre el tema:

Hay chavos que se tratan y todo eso, pero en Twitter vas a encontrar siempre propuestas de fiestas de conversión o de ruleta rusa, ¿qué quiere decir eso? Te hacen la invitación, tú eres seropositivo totalmente con carga viral indetectable y pues te hacen la invitación de que hay un chavo que quiere convertirse, ¿Qué hacen esas personas con tratamiento? Si quieren participar en una fiesta así, tienen que dejar de tomar el medicamento un mes o dos meses, para que totalmente su carga viral este al máximo y puedan infectarlo con ganas (...) Hay una posibilidad de secuelas, como todo, pero eso es lo excitante, porque si le agarra una infección, es que su carga esta alta, y saben que van a dar su bicho, su cepa a alguien más de manera segura, que van a bautizar a alguien más de su propiedad. (Valerio, comunicación personal, enero 2023)

La práctica *bugchasing* es interesante no solo porque utiliza la manipulación del tratamiento como una estrategia para las práctica sexual, sino que se desplaza de la indetectabilidad como modelo impuesto de salud VIH. Y esta acción permite comprender a la condición indetectable como un modelo higienista, una condición ideal para la sexualidad VIH donde debe quedar fuera aquello que sea significado como insalubre, peligroso. Es decir, como modelo impuesto, la sexualidad indetectable descarta los placeres de aquellos

cuerpos detectables por ser considerados placeres insalubres y riesgosos. Y condena toda práctica que no descansa en aquello significado como higiénico.

En ese sentido Valerio, me platicó de un usuario de la red social X (antes Twitter) residente de Cancún, Quintana Roo. El personaje resultó muy interesante porque ha rechazado por completo la medicalización ARV en post de las prácticas eróticas del *bugchasing*:

Él lo ha dicho abiertamente, me ha valido, él ha puesto publicaciones donde dice que no usa ni PrEP ni nada de tratamientos, que él está feliz de ser positivo... hay otro tweet donde dice: *¿quieres que te re joda el sistema inmunológico y te deje enfermo de por vida?* Y claro, todos le dicen *si hazlo, acepto...* hay uno que puso aparte que dice; *dejen de tomar esas pendejadas, acepten su destino de ser sidosos y esparcir el bicho, enfermar y morir, para eso existen maricones, no vinieron a este mundo a depender de una pastilla.* (Valerio, comunicación personal, enero 2023)

No puedo negar que las narrativas de Valerio y sus citas de este personaje me desbordaban. Me costaba trabajo entender la potencia erótica y el placer sexual en torno a estas prácticas y rechazo a la medicalización y tratamientos ARV. Y no fui el único: algunos de los colaboradores como Fabián y Enrique (mi amigo que trabaja en la industria textil) así como Caín (el chico que trabaja en protección a víctimas) se mostraron contrariados cuando les platicaba del perfil en la red social X.

Pero habría que detenerse un poco en lo que Valerio comparte, porque me parece que no es un tema menor. Por un lado me parece que podría tratarse de la peor pesadilla de la atención institucional en salud por el marcado rechazo hacia los tratamientos e intervenciones para el VIH y el sida, la indetectabilidad, la no transmisibilidad y la sobrevida de quienes vivimos con el virus.

Pero no deja de llamarme la atención que esta postura tenga una potencia erótica y de placer sexual. Ya anteriormente cuando citaba el texto de Ariel Martínez, quien aborda el tema del sexo a pelo desde las pulsiones de muerte, tocaba la corriente teórica queer antisocial desde donde escriben exponentes como Edelman, Bersani, Bernini, Hocquenghem y el mismo Deen.

El mismo Martínez (2023) señala en su texto que a la teoría queer antisocial le interesa esa *negatividad* propia de las formas *abyectas* del deseo comúnmente consideradas como desviadas y que resultan incomprensibles desde la heterosexualidad y el binarismo sexual. En ese sentido el *bugchasing* y las narrativas de Valerio me parece que cuentan con esa potencia abyecta que nos desubica a tantos, pues tal impresión ante estos deseos

desviados no es más que una muestra de la manera en que normalizamos y encarnamos a los placeres normativos.

Es decir, en diálogo con teoría queer antisocial que apuesta por entender que la sexualidad no tiene por qué ajustarse a categorías fijas y estables en torno a la identidad, el género y la orientación, y agregando los aportes de Edelman en torno a su crítica hacia el futuro, las declaraciones del personaje citado por Valerio aportan también una crítica a los modelos de salud y el valor de la vida misma. Instala en la propia muerte un elemento erótico y de placer sexual que toma como base al VIH y su potencia viral. Aunque no comparto la excitación de estas posturas, me resulta sumamente atrayente por su capacidad de tensionar y desubicar nociones que se encuentran tan normalizadas y al presentarse como eróticas desestabilizan toda una tradición que biopolíticamente ha apostado por la vida.

Fabián y Enrique , cada uno por su cuenta, cuando platicamos de las posturas de este personaje de Cancún hacían referencia a una suerte de *devenir* de las personas que vivimos con VIH en torno a apreciar la vida, dado que los tratamientos resultaban una especie de segunda oportunidad, como ya se ha expuesto en capítulos atrás. Ambos planteaban una suerte de subjetividad que tras el diagnóstico se estimula un deseo obligatorio de abrazar la vida, el cuidado a la salud y la calidad de vida de acuerdo a lógicas higienistas y parámetros biopolíticos, a riesgos de ser tachados de irresponsables, inmaduros e inconscientes tanto por el aparato sanitario como por el resto de la sociedad.

Enrique se cuestionaba cómo sería observado este personaje por algún médico o por su propia familia y que seguramente no había *sufrido* lo suficiente como para que después de la enfermedad, cambiara su estilo de vida. Reiteradamente Enrique habló de una especie de devenir que parece arrastrar los fantasmas que han circulado desde hace 4 décadas de pandemia, que se consolidan trágicamente en un doloroso diagnóstico, para luego renacer en un sujeto disciplinado, maduro, consciente, agradecido por el tratamiento y cuidador de su salud integral.

Conclusiones del capítulo 3

El propósito de este tercer capítulo fue reflexionar sobre cómo la adherencia a los medicamentos ARV para VIH pueden discutirse desde la noción de gubernamentalidad propuesta por Foucault, lo cual permite a su vez discutir acerca de las sexualidades víricas.

En este apartado discuto cómo la constitución del *buen paciente*, es decir aquel que se apega a las recomendaciones clínicas y las normativas dictaminadas por el *tratamiento integral para VIH*, es a la vez un mecanismo de gubernamentalidad toda vez que establece normas encarnadas para el cumplimiento de lo dispuesto por el aparato sanitario.

El buen paciente emerge ante la decadencia de la estrategia de regulación de los cuerpos VIH propia de las décadas anteriores al 2000, la muerte inminente. En el 2010, la llegada de la condición indetectable modifica los mecanismos de control sanitario y emerge esta figura del buen paciente que sostiene la adherencia a los ARV que funciona al mismo tiempo como una tecnología de gubernamentalidad pero también como sistemas de apoyo y cuidado a través de las pedagogías del cuidado que puede observarse en algunas de las narrativas de los colaboradores. Existen por lo tanto mecanismos de vigilancia como se mencionó desde el capítulo anterior, pero en esta tercera sección abordé más los mecanismos internos, la policía interior que nos dicta el cumplimiento de las recomendaciones clínicas, todo para lograr la indetectabilidad y sus promesas de felicidad, a manera de Ahmed.

La era de la indetectabilidad no obstante, se establece como mecanismo de gobierno de sí por medio del establecimiento de promesas: la primera de una vida como antes de la infección y la promesa de una apariencia sin estigmas del VIH y la prolongación de la vida.

Estas promesas parecen en el fondo esconder la enfermedad, la indetectabilidad misma habilita un closet pero ese closet está siempre expectante porque el secreto puede ser descubierto. Y ello parece habilitar que las vidas VIH sean muchas de las veces auto significadas como inferiores al resto. La indetectabilidad además, produce una nueva estratificación de los cuerpos; aquellos que alcanzan la indetectabilidad y por lo tanto están más cercanos a sus promesas, y aquellos que no que parecen no ser merecedores de ningún tipo de ejercicio sexual.

En ese contexto se desarrollan las sexualidades víricas, es decir el ejercicio sexual de las personas que vivimos con el virus, las cuales parecen moverse y tensionarse de manera constante entre el placer sexual, los cuidados y las recomendaciones clínicas.

Ahora bien, tanto las sexualidades víricas a VIH como el sentir de inferioridad que se ubican en algunas narrativas de los colaboradores, parecen estar sostenidas por ciertas condiciones de los mismos sujetos a partir de su capital cultural, económico y erótico. Esta interseccionalidad no solo habilita o evita el sentirse inferiores por vivir con el virus sino que

los coloca también en un lugar donde pueden elegir o ser elegidos con mayor facilidad en las prácticas sexuales y afectivas.

En este capítulo el tema del amor aparece con más fuerza en las experiencias narradas, como un afecto que esta frecuentemente presente y que orienta a los sujetos a la toma de decisiones y la realización de determinadas acciones. No obstante el amor y el placer sexual son elementos que difícilmente se toman en cuenta en la atención sanitaria al VIH.

En ese sentido discuto cómo lo excitante de las prácticas sexuales sin uso del preservativo o *coger a pelo*, a partir de las experiencias de los colaboradores, aparentemente se ubica en aquello que el condón imposibilita: el placer del contacto piel a piel en la penetración, un placer que fue arrebatado por la pandemia del VIH/sida.

Esta discusión sobre el seso a pelo, permitió en este capítulo reflexionar acerca de cómo es la misma llegada de la indetectabilidad la que permite transgredir las normas establecidas durante la pandemia, como el sexo sin condón, pues da cuenta de cómo los sujetos lidian con las normas sexuales impuestas a través de los tratamientos ARV y como para la violatoria de unas, es necesario apegarse a otras.

Discuto en ese orden de ideas que *coger a pelo* puede ser significado como un privilegio, al cual se tiene acceso solo ciertos cuerpos y bajo ciertas condiciones impuestas por la norma heterosexual y biopolítica, y es precisamente el ser significado como privilegio, lo que le otorga cierta carga de deseo y eroticidad.

En ese mismo orden de ideas, la parte final de este capítulo se dedicó por un lado a las imposibilidades de alcanzar la detectabilidad en las narrativas de los colaboradores, pero también a la práctica *bugchasing* o *cache bicho*, la cual considero una práctica que pone en tensión y quebranta las nociones de salud sexual, apego al tratamiento ARV y la misma noción de sobrevida.

Considero que las discusiones de este capítulo permiten dar pie a las referentes al placer sexual que se abordan en el siguiente y último apartado de esta tesis.

Capítulo 4

Placer metanfetamínico

Introducción al capítulo cuatro: Los caminos del cristal en la ciudad de Puebla. Rutas y espacios para el sexo y consumo

En octubre del 2023 mi asesor de tesis me compartió un episodio de podcast en la plataforma Spotify con un título por demás provocador: “Amor de cristal” (2023), una investigación del periodista Rafael Cabrera que ya he citado líneas atrás, y que fue realizada para *Así como suena*, un podcast con diferentes producciones para esa plataforma digital.

“Amor de cristal” presenta al consumo de metanfetamina en la sexualidad de varones que se identifican como gais en la ciudad de México, como una problemática de salud pública que las autoridades no han atendido lo suficiente. Son muchos los datos valiosos que me ofreció este trabajo para mi investigación, pero algo que me llamó mucho la atención, fue la narrativa sobre los esfuerzos de la organización civil *Inspira* y la clínica CONDESA para realizar un mapeo sobre el consumo de cristal en la capital del país en los años 2019- 2020, es decir el inicio de la pandemia de Covid-19 y el contexto en el que estas instituciones percibieron un alza en el número de varones que buscaron apoyo ante un consumo problemático de metanfetaminas. En ese sentido se ubica un dato por demás interesante: la existencia de un corredor de consumo de cristal a lo largo de los hoteles cercanos a la línea dos del metro.

Escuchar la existencia de este corredor me hizo pensar cuáles serían las rutas de consumo y sexo existentes en la ciudad de Puebla. A mi entender, el corredor de la ciudad de México está vinculado al metro como un medio de movilidad masiva eficaz para una ciudad tan grande, es decir que la ruta está marcada a partir de la infraestructura que permite la movilidad en urbes tan grandes como la capital del país, articulado a la presencia de pequeños hoteles que funcionan como estaciones emergentes de sexo y consumo.

Pero la ciudad de Puebla no cuenta con tal infraestructura urbana ni la extensión de la Ciudad de México, entre otras muchas diferencias. Así que con la ayuda e información de los chicos y sus experiencias en el consumo cristal y encuentros sexuales, decidí la ruta de consumo y sexo en la capital poblana.

El concepto de *ruta* ha sido utilizado en las reflexiones antropológicas y sociológicas por diferentes autores: Ingold (2007), Augé (1995), Bauman (2000). El concepto se ha usado sobre todo para la exploración de trayectorias, migraciones, desplazamientos o como en este caso, en torno a prácticas espaciales o que se desarrollan en determinados espacios y las experiencias subjetivas que se vinculan con el movimiento de determinados sectores sociales.

De entrada pude identificar cuatro puntos clave que pueden considerarse como *bases* desde las cuales pueden iniciarse las rutas donde los colaboradores suelen moverse para tener sexo con metanfetaminas en la ciudad de Puebla: fiestas o reuniones en domicilios particulares, antros y bares nocturnos, lugares de encuentro y un espacio para el ejercicio sexual que ha sido socialmente asimilado como de venta y consumo de sustancias como el

cristal: el Motel del Mar. A estos cuatro puntos bases se articulan en las rutas otros espacios diversos como hoteles, punto de venta de droga, etcétera. Y aunque estos cuatro puntos ubicados en las narrativas de los colaboradores suelen funcionar como puntos de partida para las jornadas de sexo con cristal, no son puntos fijos, Los mismos pueden estar articulados , reiterados o ser el eslabón final donde pueden culminar estas jornadas lúdicas.

Se puede iniciar la narrativa de estas rutas de sexo y consumo con los datos de instituciones oficiales acerca del uso de sustancias como la metanfetamina en la capital poblana. Existen pocos datos actualizados con respecto al consumo de drogas en la ciudad, pues la última base de datos posible de rastrear y abierta al público online, data del 2018. Sin embargo existe trabajo de ciertas autoridades que pueden dar una pista al respecto. El 24 de marzo del 2023, la entonces directora del Instituto de la juventud de Puebla identificaba a las 10 colonias con mayor índice de consumo de diversas sustancias en la ciudad: San Miguelito, San Manuel, Real del Monte, Amalucan, La Ciénega, Huexotitla, Romero Vargas, Cleotilde Torres, SNTE y Centro Histórico, ubicando el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, marihuana y cristal. No es clara la metodología usada para la obtención de este dato, pero destaca por un lado que se enfocan en la existencia de *picaderos* o lugares donde la gente acude a consumir en espacios ocultos. Recuerdo que hace varios años uno de mis alumnos de Ciencias Penales, logró ubicar y grabar un picadero en una colonia con población universitaria. Era un edificio donde abajo había un bar bastante concurrido y la azotea funcionaba como el espacio donde población joven fumaba marihuana y cristal o se inyectaban tal sustancia, sentados en el piso, al aire libre y a tempranas horas de la tarde.

Pero los picaderos no son espacios pensados para el ejercicio de la sexualidad como en las experiencias de los colaboradores. Por lo que el dato de esta dependencia no está pensando en el fenómeno que interesa en este trabajo. Tampoco incluye a la población *no joven* o mayor de 20 años. Pero es uno de los datos más cercanos al tema y más actualizados junto con la información otorgada por la Secretaría de Seguridad Pública Estatal que en junio del 2025 reconoció un incremento en el narcomenudeo sobre todo en colonias como el centro histórico de la ciudad.

Ambos datos muestran la visión y objetivos de las autoridades capitalinas poblanas con respecto al tema del consumo de sustancias como el cristal, pero que están lejos del fenómeno de mi interés, desinterés que no es de extrañar dadas las características del mismo: una población sexo diversa, un tema de sexualidad y en general espacios donde difícilmente el estado pueda generar interés alguno.

Pero aun así estos datos sostienen la existencia de un mercado de compra y venta de metanfetamina en la ciudad además de otras sustancias psicoactivas ilegales, bastante considerable. Lo que implicaría que se tiene un fácil acceso a la compra en el territorio capitalino por lo que la población de varones que se identifican como homosexuales y que consumen esta sustancia en el ejercicio de su sexualidad, pueden sostener tales prácticas con facilidad dado el acceso a la sustancia.

Los dealers, las hadas madrinas del sexo con cristal

Antes de iniciar el trazo de las rutas de sexo y consumo cristal, y siguiendo en la línea del fácil acceso a la metanfetamina, una de las características que los chicos de este trabajo refieren es su vinculación con un proveedor de la sustancia o *dealer*, término anglosajón utilizado para ubicar a la persona que les vende en este caso cristal u otras sustancias. Me parece un dato interesante la significación y uso de este personaje en las narrativas de los colaboradores.

No se trata del señor de la tiendita de la esquina que vende de manera clandestina e ilegal pequeñas bolsas de cristal a 50 pesos en colonias populares como refiere Pancho – mi amigo que trabaja como estilista- a los cuales conoce no solo en la zona donde vivimos sino también en otras colonias. Ni la chica que organiza partidos de futbol los domingos y que en tales encuentros deportivos es posible adquirir la mercancía, como Caín narró haber conocido del caso en la dependencia de seguridad pública donde trabaja.

El dealer para colaboradores como Fabián, Mauricio o Víctor es más bien un personaje que tiene cierto estatus. Una especie de agente de ventas que no solo cuida la calidad de su mercancía, el peso exacto por paquete o bolsita, la presentación de la sustancia o la oferta de variabilidad en modalidades de cristal, sino que también pone mucha atención en el trato que se le da al cliente, la puntualidad de entrega, su disponibilidad cuando se le busca y hasta su apariencia física.

Algunos colaboradores que han tenido un tiempo considerable de consumo, digamos más de 3 o 4 años, tienen ya un dealer específico con el cual han generado determinados vínculos de confianza aunque en muchas de las veces no conocen el nombre de la persona. En sus teléfonos el contacto está guardado con palabras clave. Jasón por ejemplo me mostró el contacto con un dealer de la capital poblana que tenía guardado como *madrina Rosa*. Aunque existe también un sesgo que tiene ver con la zona en la cual se ubica el comprador. Como el ejemplo anterior de Pancho, en muchas colonias sobre todo populares, la venta de metanfetamina se camuflajea con personajes de la vida cotidiana mientras que el uso del dealer parece ser más propio de colonias con mejores condiciones, urbanización y acceso a servicios más amplios, como el centro de la ciudad o la zona de Angelópolis.

Pero de cualquier manera, aun cuando no se conozca ni el nombre de la persona proveedora, los sistemas de confianza entre los chicos y el dealer se basan más en aspectos como los gramos de cristal bien pesados, la calidad de la mercancía, la rapidez de entrega, y en general el no haber existido ningún tipo de conflictos o complicaciones durante alguna transacción de compra y venta.

Estos datos, de entrada dan cuenta de que si bien las autoridades poblanas desconocen o no les interesa el consumo de cristal en las prácticas sexuales de varones gays como una problemática social a atender, el crimen organizado sí tiene bastante claro a esta población

como un mercado lucrativo al cual se le ha dedicado la producción de toda una infraestructura de atención al cliente.

Por ejemplo, Mauricio -el chico que radica al sur de la ciudad y que vive con otras comorbilidades como diabetes- señala que quien le vende sustancias, le tiene satisfecho con la calidad de su producto, el precio y la discreción en su método de entrega. Mau no conoce el nombre de la persona que le vende el cristal. Solo guardó su contacto, una vez que le fue recomendado por uno de sus 4 amigos más íntimos. Generalmente su dealer acude cuando Mau requiere de manera urgente la sustancia, y eso es uno de los aspectos que más le agradan de su proveedor.

Tales urgencias de cristal suceden generalmente porque se encuentra en medio de una práctica sexual y no cuenta con más cristal para poder continuarla. Muchas veces esto sucede a altas horas de la madrugada, y aun así, su dealer nunca le ha fallado. Este proveedor en particular acude en un carro o moto, siempre muy limpio, arreglado y perfumado y con un margen de 20 minutos de espera. Mau considera un detalle importante que su vendedor tenga además esa buena presentación al momento de hacer la entrega. Le parece un hombre atractivo, aunque nunca se ha insinuado un contacto sexual de ningún tipo ni de uno de otro. Ni siquiera sabe de su orientación y/o gustos sexuales. Pero para Mau son muy importantes aspectos como que quien le abastece no cuestione que su consumo se lleve a cabo en el ejercicio sexual, que las transacciones sucedan incluso en horarios de madrugada y la presentación del dealer, su trato amable y accesible.

En un momento determinado le pregunté a Mau si su dealer nunca le había preguntado sobre como consume el cristal, es decir, vinculado a la sexualidad. Mau me respondió que el chico es muy *profesional* (me llamó mucho la atención el uso de este calificativo) pues no solo es discreto sino que actúa como si desconociera completamente el contexto del consumo. Este dato se me hizo muy interesante para pensar cómo el narco menudeo tiene bastante analizado al mercado de hombres gais compradores de cristal en la ciudad, a grado tal que aparentemente existe una metodología de atención a esta clientela. Y dicho método no solo ayuda a garantizar la compra de metanfetamina, sino que también el comprarle a un dealer con estas características parece darle un estatus al comprador, a diferencia de quienes lo hacen con proveedores digamos *menos profesionales*. Sobre todo porque este tipo de atención al cliente, me parece que sostiene la ficción de una *venta segura* es decir, una transacción donde el cliente parece no estar corriendo riesgos.

Esto último lo pienso porque no todas las experiencias de los colaboradores con los dealers o personajes del narcomenudeo en la ciudad, han sido gratas. En una ocasión Pancho me contó que ya bastante entrado en el consumo, a altas horas de la madrugada y sin ubicar ningún vendedor de cristal en la zona donde se encontraba, decidió trasladarse a un mercado al norte de la ciudad, donde alguien alguna vez le había dado señas de un punto de venta.

Esta zona es famosa por la circulación de sustancias ilegales pero también por ser territorio del crimen organizado. Sin embargo Pancho no midió peligro hasta que se encontraba tocando la puerta de un cuartucho hasta el fondo de dicho mercado, donde varios vendedores salieron furiosos, lo amedrentaron y acorralaron exigiéndole que le dijera como había dado con el lugar. Fue hasta ese momento en que Pancho se dio cuenta de la gravedad del asunto y tímidamente les dijo que necesitaba cristal para seguir cogiendo, pues venía de una fiesta con otros hombres. Supone que le creyeron al ver los efectos de la sustancia en sus expresiones y le vendieron metanfetamina, saliendo de ahí lo más rápido posible, sumamente asustado y arrepentido de su visita.

Fabián también me narró una experiencia poco agradable con un dealer. En alguna ocasión se encontraba en un hotel con un chico y había citado a su entonces proveedor de cristal para una adquisición. Sin embargo él ya había notado que cada vez las bolsitas de metanfetamina pesaban y le duraban menos. Así que le había dicho al dealer que en esta ocasión llevara una báscula para pesar la mercancía a vender. Fabián aunque había sido rudo con el proveedor en la llamada cuando le solicitó verse para comprar, temía que en la transacción hubiera algún tipo de agresión. Así que planeó todo para que el chico que lo acompañara estuviera también presente, cosa que le daba seguridad. Afortunadamente la compra venta resultó sin contratiempos, pero Fabián decidió cambiar de proveedor a uno recomendado por el mismo chico que lo acompañaba en ese momento.

Una tercera experiencia desagradable con los proveedores de cristal que deseo registrar, es mucho más delicada que las anteriores, por lo que omitiré el nombre del colaborador que proporcionó la información. Aunque él es usuario de metanfetamina, un familiar cercano y que radica en el mismo domicilio también lo es. Según sabe el colaborador, su familiar no lo consume en prácticas sexuales, pero al ser alguien muy joven, considera que fue un factor para que se enganchara demasiado con la sustancia a grado tal que el grupo familiar decidió internarlo en un centro de rehabilitación a la fuerza.

Para cubrir parte de los gastos de su atención del centro, el colaborador decidió buscar en su habitación si había dinero del familiar internado, que pudiera ayudar a los gastos. No solo encontró dinero sino también una caja bien cerrada y escondida estratégicamente. Al poco tiempo cuando pudieron tener contacto con el familiar en internamiento, lo primero que les pidió fue que no tocaran del ni el dinero ni el contenido de la caja. Fue en ese momento que el colaborador se dio cuenta que su familiar no solo era usuario, sino que también se había involucrado en el narco menudeo. Él resguardó tanto dinero como la caja, pero al salir su familiar de la clínica, recibió una violenta visita por parte de éste y otros sujetos aparentemente proveedores de drogas, que lo amedrentaron y amenazaron. Logró audio grabar el encuentro de manera discreta y me lo compartió. He decidido no reproducir tales diálogos por el nivel de violencia que hubo, pero ésta y las otras dos experiencias narradas me sirven para dar cuenta que aun con una serie de estrategias que se echan a andar para otorgar un trato amable y profesional en la venta de cristal, aun con las vinculaciones que los

chicos lleguen a tener con los dealers, no se excluyen las posibilidades de ser violentados en el contextos del narco menudeo. En diálogo con Valencia (2010), habrá que tener presente que las actividades del crimen organizado se mueven bajo la lógica de un *capitalismo gore* donde la violencia extrema, las agresiones, las desapariciones y el cautiverio (e incluso elementos como la sangre, los cadáveres y la mutilación) se vuelven herramientas para la reproducción del capital.

Las rutas del consumo en Puebla: las reuniones en domicilios privados

Las experiencias de Mau con el dealer narradas en el apartado anterior, permiten vislumbrar el primero de los cuatro posibles puntos base con los cuales se pueden iniciar las rutas de sexo y consumo narradas por los colaboradores. El primero de esos punto base son las reuniones en los domicilios particulares. Sea en casas, departamentos o cuartos de renta, los domicilios se vuelven puntos de encuentro para llevar a cabo reuniones de sexo con consumo. La cada de Mau es un punto que muchas veces ha servido de base para iniciar una ruta de sexo y consumo. Muchas veces, sus encuentros inician con una cita para dos personas, es decir, Mau invita a alguien más pero por lo regular se van anexando más participantes que son contactos.

Todo inicia cuando Mau se siente caliente, con ganas de sexo y comienza a consumir un poco de cristal. La sustancia lo calienta aún más y decide contactar a posibles invitados. Hace uso de sus dos celulares los cuales siempre estaba a la mano: uno lo tiene para las conversaciones en WhatsApp con chicos con los que ya ha tenido algún encuentro y desea repetir, por lo que les invita a visitarlo a su casa. En el otro está abierta la aplicación de ligue, Grindr para poder ubicar antiguos amantes disponibles pero sobre todo, nuevos perfiles con los que pueda coger.

Aquí entran en protagonismo los iconos claves con los que se decoran los perfiles. Aquellos que son usuarios del cristal utilizan emojis que hacen alusión a la metanfetamina: cubitos de hielo, copos de nieve, jeringas, diamantes, anillos de diamantes. Los iconos van cambiándose porque la misma aplicación los imposibilita al saberse sobre su significado. Por lo tanto se van sumando más alegorías como nubes (que simulan el cristal fumado) capsulas, gotas de sangre, etcétera. Las descripciones de los perfiles de Grindr también pueden ser utilizadas para ubicar a un usuario haciendo uso de letras combinadas con símbolos que impidan al algoritmo identificar la palabra (Kr1-\$t41, M3t4. Nf3t4m1n. podrían ser algunos ejemplos). Mau entonces contacta a algún acompañante y muchas veces luego de una sesión de sexo y cristal, ambos buscan a otros chicos sea en sus contacto o en la aplicación para unirse a la fiesta. Pancho tiene experiencias similares pero por lo general es él quien acude a los domicilios, generalmente invitado por el anfitrión o por otro de los participantes.

De esta manera la ruta de sexo y consumo puede iniciarse en la casa de alguien en alguna de las colonias de la ciudad. No hay una hora del día en particular en que pueda armarse una reunión, aunque por supuesto es por las tardes y noche y los fines de semana los días con mayor actividad de este tipo. Esto por las actividades laborales de los participantes aunque cierto es que muchas de las colaboradoras como Eduardo -el chico de Teziutlán que vivió en Guadalajara- perdió en distintas ocasiones su empleo por las largas jornadas de sexo con cristal que se extendían más allá del fin de semana.

Mau comenta que ahora que no tiene trabajo, los días de sexo y consumo pueden suceder en cualquier momento, Pero cuando tenía actividades laborales toda la semana, efectivamente eran los días viernes cuando contactaba con los otros chicos. Por lo que las practicas se podían extender hasta 4 días, es decir de viernes a martes. Aunque su casa solo era el primer espacio de la ruta.

El tiempo en que la gente permanece en el domicilio donde se lleva a cabo la reunión inicial es variado. Pero me llama la atención que según los colaboradores muchos pueden ser los factores que motiven a la movilidad. Pancho dice que él se mueve a otros lados porque hace *click* con alguno de los participantes, es decir liga con alguien y entonces deciden alejarse a otros espacios como el domicilio del chico ligado o un lugar de encuentro. Un espacio donde puedan seguir cogiendo y consumiendo.

Mauricio por su parte señala que los motivos para dejar el punto base, es decir su domicilio, es que haya empatizado con los otros participantes y estos propongan continuar la fiesta en otra casa o en algún antro o bar. Mauricio no es muy de lugares de encuentro, pero sí de prolongar las sesiones por varios días.

Pero también existen motivos por los cuales decida permanecer en el punto base: que los invitados le sean atractivos. Este dato me parece interesante porque Pancho señala que a diferencia de los lugares de encuentro, el sexo ocasional donde no hay consumo requiere muchas de las veces un proceso de convencimiento, de conquista o ligue para que suceda el encuentro. Pero en estas reuniones, los asistentes parecen entender que la sustancia es el medio que los vincula sexualmente con los otros. En el trabajo de Cabrera, el podcast citado al inicio de este capítulo se hace mención a como en el sexo con cristal la apariencia física y el atractivo de los participantes puede llegar a colocarse en un segundo plano y se puede tener acceso al sexo con personas con mucho capital erótico, que muy posiblemente no sucedería sin la presencia de la metanfetamina.

Ahora bien, si la estancia en el domicilio particular se extiende, se hace necesario llamar a los dealers para poder reabastecerse de material. Mau lo hace así de manera frecuente y es por ello que se refiere el vínculo con su proveedor.

Los bares, antros y lugares de encuentro como base para el sexo con cristal

Jasón – el chico de CDMX que se recuperó de la fase del sida-, que vivía en Puebla en el mismo domicilio que su hermano, prefería contactar con posibles consumidores de cristal en el segundo punto ubicado como base para las rutas de consumo. Aquí existen particularidades porque de acuerdo con Jasón, solamente se da el consumo de cristal fumado, así como otras sustancias como la marihuana y el LSD, pero difícilmente suceden prácticas sexuales.

Así que estos espacios se convierten más en contextos donde se puede contactar con alguien que practique, guste o esté interesado en el sexo con cristal y si acaso *a calentar motores*. Para contactar con alguien interesado Jasón usa frases como: *se antoja un fume, no?, ¿le haces al fume? ¿te late el crico?* Aunque todos los colaboradores ubican perfectamente estas invitaciones, algunos como Carlos – el chico que se infectó de VIH junto con su pareja- señala que utilizaba estas y otras preguntas parecidas para ligar oportunidades en los bares y antros cuando vivía en la capital poblana.

Carlos refirió que aunque este método fue funcional en muchas ocasiones, siempre tuvo el temor que alguien se molestara por tal invitación, lo rechazara o se mostrara violento. Carlos se mueve en ciudades del interior del estado. Por ello refiere que, trata siempre de limitar este tipo de búsquedas cuando se encuentra divirtiéndose en la capital, ¿pues teme que en localidades pequeñas, las invitaciones al sexo con cristal sean recibida de mala manera. Cuando se encontraba trabajando en Cuetzalan, por ejemplo, hacia uso de aplicaciones virtuales evitando ir a bares de la zona. Me llama mucho la atención estos testimonios porque si bien es cierto que en el sexo ocasional entre varones y contextos como el cruising siempre ha existido el miedo a diferentes posibilidades de vulnerabilidad, el sexo con cristal ofrece nuevos escenarios en los cuales los sujetos hacen circular el miedo y la desconfianza. Mauricio por su parte, dice que nadie se ha sacado de onda cuando hace esta invitación en los antros o bares pero si ha habido negativas para el encuentro con consumo. En ese sentido los antros pueden ser puntos base pero también continuaciones de la ruta como el caso de Mauricio. Y muchas de las veces el antro funciona como un punto de retorno a su domicilio o al del ligue.

En este punto retomo un poco el tema del abastecimiento de cristal a través de los dealers, quienes además parecen entender estas rutas de sexo y consumo y moverse a la par de estas dinámicas. En alguna ocasión Mauricio terminó en una reunión muy lejos de su domicilio, prácticamente al otro extremo de la ciudad. A altas horas de la madrugada, se quedó sin material. Como Mauricio considera muy importante el no pedir regalado cristal a los otros y prefiere abastecerse de su cristal (este es un aspecto importante que retomo más adelante) llamó a su dealer de siempre, aunque preocupado porque el costo del material se incrementaría considerablemente, cubriendo el traslado vehicular. Pero más bien, el dealer le preguntó la zona donde estaba, y le refirió con otro vendedor con la excusa que éste le surtiría

con mayor velocidad. Mauricio piensa - al igual que yo- que más bien se trató de un tema de territorios. Cuando el otro dealer llegó con el pedido, con un protocolo muy parecido al del abastecedor habitual, Mauricio le preguntó si podía guardar su número para futuras ocasiones, pero éste le contestó que solo si estuviera de nueva cuenta en esa zona de la ciudad, donde se encontraba en ese momento.

Este dato da cuenta de cómo la infraestructura del narco menudeo en la ciudad, parece entender la movilidad de los colaboradores que consumen la sustancia en el ejercicio de su sexualidad. Las estrategias parecen adaptarse a las particularidades del mercado.

Ahora bien, algo parecido sucede con algunos lugares de encuentro en la ciudad. Pancho señala que en su experiencia, poco a poco los lugares de encuentro se han convertido en espacios donde es posible tener sexo con cristal. Por lo que algunos como los cines porno y los parques y espacios públicos donde existe el cruising son solamente para contactar gente consumidora. Pero en otros como los baños sauna “El Hedón”, “El Prometeo” o los “San Javier”, o espacios como “El Desván” o las cabinas del centro o de la colonia la margarita, es posible iniciar las jornadas de sexo y consumo, o ser puntos de continuación o culminación de las rutas.

Sin embargo estos espacios tienen una particularidad: la presencia de un dealer de base. Fabián acudía a ciertos espacios de encuentro anteriormente. Ahora prefiere iniciar y llevar sus jornadas de consumo en hoteles de 3 y 4 estrellas. Pero cuando acudía a estos lugares. Fabián recuerda haber tenido un buen contacto con los vendedores de estos espacios. Algunos de ellos eran parte de la comunidad LGBTQ+ sobre todo varones gays o mujeres trans. Las y los dealers se instalaban en el lugar de encuentro desde tempranas horas, sobre todo los fines de semana. Ciertamente es que participaban en los encuentros y el ligue y que en algunas ocasiones también consumían, pero Fabián recuerda más bien que sus actividades estaban enfocadas en la compra venta del cristal y otras sustancias como marihuana, LSD, poppers y sildenafil. Dado que en muchos de los lugares de encuentro es difícil o imposible salir sin tener que volver a pagar al retornar, la presencia de uno o más dealers dentro de las instalaciones resulta bastante conveniente.

Los espacios de encuentro parecen ser por lo general puntos finales de las rutas de sexo con cristal. Muchas de las experiencias de los colaboradores terminaron o bien en los domicilios o en lugares de encuentro, siendo estos últimos la mejor opción, porque como narra Pancho, él suele terminar en uno de ellos porque quiere conocer a más gente, porque hay dealers ahí y porque como lo conoce de tiempo atrás, son lugares que sostienen la ficción de cierta seguridad. Aunque en ellos algunos usuarios han tenido experiencias violentas y se han registrados fallecimientos que muchas de las veces no son aclarados si se trató de sobredosis, accidentes u homicidios.

Una mención específica tiene un motel instalado a la afueras de la ciudad, en los límites con otros municipios cercanos; el motel Del Mar. Yo había escuchado de este

establecimiento por pláticas con pancho pero no accedí a él hasta que comencé mis pláticas con Víctor – el restaurantero – quien se abastece cada semana en el motel “Del mar” y acudía de manera frecuente para tener sexo con cristal. Tales características me parecieron idóneas para realizar ahí un trabajo etnográfico más detallado, el cual abarco en el siguiente capítulo.

Por el momento solo quiero apuntar, y en tenor de fortalecer y aclarar su papel en las rutas de sexo con cristal en la ciudad de Puebla, que el “Del mar” es un punto estratégico para la movilidad de las poblaciones consumidoras. Muchos de los colaboradores, sino es que todos, lo conocen y lo han visitado para tener encuentros sexuales con consumo en él.

Resulta frecuente que el motel sea el final de las rutas de sexo metanfetamínico, Esto suena lógico porque se ha convertido en un espacio donde existen grandes posibilidades de encontrar compañeros sexuales y siempre hay más de dos dealers con quien poder abastecerse de sustancia. Pero también muchos colaboradores después de abastecerse, suelen moverse a otras fiestas privadas o a sus domicilios particulares ya sea para finalizar la jornada o continuarla un poco más.

Las características de este espacio que lo hacen un punto importante y particular en las rutas de sexo con cristal, serán extendidas más adelante como lo he referido. Esto es solo una probada.

Modalidades y tecnologías para el consumo de metanfetamina en el sexo

El sobrenombre de *cristal* para referirse a la metanfetamina proviene de una de sus tres presentaciones: pequeños trocitos blancos / transparentes, con características de hielo o similares a los restos de un cristal roto. Por alguna razón, quizás porque se reduce el proceso de elaboración, esta presentación se hizo más popular que las pastillas o el polvo.



Imagen 4.1 Bolsita de cristal

Resulta importante la presentación de la sustancia no solo por el nombre de identificación sino también por la forma en que se consume. De acuerdo con la página oficial del Instituto Nacional contra el abuso de drogas de los Estados Unidos, “la metanfetamina se presenta en varias formas que se pueden fumar, aspirar, inyectar o ingerir. El método preferido de consumo de la droga varía según la región geográfica y ha ido cambiando con el tiempo” (NIH, 2020). Por supuesto que la ingesta se vincula a su presentación como pastilla,

mientras que la aspiración a su presentación en polvo, aunque los *criscales* también pueden ser ingeridos o remolidos para ser aspirados.

Pero estas cuatro formas de enlistar las maneras de consumo del cristal, no son del todo similares a las narradas por los colaboradores de este texto. La versión fumada conocida como *fume* y la inyectada enunciada como *slam*, son las dos técnicas más populares entre las experiencias narradas. Cabe aclarar que el término *slam* no es exclusivo del uso de la metanfetamina, pero en este texto me referiré así a la acción de inyectarse cristal porque es la manera en que los colaboradores refieren y encuadran a ésta modalidad de consumo.

Por otro lado también está la ingesta y la inhalación y una quinta forma que no está considerada por la descripción oficial antes citada: aplicada en el recto ya sea durante la penetración o previa a esta. Hubo también la mención de aplicarlo en el glande, pero por lo regular es la cocaína la que se utiliza de esa manera.

Cabe aclarar que ninguna de estas modalidades narradas por los colaboradores se presentan como estáticas o permanentes o únicas. La mayoría de los chicos suelen combinar una o más de ellas, aunque también había quien optaba por solamente una y expuso sus razones al respecto.

Haré entonces un breve recuento de cómo lo consumen los colaboradores para después detenerme en las técnicas para cada modalidad. Primero, Fabián- el ingeniero que ha trabajado en varias ciudades del país-, BP – el chico que vive con trastornos psiquiátricos y ejerció el trabajo sexual siendo menor de edad- y Mauricio- el chico que vive con diabetes al sur de la capital- narraron que prefieren fumarlo. Aunque me detengo más adelante en las razones de optar por esta modalidad, aquí quiero enunciar que el *fume* parece estar instalado en una especie de primera etapa del consumo y por lo tanto no tan dañina orgánicamente. Se

sostiene la ficción de que quien solo fuma el cristal, no está enganchado aun a la sustancia a diferencia de quien se la inyecta o aplica en el recto.

También, desde el fume, se suele considerar que es más fácil abandonar el consumo. Así lo plasma BP, quien dejó de hacerlo hace bastante tiempo y considera que no le costó trabajo porque *nunca llegó a inyectárselo*, como si el slam representara una etapa mucho más cruda o adictiva que solo fumarlo. Me parece que ya anteriormente había yo citado a Mauricio cuando narra que no gusta del slam porque traspasa la piel es como romper una barrera de protección natural del cuerpo, Esta idea que es compartida por otro de los chicos, Fabián, me pareció interesante porque no solo clasifica la modalidad del fume como menos *peligrosa* que el slam, sino que también modifica la manera en que se perciben a los usuarios de ambas modalidades. Quienes se inyectan suelen ser considerados como *más perdidos en el vicio*.

Jasón . el chico de ciudad de México que atravesó una fase de sida- suele combinar el fumar cristal con inyectárselo o *slam*. Aunque Jasón señaló que esta modalidad era de manera ocasional, pues prefería el fume. Por otro lado Eduardo – el chico de Teziutlán que vivió en Guadalajara- en su estancia en la capital jalisciense optó por el slam. Eduardo narra que se inyectaba dosis bastante fuertes, pero cuando retornó a la entidad poblana inició un proceso de abstinencia. Aun así, Eduardo prefería consumirla mediante el slam. Cuando le pregunté a Eduardo tiempo después porque prefería esta modalidad de consumo, me recordó su estancia en la vivienda de su dealer. Eduardo consumía ya frecuentemente para ese entonces, pero uno de los primeros días en esa casa llegó del trabajo y encontró a su amigo junto con otros dos chicos inyectándose. La escena le pareció muy morbosa porque se imaginó al trío turnándose para penetrarlo, situación que sí sucedió y Eduardo considera que esa experiencia como una de las más importantes para su consumo vía slam:

Una sensación de morbo, cuando los veía (...) así no se bien cómo explicarlo. Era como si al ver que se estaban poniendo, era seguro que iba a estar rico. Porque el ver a los hombres así sin ropa, inyectándose en los brazos y ver como ellos mismos se ponían calientes después y ver sus vergas duras, era, para mí ya era como animales todos excitados, eso me prendía mucho también, porque sabía que me iban a dar una cogidota. (Eduardo, comunicación personal, 2024)

Esta narración me pareció muy interesante. Algunos de los otros chicos de la investigación señalaron en su momento que consideran que al inyectarse la sustancia, ésta te pone más caliente porque va directa al torrente sanguíneo. Pero además de ello, según la narrativa de Eduardo, no habría que invisibilizar el hecho de que la escena de varones inyectándose cristal puede resultar en sí erótica y excitante. Entonces, no solo se trata de que los efectos de la sustancia sean más intensos al ser inyectada, sino que a la par puede existir una carga erótica como la que Eduardo coloca en la escena de hombres inyectándose.

Eduardo dice que parte de esa excitación fue que sabía lo calientes que se pondrían con el slam y por ello la acción de punzar el brazo para el slam le parece hasta la fecha algo muy excitante.

Víctor – el restaurantero que frecuenta el motel Del mar- menciona que normalmente la fuma, pero prefiere los efectos producidos a través de inyectársela. Lo mismo narra Pancho, quien además de inyectarla, la inhala y últimamente ha improvisado mecanismos caseros para poder fumarla. Pancho me llegó a contar que en algunos de sus encuentros ha habido chicos que incluso la inyectan directamente al pene.

Caín es el único de los colaboradores que refiere el uso de la metanfetamina por vía rectal. Se trató de una única experiencia a solicitud de su entonces pareja sexual, del cual Caín estaba enamorado. Caín recuerda que en efecto el placer sexual fue mucho, pero luego se sintió mal consigo mismo. La sustancia permitió una penetración vigorosa y prolongada, muy placentera, pero eso dilató la piel y el margen de su ano. Aunque el uso del cristal se combinó con poppers para extender más la dilatación, Caín recuerda la incomodidad de verse esta parte del cuerpo posterior a este encuentro- Caín no niega lo placentero del encuentro, incluso acepta que le éxito que su pareja *lo dejara así*. Pero también recuerda ver su ano dilatado y tener la sensación de haber sido violentado. Me parece muy interesante lo que Caín narra porque da cuenta de cómo la frontera entre placer sexual y autocuidado parece bastante efímera e incluso ambivalente desde el registro afectivo. El *sentirse mal* y el *sentir placer* parecen desplazarse con dinamismo en una misma escena de sexo. Caín sintió un calor y excitación corporal que no había percibido con anterioridad, ni con los poppers. Pero también es cierto que las laceraciones del recto producto de esta práctica no le parecieron agradables ni excitantes. Por lo que pidió a su entonces pareja que no se volverá a repetir.

Por otro lado, esta experiencia compartida también da cuenta de la combinación del cristal con otras sustancias, a manera de técnicas para su uso. En las narrativas de los chicos, es común ver que otras sustancias ayudan en diferentes aspectos de la práctica sexual como la dilatación, la erección, estimulación, etcétera.

Tecnologías para el sexo con cristal

En uno de los acompañamientos que hice con Fabián, pude conocer los múltiples elementos que él articula en las sesiones de sexo y consumo. En las narrativas de los chicos, es posible entender las maneras en que determinas artefactos y/o procesos tecnológicos se van articulando a la forma en que los muchachos llevan a cabo el ejercicio de su sexualidad.

Por ejemplo, he mencionado ya con anterioridad y en múltiples el papel que juegan las aplicaciones de ligue como Grindr en las experiencias sexuales de los colaboradores. Pero existen otros muchos artefactos más específicos que entran en escena para el uso de la metanfetamina como una herramienta sexual en sus experiencias.

Cada modalidad de consumo de cristal conllevan una serie de prácticas para su uso y por lo tanto se incluyen artefactos y tecnologías que buscan maximizar su potencialidad y aprovechamiento de la sustancia.

Ahora bien, la mayoría de los colaboradores refirieron que la primera vez que probaron la metanfetamina fue de forma fumada. Así lo cuenta Fabián, BP, Carlos, Pancho y Jasón.

Así que le pedí a Fabián acompañarlo a la preparación de una de sus tardes de sexo y consumo, con la finalidad de comprender mejor cómo se arma y cuál es el instrumental necesario para una tarde o días de sexo con cristal.

En un apartado anterior, cuando hablé de las rutas de consumo en la ciudad de Puebla, hice referencia al gusto que tiene Fabián sobre rentar una habitación en algún hotel céntrico y de 3 o 4 estrellas en el centro de la ciudad. Y que estos espacios, muchas de las veces son su punto base para sesiones prolongadas o simplemente al otro día retorna a sus actividades laborales y familiares. Fabián entonces me permitió acompañarlo y le pedí registrar fotográficamente algunos de los utensilios que él utiliza para fumar el cristal.

De esta manera supe que lo más básico para *el fume* es una pipa de cristal muy delgado [fig. 5.2]. Estas pipas ya las había yo visto cuando visitaba a Mauricio en su domicilio para las entrevistas dentro de su recámara y cómodamente fumaba mientras platicábamos los temas de mi interés. Con la pipa, la metanfetamina [fig. 5.3] se deposita en el receptáculo esférico, posteriormente se calienta con la ayuda de un encendedor o un soplete pequeño, es decir se necesita calentar de manera no brusca para que los cristales se hagan líquido y luego se vaporicen en un proceso lento que permita fumarlo por medio de la pipeta.

Fabián porta unas dos o tres pipas con variabilidad en su diseño (algunas tienen la pipeta a forma de espiral y otras modalidades) suele adquirirlas de manera muy fácil en determinados establecimientos comerciales tanto del centro de la ciudad de Puebla como en



Imagen 4.2 pipa para fumar metanfetamina

CDMX. De hecho en esa ocasión lo acompañé a comprar una al centro de la ciudad (el hotel estaba en la zona conocida como San José, que es también parte del centro pero es necesario caminar bastantes cuadras). La tienda donde entramos es una dedicada a venta de bisutería con enfoques *mágicos* amuletos, cuarzos, cuencas de vidrio, etcétera. Pero son establecimientos bastante grandes y comerciales, con mucho personal y un concurrido número de clientes. Las pipas que adquirió Fabián no son exclusivas para el uso del cristal, por lo que suelen existe mucha demanda por ellas.



Imagen 4.3 bolsa con cristal y pipa usada

De acuerdo con la experiencia de Fabián y de los otros colaboradores que gustan del fume, es más recomendable el uso de un soplete, porque concentra la flama en un punto específico de la esfera y esto hace que se disuelva mejor el cristal, aprovechándolo de una mejor manera. Esto es muy de tomarse en cuenta por que la llaman desgasta con relativa rapidez a las pipas, las cuales se tornan negras y se debilita el material del que están hechas, y es por ello que de manera frecuente se adquieran nuevas y fue por ello que Fabián me pidió acompañarlo a adquirir nuevas.

El humo que se desprende al fumar el cristal tiene una densidad blanquecina muy particular. Aquí quiero contar una experiencia personal. Muchos de los entrevistados me habían referido que ese humo tiene un olor particular, con el cual detectan su consumo de manera rápida en diferentes espacios. Por ejemplo Mau me contó que en una ocasión la señora que le ayudaba con la limpieza de su casa, le pidió le dijera el nombre del perfume o aromatizante que usaba, porque su hijo parecía usar la misma fragancia. Mau dijo que esa era una señal que el hijo de la señora también era consumidor. Sin embargo en un principio yo solo podía percibir un delicado olor parecido al talco. Pero era una fragancia muy sutil. En ese momento pensaba que quizás mi inexperiencia con la sustancia era lo que me inhabilita a su detección por el olfato. Y parece que tenía razón. Hace unos meses atrás de escribir estas líneas, pude percibir ese olor a talco pero de manera más intensa mientras estaba en el balcón del departamento de un amigo. Cuando miré hacia abajo, en el piso inferior un chico estaba fumando cristal sin percibir que yo me encontraba arriba, aunque seguramente eso no le hubiera intimidado. Pero me llamó la atención que ahora, aun a la distancia, el aroma me pareció mucho más perceptible que cuando Mau fumaba en mi presencia.

Ahora bien, tal como Mau lo dijo en alguna ocasión, la nube tiene una temperatura mucho más fría que el ambiente. En una de las entrevistas, tras darle un toque, sopló el humo sobre mi mano y pude sentir una sensación parecida al haberla introducido en un congelador.

Pero fue una sensación fugaz, solo unos escasos segundos. Tanto el olor de la nube de cristal como su temperatura, resultan importantes en el tema del autocuidado.

En el proceso del consumo de cristal, algunos de los chicos parecen escuchar a su cuerpo. Fabián y Mau coinciden en que muchas veces existe una irritación de garganta ocasionado en su opinión por fumar directamente de la pipa que les resulta bastante molesta. Por eso, ambos hacen uso de otras tecnologías que se han articulado al fume, para poder minorizar está molesta sensación.



Imagen 4.4: bongs para el consumo de cristal por filtración de agua.

Las figuras 4.4 y 4.5 muestran la alternativa a este problema: se trata de bongs o pipas de agua que suelen usarse para el consumo de otras sustancias como el tabaco o la marihuana. Pero estos usuarios de metanfetaminas han encontrado en ellos una interesante alternativa para evitar la resequeidad



Imagen 4.5: pipa adaptada a bong.

de la garganta y mucosas nasales. La función del bong es habilitar un consumo de la sustancia a través de la filtración por agua u otros líquidos. Mau me comentó que en algunas ocasiones incluso utilizaba refresco de uva o grosella lo que en su experiencia le daba un sabor diferente al cristal y evita la irritación en su garganta.

Como puede verse en las imágenes los bongs incluso están decorados con formas atractivas y comerciales y requieren de una pipeta especial para adaptarlos. Fabián también señala que algunos bongs, incluso incluyen una suerte de filtro que evita que el sonido del líquido sea tan fuerte, por lo que también funcionan para mayor privacidad. Así que la utilización de estos artefactos para el fume dan cuenta de dos preocupaciones principales para los colaboradores: la molesta de la irritación en las fosas nasales y garganta y la privacidad de la práctica.

Además de ello, durante el sexo fumar cristal resulta un poco más accesible. De acuerdo con las experiencias narradas, el fume suele ser el acto de apertura para el encuentro sexual. Fabián por ejemplo me narra que uno de los juguetes eróticos que le son más

consumiendo, viendo pornografía, masturbándose y comiendo gomitas de dulce. Aprovecha el jacuzzi de la habitación e instala velas aromáticas que trae de su casa. }

A veces su habitación es el paso de varios varones que la ocupan como uno de los eslabones en su ruta de consumo. Otra vez Fabián no busca a nadie y toda la noche es para un consumo en solitario y placer auto proporcionado. Por ello, entre los juguetes que Fabián porta varios de ellos están pensados para la masturbación del pene o la estimulación de la próstata.

Solo busco mi venita: técnicas para el uso del cristal inyectado

Como he venido mencionando el Slam o la práctica de inyectarse el cristal parece estar cargada de varias significaciones por parte de algunos de los colaboradores, la mayoría de ellas negativas. Fabián por ejemplo, no opta más que por el consumo fumado, porque considera que inyectárselo es un nivel de consumo mayor: Refiere que esta práctica esta más cercana al llamado *consumo problemático*, es decir, a perder el control sobre la sustancia. Incluso, cuando le ofrecen inyectárselo, refiere tener *miedo a las agujas*, excusa que le causa risa, porque porta varios tatuajes en el cuerpo.

Por su parte Mau también gusta consumir la metanfetamina fumándola, porque considera que al inyectar la piel, esto representa traspasar una suerte de límite. En alguna de las entrevistas, Mau me citó un comentario en una red social, donde explicaba aparentemente desde un discurso clínico, que el inyectarse cualquier tipo de droga, se significaba como *romper* una barrera natural de defensa del cuerpo: la piel. Me pareció muy interesante lo que Mau me señalaba al considerar a la piel como una barrera natural de protección y cuidado del cuerpo que se rompía al inyectarse algún tipo de sustancia lo cual no sucedía con el uso del cristal fumado.

Pero otros de los colaboradores como Eduardo – el chico de Teziutlán que vivió en Guadalajara- Pancho – mi amigo que es estilista- o Víctor – el restaurantero que visita frecuentemente el motel Del mar- han optado por implementar el consumo inyectado en sus sesiones de sexo.

Víctor suele combinar el fume con el slam, como ya se refirió antes. De hecho, señala que este último lo siente diferente en el cuerpo. Su argumento, parecido al de otros colaboradores, se enfoca en considerar que como la inyección va directamente al torrente sanguíneo, esto proporciona un efecto más inmediato e intenso. Aunque en realidad, se sabe que la metanfetamina como “un estimulante poderoso y sumamente adictivo que afecta el sistema nervioso central (...) Cuando (...) se fuma o se inyecta, llega al torrente sanguíneo y

al cerebro con mucha rapidez, lo que causa una oleada de placer intenso e inmediato” (NIDA, 2020).

En un estuche metálico, parecido a las lapiceras escolares -o en una pequeña bolsa de piel que protege a los utensilios internos como la lleva Eduardo- Víctor porta los utensilios necesarios para el *slam*. Jeringas de insulina, ligas para hacer el torniquete y en algunas casos, hasta torundas, aunque estas últimas suelen ser muy poco frecuentes o se acaban rápido pues son compartidas con otros chicos durante la sesión.

Víctor dice que se enseñó a inyectar el *slam* rápidamente. Ubicar la vena en el tornio del brazo fue lo más complicado, pero una vez hecho se dio con mucha facilidad. Introducir la delicada aguja, jalar un poco para extraer sangre y luego introducir la sustancia: el cristal previamente diluido con un poco de agua embotellada (una botella de agua siempre se porta en la mochila de los usuarios de *slam* como Víctor). Víctor no recuerda a ciencia cierta donde y en qué momento aprendió este proceso, Seguramente, reconoce, fue viendo a los demás hacerlo una y otra vez. Luego intentarlo una y otra vez en su brazo.

Cuando le pregunté a Pancho – mi amigo- sobre cómo le hacía para inyectarse el cristal me respondió con comodidad: “solo tengo que ubicar mi venita”. La técnica que pancho me narró es muy parecida a la Víctor, pero no es tan cuidadoso con sus utensilios. Pancho generalmente esconde su consumo inyectado, así que no tiene un estuche para utensilios sino que las jeringas de insulina son resguardadas en las bolsas más escondidas de su mochila o incluso las ha guardado entre sus calcetines. También suele llevar su botellita de agua aunque señala que ya entrados en las sesiones, muchas veces se usa agua de la llave. La proporción que Pancho suele utilizar para el *slam*, es de dos unidades de agua por cada unidad de gramos de cristal en la jeringa de insulina. Pancho considera que en las pieles blancas, las marcas del *slam* son fácilmente detectables. Cuando me dijo eso me recordó que en momento dado Eduardo me había mostrado marcas del *slam* en brazos y efectivamente eran aun notorias, y que por ello se había empezado a inyectarse los dedos de los pies. Eduardo pensaba que al ser su piel clara, las marcas del *slam* lo delataría inmediatamente, por lo que además de inyectarse los dedos de los pies, se volvió común usar camisas de manga larga. Los colaboradores buscan entonces estrategias para que las marcas del *slam* no sean tan visibles. Pancho, por ejemplo aprovechan los tatuajes en los brazos para que las marcas se disimulen. Víctor sin embargo parece no importarles que se noten en sus brazos con venas marcadas.

Coger con cristal

El único placer intenso es el placer finalizado, adulto, genital. «La fórmula del orgasmo es la fórmula misma de lo viviente» (Reich) y si tú, hombrecito, no sigues al pie de la letra este proceso orgiástico en ti, es que no eres digno de estar vivo, es que la «peste emocional» ya te ha vencido. (Bruckner y Finkielkraut, 1977, p.18)

¿Cómo es el sexo con cristal? Lo que expongo a continuación es una suerte de recopilado armado con datos de los chicos colaboradores de este trabajo, pero también con información oficial y el registro etnográfico que logré capturar en una orgía - o encuentro de sexo grupal- con uso de ésta y otras sustancias que se llevó a cabo en un motel de la ciudad de Puebla. Como advertencia, puedo decir que los elementos que aparecen y que conforman esta narrativa, los iré desglosando y desarrollando a lo largo de este capítulo a través de las discusiones y reflexiones que se irán presentando.

El uso de la metanfetamina en el sexo, inicia con su consumo previo al encuentro sexual. Esto puede suceder inmediatamente, cuando ya se encuentran los cuerpos frente a frente, quizás desnudos e iniciando con las caricias y el *cachondeo* o previamente si se realiza una especie de antesala al sexo, donde los participantes platican un poco fumando o inyectándose el cristal e incluso viendo y disfrutando de imágenes o videos pornográficos. O también puede suceder mucho más atrás. A veces los usuarios consumen antes de salir a buscar el calor de otro cuerpo masculino, en sus hogares, mientras se realizan otros preparativos como enemas o lavados rectales.

Pero de cualquier manera, la sustancia lo que hace en el organismo a la hora del sexo es hacer sentir a los usuarios *más calientes que lo normal*, la temperatura del cuerpo se eleva junto con el deseo de sexo que se siente como insaciable. El pene se erecta, crece y se pone más duro que lo habitual. Es una escena de hombres desnudos inyectándose o fumando el cristal, con penes hinchados o exponiendo un ano que se abre goloso y ansioso. Las caricias y los besos por cualquier parte del cuerpo, los apretones bruscos o la fricción de los miembros incrementan el deseo de sentir una verga dura y gorda adentro del culo o el roce del recto en el glande, o la succión de una boca o lamer un ano.

La sensación que habilita la sustancia es de querer coger y coger y coger. Por un lado se trata de un incremento de la excitación pero también de la energía y la vigorosidad del cuerpo: hay una mayor resistencia durante y para la actividad física/sexual, no hay cansancio, se puede estar por un largo rato penetrando o siendo penetrado, disfrutando de las sensaciones placenteras que no son cortas como llega a suceder en el sexo sin sustancias químicas.

Penetrar, succionar, lamer, masturbar, acariciar, estrujar son solo algunas de las posibilidades. La calentura del cristal habilita la posibilidad de otras prácticas sexo eróticas como el *fisting* o darle puño a alguien, es decir introducir parte o la totalidad de la mano o ¿Por qué no? incluso el pie en el ano del otro. El sexo puede ser entre una pareja, un trio o grupal. No hay exclusividades en estos contextos, los cuerpos se rolan unos con otros si el número de participantes lo permite. No importa si es el novio de alguien que incluso este presente, disfrutando de ver como se *comen* a su pareja. Es más, las apariencias y el atractivo físico tampoco es algo indispensable a la hora de coger con metanfetamina: chicos atractivos son penetrados por hombres que socialmente pueden considerarse como *poco agraciados* o un chico veinteañero succiona el pene y chupa las nalgas de un varón que ronda los 50 años.

Como el calor es mucho y el aguante también, los encuentros de sexo con cristal pueden durar días, hasta 3 , 4 o 5. Entonces se habla de *jornadas de crico*, donde los asistentes se comprometen con el placer sexual a grado tal que nada de lo que sucede afuera de las paredes donde sucede el encuentro, importa. Y en estos encuentros sexuales que se pueden convertir en jornadas, el consumo de cristal se hace de manera constante, dependiendo de los efectos que la sustancia genere en cada organismo. Algunos, sobre todo los primerizos, estarán bien con una o dos dosis pequeñas. Pero si se quiere seguir o si se ha generado cierta resistencia a la metanfetamina, las dosis se incrementan en número o en cantidad o en continuidad. El objetivo es poder seguir cogiendo porque la sensación que provoca, repito, es querer coger y coger más. No se trata de una especie de *estado bestial*. Es más bien la entrega del cuerpo al placer del sexo, uno que se experimenta sostenido por la metanfetamina.

A diferencia del sexo sin sustancia, la eyaculación no es la terminación del acto. Puede representar una pequeña pausa para relajarse un poco y descansar, tomar agua, comer una botana – la metanfetamina también disminuye el apetito- o recargar las baterías con una nueva dosis de cristal. Por ello es que las jornadas pueden ser extensas. Y también por ello, algunos de los sujetos experimentan efectos que pueden ser significados como *adversos*, por ejemplo la pérdida de la erección. Ante ello suceden varias posibilidades. Se puede recurrir a otras sustancias como el *sindenafilo o citrato de sindenafil o viagra* como se le conoce por su nombre comercial. La pastilla azul se combina con la metanfetamina y entre ambas sostienen la calentura del cuerpo y la erección del pene que no siempre caminan de la mano. Pero también sucede que la próxima inyección de cristal pueda hacerse directa al pene, zona donde no muchos concuerdan que es efectivo, pero hay a quienes les sirve.

Y también sucede que si el pene se cansa, por llamar de algún modo a la falta de erección (o incluso puede haberse irritado el glande por tanta penetración), el *activo* (o varón que gusta de penetrar) *se voltea* y expone las nalgas y el ano para ser usadas por los demás. Porque la calentura es tal que se desea seguir cogiendo aunque uno ya no sea el que penetre sino el penetrado. Aquí el placer metanfetamínico da cuenta de aspectos como la performatividad en los roles sexuales dentro de los encuentros entre varones. Llega a quebrantar la *actividad* y la *pasividad* sexual de los cuerpos gais. Los poppers, también una

participación cuando el ano está tan adolorido por ser continuamente penetrado, que se requiere sus capacidades para la dilatación del esfínter para poder continuar.

Y es que si el cristal tiene una cualidad *desinhibidora* y tal desinhibición sucede, es porque da cuenta de la existencia de normativas que generalmente acompañan a la cama a los sujetos que abrazan el deseo homosexual. La calentura del cristal *guarda en el cajón* a ciertas normas de las prácticas sexuales entre varones, quienes repito, se comprometen en esos momentos solo con el placer.

Y en ese mismo orden de ideas, y puesto que la sustancia parece incrementar en especial las sensaciones del glande y el recto, los condones llegan a representar barreras de látex que imposibilitan el goce de la carne. Por eso el sexo a pelo se vuelve algo básico en estos encuentros. E igualmente el VIH y otras ITS están y no están. Aunque se trate de cuerpos que viven con el virus y son indetectables o cuerpos que no saben que viven con esta condición serológica o cuerpos que no son seropositivos, esta infección, sus reinfecciones o mutaciones del virus u otras ITS parecen tener poco peso al momento de coger. Difícilmente se piensa en ellas. Pero a la vez el VIH está ahí, en una idea bastante generalizada no solo entre los que gustan de este sexo, sino también al parecer en muchos grupos de la comunidad sexo diversa: *quien coge a pelo o dice estar en PrEP, es porque vive con el virus y ya no le importa ni le preocupa nada.*

Sea cierto esto o no, los encuentros de sexo con cristal que se extienden a jornadas , también se movilizan: cambian de zonas porque los sujetos se mueven entre domicilios y reuniones privadas a antros, lugares de encuentro o zonas de cruising y viceversa. Una movilidad difícil de rastrear de forma individual, porque cada participante parece moverse de manera independiente bajo sus propias expectativas.

Si la jornada inició un fin de semana, el lunes será la frontera, el borde que posibilita la finalización de los encuentros, porque habrá que reintegrarse a la *vida productiva*. O puede que no. Puede que se extienda más días y no importe que se pierda el empleo o se reprueben las materias de la universidad. Incluso la jornada pudo haber iniciado un lunes y ya es viernes y la semana laboral ha terminado. Demasiado tarde para reintegrarse.

Las jornadas de sexo con cristal terminan por varias razones además de la reintegración a los horarios cotidianos. Puede que se acabe la sustancia o el dinero para comprarla. Puede que los acompañantes sexuales se han retirado- aunque por lo general siempre habrá alguien por ahí disponible- o puede que el organismo se sienta demasiado agotado, hambriento y sediento. O puede ser que la sustancia este pasando factura de formas distintas y poco agradables: se hacen presentes las ideas y sensaciones de paranoia y persecución como un efecto neurológico de la ingesta metanfetamínico. También la ansiedad e incluso las alucinaciones que suelen hacer circular al miedo pues resultan aterradoras.

Pero también puede que la finalización termine en paz e incluso haya sido planeada desde el inicio, y tranquilamente se vuelve a la jornada diaria, satisfechos sexualmente y

esperando los próximos encuentros. Por qué aun cuando estas experiencias parecen desenfundadas, locas y fuera de control, muchos de los sujetos mantienen cierto dominio en su itinerario de sexo con consumo de cristal.

El placer sexual y el consumo de metanfetamina

En su momento, cuando platicué con cada uno de los chicos colaboradores sobre sus experiencias sexuales y el placer experimentado en ellas, la mayoría de ellos solo mencionaban que era *un placer jamás experimentado con anterioridad*. Su respuesta no me quedaba del todo clara así que opté por averiguar más sobre cómo era consideraban su sexualidad antes, cuando aún no conocían el cristal y actualmente que ya son usuarios del mismo. Las experiencias de los muchachos sobre su sexualidad con y sin metanfetamina de alguna manera plantean la idea de un *borde temporal*, un antes y un después del uso del cristal en sus prácticas sexuales, entendiendo entonces que el uso de la sustancia permitiría una serie de experiencias distintas y novedosas.

Cierto es que en un registro meramente bioquímico, la metanfetamina genera ciertas reacciones orgánicas. Jiménez y Castillo (2011) documentan que un consumo de cristal fumado, de 10 a 50 gramos...

De inmediato provoca una sensación intensa o “destello” (*rush*), que sólo dura unos minutos, y se describe como extremadamente placentero (nada s/f), conocido como la “luna de miel” con la sustancia, hay (...) ausencia de sueño, estado de alerta, disminución de fatiga, aumento de la frecuencia respiratoria, hipertermia, reducción del apetito, mejoría del estado de ánimo, mayor iniciativa, autoconfianza y capacidad de concentración; en muchas ocasiones euforia, incremento de la actividad motora (lapsos de mucha energía) y habla rápida (...) El efecto farmacológico de las metanfetaminas se produce por la liberación de dopamina, relacionada con la experiencia de placer y satisfacción, por tanto mejora el estado anímico, estimula la motilidad e induce una gran dependencia. (Jiménez y Castillo 2011, pp.156-157)

Pero los efectos bioquímicos de la sustancia no suceden en aislado, sino que se articulan con aspectos culturales, sociales y hasta con las historias de vida y expectativas de los sujetos que la consumen. Por ejemplo cuando Jiménez y Castillo (2011) refieren a la hipertermia, es decir el aumento de la temperatura corporal como uno de los efectos fisiológicos por el uso de la sustancia no precisamente se están refiriendo al *sentirse calientes* o excitados que los colaboradores narran en sus anécdotas como usuarios. Esto plantea entonces que los efectos fisiológicos experimentados por la ingesta de la metanfetamina no

sucedan de manera desarticulada sino que ocurren junto con otros procesos por medio de los cuales los sujetos significan y perciben los efectos de un psicoactivo como el cristal en este caso desde el registro de los contextos sexuales¹⁰¹.

En ese orden de ideas no habría que olvidar que el ejercicio de la sexualidad humana no es meramente un proceso bioquímico/ neurológico. Cuando conocí el texto de Srinivasan (2021) me llamó mucho la atención cuando ella señala al ejercicio de nuestra sexualidad como ese “algo que hacemos con nuestros cuerpos sexuados” que suele considerarse como algo que existe al margen de la política. Cuando la autora utiliza el término *cuerpos sexuados* trae a la mesa todo el bagaje de reflexiones acerca de la materialización y producción del cuerpo y las subjetividades desde el registro social y cultural, aunque constantemente se insista en la sexualidad como algo natural, a lo cual la autora considera que es más bien...

Una ficción que sirve para determinados intereses. El sexo que concebimos como el más íntimo de los actos, es en realidad algo público. Los papeles que desempeñamos, *las emociones que sentimos*, quien da, quien recibe, quien exige, quien sirve, quien desea, quien es deseado, quien se beneficia, quien sufre: las reglas que rigen todo esto quedaron establecidas mucho antes de que llegásemos al mundo. (Srinivasan, 2021)

En ese sentido las experiencias sexuales de los colaboradores no son solamente efectos de sustancias químicas en ciertos organismos, sino que este proceso está también constituido desde registros sociales, culturales y políticos.

Toda esta explicación me ayuda para entender las respuestas de los chicos cuando profundizamos acerca de los efectos experimentados con el cristal cuando cogen. Cuando les pedí que habláramos más a fondo de esa *experiencia sexual jamás vivida antes*, Víctor – el pequeño restaurantero- y Pancho – mi amigo y estilista- coinciden en responder que desde las primeras veces lograron una excitación mayor que sin el uso del cristal, que se veía reflejada en una *potente erección*.

Además de ello, señalan que el cristal consigue un retardo de la eyaculación. Particularmente Pancho señala que además de sentirse más excitado en general y esa sensación de calor en el cuerpo, el pene parecía mayormente hinchado y a pesar del roce del

¹⁰¹ En ese sentido, las últimas líneas de la cita de Jiménez y Castillo son muy importantes de tomar en cuenta, por que ponen en la mesa a la experiencia del placer como el resultado de procesos relacionados con funciones neuronales y bioquímicas, lo cual es indiscutible. Sin embargo, lo que habría que preguntarse es la manera en que ocurre los procesos por medio de los cuáles estas reacciones fisiológicas, estas liberaciones de sustancias neuroquímicas relacionadas con el placer como la dopamina, son significadas y materializadas como un placer de tipo sexual desde las experiencias de los colaboradores y cómo ellos lo traducen como *una experiencia de placer sexual nunca antes vivida* que funciona como borde temporal en su sexualidad.

glande con el recto o la boca del o los acompañantes, la eyaculación se retardaba pero al mismo tiempo, exista una sensación de *estarte viniendo muchas veces* sin eyacular.

Traté de profundizar más en estas sensaciones ubicadas por Pancho y él recordaba una sensación parecida, antes de su encuentro con el cristal alrededor del 2018, cuando eyaculaba en el recto de su compañero sexual y volvía a penetrarlo utilizando el mismo semen como una suerte de lubricante. Pero la gran diferencia es que la metanfetamina parecía prolongar esa sensación, por lo menos mientras la sustancia tuviera un efecto en su organismo. No se limitaba al lapso en que eyaculaba y perdía la erección tras la expulsión seminal.

Cuando platiqué el tema con Fabián – el ingeniero que ha trabajado en distintas ciudades del país- él considera que más bien las sensaciones que se perciben y se entienden como pre eyaculatorias y eyaculatorias, parecen desvanecerse, porque el placer parecido al de la eyaculación se intensifica en el pene. Por su parte, Víctor comenta que efectivamente algunas veces la eyaculación no se presenta en el tiempo habitual sino que se tarda en llegar y al parecer eso es un efecto del químico, lo que prolonga el tiempo de penetración. Además de ello la sustancia proporciona la energía para no sentirse cansado.

Hasta aquí, todas las respuestas de los colaboradores me hacían pensar en un texto que yo había conocido en la licenciatura, a inicios de la década del 2000: *El nuevo desorden amoroso* de Pascal Bruckner y Alain Finkielkraut de 1977, contemporáneo de los textos de Foucault sobre el dispositivo de la sexualidad.

Recordaba este libro porque las narrativas de los chicos se enfocan en la genitalidad, es decir que cuando les preguntaba sobre ese placer sexual y las sensaciones producto del cristal, sus discursos se ubicaban principalmente en las sensaciones del pene y el recto penetrado. Bruckner y Finkielkraut (1977) señalan que un elemento importante para la constitución de la modernidad occidental fue la consolidación del cuerpo masculino por encima del femenino, mediante la implantación de un *modelo genital del orgasmo*:

El hombre, que quiere pasar de un privilegio de poder absoluto a un privilegio de goce, denomina a eso «revolución sexual» y convierte su parco capital (eyaculación esperma) en la mercancía suprema, la nueva moneda en la que deberán cambiarse, compararse, relacionarse, todos los trayectos libidinales. (P.7)

De esta manera, según los autores, las sociedades modernas occidentales otorga una centralidad a la genitalidad masculina con respecto al placer sexual. Eso permitiría entender por qué las narrativas de los chicos otorgan a la genitalidad un protagonismo al momento de explicar las sensaciones del cristal. En ese sentido, también podría pensarse entonces que mucho del éxito del placer metanfetamínico recae en que fortalece una concepción del placer sexual centralizado en la genitalidad. Es decir, la presencia de la metanfetamina en la sexualidad entre varones es potente porque las sensaciones fisiológicas parecen concentrarse

principalmente en el pene y la erección. Y se significa como sumamente placentera porque potencializa su vigorosidad, la prolongación del tiempo sexual y en general en una mecánica química que otorga mayor potencia a la genitalidad.

Ahora bien, uno de los problemas de exaltar una sexualidad meramente genital -y más específico los genitales masculinos- paradójicamente parece recaer en la misma limitación del placer sexual a la genitalidad. Los autores franceses señalan que “la relación sexual para el hombre es la historia siempre dramática de un ser que quiere gozar del cuerpo de una mujer [o el cuerpo del otro] y acaba invariablemente por gozar de sus propios órganos”¹⁰² (Bruckner y Finkielkraut, 1977, p. 19).

Lo que se está planteando es la constitución de una subjetividad individualizada, que se ha acoplado además a una lógica neoliberal, donde las vinculaciones incluso sexuales con los otros sujetos parecen dificultosas. En diálogo con estos postulados podría pensarse que el sexo y el placer metanfetamínico, al limitarse a la genitalidad, imposibilita pensar en un placer sexual vinculado, algo muy parecido a lo que me encontré en la investigación con los poppers en el 2018, donde no importaba mucho el cuerpo otro (su tamaño, apariencia, constitución) sino solamente el ano y/o el pene. Posiblemente un ejercicio uniplacentero donde el cuerpo del otro no tiene una mayor relevancia, ubicándolo incluso por debajo de la misma sustancia. Pero entonces, ¿Dónde quedaría la imagen de los hombres inyectándose cristal y muy calientes que tanta excitación le generaba a Eduardo? ¿ Es en realidad una práctica que se centra exclusivamente en la genitalidad? Con esta duda en la cabeza, les pedí a los chicos que me contaran más acerca de sus prácticas sexuales, un poco más detalladas. Y lo que me contaron, es que no son encuentros en los que se llega, se consume cristal, se coge por horas, se eyacula y se continua la ruta de sexo metanfetamínico. Si bien ese podría enunciarse como un esquema básico, los procesos son mucho más complejos.

Pancho, Fabián y Víctor por ejemplo, dicen realizar una preparación anticipada a los encuentros. Se trata de aplicaciones de enemas o lavados rectales que incluso pueden realizarse con utensilios cotidianos como botellas de plástico o aplicadores de tintes para el cabello. La utilización de enemas está dirigido a la limpieza del recto, porque no quieren estar *sucios* al momento de ser penetrados¹⁰³ sobre todo porque es muy probable que los encuentros sean múltiples y se extiendan en jornadas de hasta 3 o 4 días, tal como las narraciones de Eduardo en Guadalajara.

Incluso en las reuniones suceden en domicilios, luego de agendarse la mayoría de las veces por vía Grindr -como se refirió en apartados anteriores- suele suceder primero un espacio de plática, tomar algunas bebidas e incluso poner una película porno para *calentar*

¹⁰² El corchete es mío

¹⁰³ Pero estos preparativos previos a los encuentros son múltiples y hasta enmarcados en lo lúdico. Habrá que recordar cómo Fabián espera a sus acompañantes en los hoteles del centro de la ciudad, montando una escena por demás erótica para ambos.

motores y poder iniciar con el consumo de la metanfetamina y el sexo. Mauricio dice que incluso estos preámbulos en los domicilios le sirven para identificar *qué tipo de personas* están compartiendo con él la fiesta, sobre todo si se trata que él sea el anfitrión.

Cuando Pancho organizaba reuniones en la casa que habitamos, durante los años de pandemia del COVID19, solían pasar primero un rato viendo televisión con programas comunes, para luego ver material porno mientras encendían las pipas o bien preparaban las jeringas. Pancho ocupaba una habitación que es la más alejada de la entrada y en la que hay menos ruido del exterior. Es una pieza amplia donde en ese entonces no había más muebles que un ropero, una TV de plasma empotrada en la pared, una colchoneta matrimonial tirada en el piso y dos taburetes. Pancho cuenta que él junto con su o sus acompañantes se recostaban en la colchoneta y paraban en el piso velas (pegadas al azulejo con la misma cera) para calentar las pipas del cristal. Las jeringas y las botellas de agua estaban en los taburetes junto con pastillas de sildenafil. Entonces a medida que se iban calentando, se iban desnudando y consumiendo cristal ya sea fumado o inyectado. Pero mientras esto sucedía había conversaciones girando en el ambiente, peticiones de mostrar ciertas partes del cuerpo, preguntas sobre gustos en prácticas sexuales e incluso sobre posibles conocidos que también se mueven en las jornadas de sexo con cristal de la ciudad de Puebla y municipios cercanos.

Las narrativas de Mauricio coinciden en muchos puntos con lo expuesto por Pancho, a diferencia que él opta por pedir a sus acompañantes que modelen preñar leather e incluso parte del juego erótico consiste en que él lame y chupa los genitales, piernas y nalgas de sus compañeros sin quitarse las prendas y de esta manera Mauricio logra hacer de la ropa un elemento partícipe del encuentro sexual.

Las experiencias de Carlos – el chico que estudio administración de empresas– refieren que cuando las jornadas son tan largas, se hacen necesarios pequeños descansos en los que se toma agua, también y aunque no es tan frecuente pero se llegan a ingerir alimentos, pero sobre todo, son momentos en que los participantes parecen bajar la guardia del sexo y hablar sobre sí mismos. Carlos dice que incluso es ahí donde verdaderamente se conoce a las personas con las que se está cogiendo.

Ya sea en domicilios, en lugares de encuentro o en moteles y hoteles, dado que las jornadas de sexo con cristal se extienden hasta días, es ahí donde se abren espacios para la comunicación, incluso para tener discusiones. Fabián recuerda cuando estando con un chico, discutieron sobre una *tontería*. Pero el pleito acabo en la llegada de la policía al hotel donde se encontraban y la detención del acompañante porque en su mochila traía una fuerte cantidad de marihuana. Esta experiencia la amplió más adelante en otro apartado.

Todas estas narrativas de los colaboradores dan cuenta de que no se trata solamente de un sexo mecanizado y centralizado en el consumo, sino que al mismo tiempo están sucediendo otras cosas: preparativos, preámbulos que incluso son parte del juego de la excitación y el goce, diálogos en los intervalos e incluso discusiones y pleitos. Es más, un

chico que ya no llegó a formar parte de los colaboradores porque lo conocí muy recientemente a este escrito, me contaba que en cada salida de sexo con cristal, suele *hacerse novio* de alguno de los acompañantes. Y tales noviazgos suelen terminar cuando acude a la casa del enamorado en turno para seguir consumiendo, pero el cansancio se apodera de él, y no solo se aleja del otro chico, sino que *termina* la relación sentimental pasajera.

Pero además de todas estas anécdotas, y pensando en la posible *genitalización* de las sensaciones de placer producidas por la metanfetamina, les pregunté a los chicos si podrían ubicar otras sensaciones sexualmente placenteras que no estuvieran ubicadas en la genitalidad.

Primero que nada, muchos de los colaboradores se tornaron un tanto extrañados con la pregunta. Fabián por ejemplo, dijo que lo importante o lo excitante de estos encuentros es *la brutalidad o brusquedad* en el sexo. Se trata pues de un sexo duro, vigoroso y constante, producto de los efectos del cristal en el organismo. Mucho del placer descansa en *coger como conejos* diría Pancho, sin cansarse, sintiendo placer en el ano o en el pene y un calor en el resto del cuerpo, pero sobre todo que es un placer que se prolonga en el tiempo. Mau dice que efectivamente es un sexo vigoroso pero que también puede ser lento y suave, pero constante y duradero. Caín habla de que es un *cogidón*, *es coger y coger sin que te canses* dice, y sin que el placer deje de fluir.

Pero tengo que reconocer que algunos de los chicos hicieron un esfuerzo por ubicar placeres que no estuvieran colocados en la genitalidad. Víctor - el dueño del pequeño restaurante- señaló que le resulta muy estimulante que en los encuentros le laman los oídos. Esta práctica le recuerda a su novia de la secundaria. En su momento me había platicado ya que en esta etapa de su vida, sin saber a ciencia cierta su deseo homosexual, había mantenido una relación con una compañera escolar. Nunca hubo sexo, pero recordaba la sensación cuando ella lamia su oreja. Víctor dice que era más que un juego previo, porque además de sentir una especie de desestabilización en el cuerpo, recuerda que quedaba satisfecho sin la necesidad de la penetración. Así que suele ser común que en sus actuales encuentros sexuales con otros chicos, les pida que laman sus oídos, una práctica que lo descoloca y que mueve el placer sexual de su genitalidad.

Mau ubicó una sensación parecida, pero en un objeto externo: la ropa de lycra y de piel. Me contó que desde niño, cuando veía ilustraciones de hombres usando estas prendas, recuerda sentir un calor que lo abrazaba y solo optaba por apretar su pene aunque no tuviera erección. Pero la mayor sensación vino cuando ya de grande pudo comprar este tipo de prendas. Desde el ir a buscarlas, escogerlas en las tiendas y luego sentir la tela elástica en su piel aunque no haya sexo, señala, es demasiado placentero para él, agrado tal que cuando va a comprarlas , a veces fuma un poco de cristal en su domicilio antes de salir.

Caín -el chico que trabaja en seguridad pública- también se remontó a los recuerdos de la infancia. Sus padres solían regañarlo en la etapa del cambio de dientes, porque cuando

alguno estaba flojo, o bien cuando el nuevo diente estaba próximo a salir, solía morder trozos de madera y palos, por lo que era reprendido dado que esto estropearía la pieza dental nascente. Pero recuerda muy bien esa sensación entre dolor y placer, comezón y ardor que parecía descolocarlo del cuerpo. Le pregunté cómo se relacionaba esa sensación en la boca con sus experiencias actuales de sexo, y me contestó que no sabía, pero era el único recuerdo de una sensación placentera que tenía y que no estuviera ubicada en la genitalidad.

Sin quererlo, este ejemplo de Caín me ayudó para pensar que las sensaciones corporales habilitadas por la sustancia, quedan un poco más claras a partir de pensarlas desde un registro corporal, es decir como eso que descoloca a los sujetos y que por ello dificulta la explicación de tales sensaciones pero que además parecen cuestionar aquello que solemos llamar placer sexual, si tales sensaciones se ubican fuera de lo que conocemos como la genitalidad.

Pero queda un punto en el aire. ¿Dónde se ubica en todos estos escenarios el VIH? Cuando les pregunté a los chicos en nuestras pláticas sobre las jornadas de sexo y consumo acerca del VIH, la mayoría de ellos hicieron referencia a que era algo que no *les obstaculizaba*. Evocaron a la indetectabilidad y la adherencia al tratamiento como eso que les permite sentirse bien o que les ayuda a su salud durante las jornadas de sexo con cristal.

Pancho y Eduardo hicieron hincapié en la toma de la pastilla. Pancho señala que difícilmente se acuerda de ella en las jornadas, pero que ha *tenido suerte* porque a pesar de no ser constante en la ingesta de ARV, nunca ha salido detectable en sus estudios. Lo que algunas veces ha hecho Pancho, es tomarse la pastilla fuera de su horario habitual: justo antes de iniciar la jornada de sexo metanfetamínico.

Eduardo por su parte, retoma sus experiencias en Guadalajara donde no estaba aún bajo un esquema ARV. Y cuando tuvimos nuestra primera entrevista, ya tenía un tratamiento pero estaba en rehabilitación por el consumo de cristal con un psiquiatra. Para nuestras siguientes charlas, ya había tenido sexo con cristal en Teziutlán, pero no se animaba a tener sesiones de días porque sabía que no podría adherirse al tratamiento para el VIH, así que sus encuentros con consumo sucedían esporádicamente y eran cortos. En Teziutlán parece no ser tan común la existencia de rutas de sexo y consumo como en la capital del estado – rutas en las que profundizo más adelante- por lo que es parte de las razones por las cuales Eduardo seguía radicando en el interior del estado.

Fabián y Víctor son más atentos a la toma de la pastilla, haciendo uso de alarmas del celular para notificar la ingesta del ARV. Pero también se apegan a otras medidas. Es raro que Fabián realice estas jornadas de días de consumo, y por ello opta por alquilar habitaciones de hoteles para sus encuentros, donde el personal le pedirá que abandone la habitación o vuelva a pagar cuando la habitación se venza, por lo que esto lo toma como una medida de control. Víctor hace algo parecido en el Motel Del mar, aunque como se verá en el apartado siguiente, ese es un escenario donde múltiples jornadas de sexo y consumo se realizan.

Pero en definitiva, la presencia del VIH en las prácticas y discursos de los chicos está pensada desde la indetectabilidad que les permite realizar las jornadas del sexo y consumo. En ese sentido cabe la pregunta ¿Qué pasaría si se sienten mal de salud? Pancho ha acudido a las jornadas de sexo y consumo teniendo síntomas de tos o gripa. Dice que *ahí se le olvida* el malestar. Y efectivamente cuando termina las rutas, no hay malestares de estos padecimientos.

Pero también está la situación que Mauricio atraviesa. Mau vive con comorbilidades como la diabetes e incluso casi al finalizar de nuestras entrevistas existió un posible diagnóstico de cáncer de páncreas. Muchas veces Mau se sintió muy mal por estas comorbilidades, que en su opinión estaban comprometidas por el VIH pese a ser indetectable. En varias ocasiones, la familia de Mau ha tenido que auxiliarle para trasladarlo a un hospital para ser atendido. Pero a pesar de todo, el sexo sigue siendo un elemento muy importante para él. Fumar cristal, usar sus prendas, tener sexo con otros chicos ha hecho para Mau más liviana la carga de sus comorbilidades, de esas enfermedades que poco a poco lo han ido desgastando.

Me parece interesante pensar a partir de la experiencia de Mau, si alguien que se sienta mal por infecciones oportunistas a causa del VIH, asista a estas jornadas de sexo y consumo de cristal. Cuando les planteé esta posibilidad a los chicos, coincidieron en decir que de sentirse mal y saberse detectables, no se atreverían a realizar tales jornadas. Pero lo cierto es que pocos de ellos han dejado de ser indetectables y si eso ha sucedido han sido por tiempos cortos como en el caso de Fabián que se narró capítulos atrás. También les pregunté si alguna vez habían conocido a alguien en estas jornadas de sexo y consumo que pareciera estar pasando por una etapa cercada al sida. Víctor dijo que seguramente le había tocado alguien así, pero que la mayor atención con respecto al tema recaía más bien en que no se pusieran mal con la sustancia, es decir que no hubiera una sobredosis o que los acompañantes se volvieran agresivos como efecto del cristal.

El VIH entonces aparece cubierto con la indetectabilidad y se mueve como sospechas- como ya se refirió antes, es común que los chicos piensen que todo aquel que coge a pelo y se mete cristal, es porque vive ya con VIH y está bajo tratamiento- pero esto no detiene las dinámicas en estos encuentros sexuales.

El sexo en el motel Del mar

En apartados anteriores hice mención del motel Del mar. Un establecimiento donde se puede adquirir y consumir cristal y otras sustancias psicoactivas. Se sabe, dentro de los círculos de consumidores de metanfetaminas de la ciudad de Puebla, que el motel Del mar

es punto clave para el consumo de esta sustancia pero también es un espacio para encuentros sexuales entre varones.

Habría que tomar en cuenta que como muchas ciudades medianas y grandes, la de Puebla ha tenido históricamente un gran número de sitios para el encuentro y la práctica sexual. Diversas investigaciones (Bobadilla, 2021. Teutle y List 2015, Córdova y Pretelín 2017. Langarita 2015. Méndez, 2023) han evidenciado el uso de establecimientos de muy variado tipo, además de parques, zonas poco pobladas, transporte público entre otras, donde aún hasta la fecha continúan estas dinámicas. Ello de alguna manera ha ido configurando diversos itinerarios urbanos que a muy grandes rasgos podríamos caracterizar a partir de su ubicación, siendo los de la zona central donde se ubican los establecimientos comerciales dirigidos específicamente a sujetos LGBT+ (bares y antros principalmente) y en la periferia una oferta principalmente clandestina, por llamarla de alguna manera, donde se ubica el establecimiento que aquí interesa. Vale la pena recordar que la dinámica de muchos de los sitios mencionados se construyó a partir de una presencia reiterada de los sujetos que paulatinamente fueron apropiándose de los espacios y generando prácticas corporales y sexuales con las cuales desarrollar formas diversas de socialidad.

Quizás sea por ello que ninguno de los chicos que colaboran en esta trabajo supo contarme en qué momento o de qué manera el motel Del Mar comenzó a formar parte de los espacios en la capital poblana donde varones homosexuales se dan cita para encuentros de sexo con consumo. Muy probablemente eso sucedió por las condiciones específicas del sitio como su ubicación dentro de la ciudad, su tamaño y el tipo de clientes que suelen tener.

A pesar de que en las redes sociales del establecimiento, como Facebook e Instagram, no se hace referencia alguna al sexo entre varones - y hasta parecen esforzarse en presentar una narrativa heterosexual puesto que hay alusiones frecuentes a festejar fechas como el 10 de mayo, publicaciones que muestran parejas heterosexuales o memes que hacen referencia al sexo entre los cuerpos hombre y mujer- es necesario mencionar que estos espacios de encuentro y prácticas sexuales van adquiriendo fama a través de los comentarios ya sea en las mismas redes sociales o boca a boca entre quienes gustan de estos sitios. En ese sentido, muchos sujetos homosexuales consumidores de metanfetaminas residentes en la ciudad saben que este es un sitio en el que muy probablemente encontrarán el tipo de prácticas que quieren disfrutar.

El motel Del Mar abarca un predio de gran extensión que, como muchos espacios de este tipo, originalmente se establecieron en las afueras de la ciudad y sobre principales vías que comunican con otros municipios cercanos, sin embargo, poco a poco fueron absorbidos por la mancha urbana. Esto ha implicado que el motel tenga un fácil acceso con transporte público y privado además de verse rodeado de varios negocios importantes, instituciones de gobierno, centros educativos de varios niveles y plazas comerciales. Incluso una terminal del Metrobús de la ciudad está cerca del establecimiento.

Su fachada ha cambiado a lo largo del tiempo. Según los registros fotográficos más

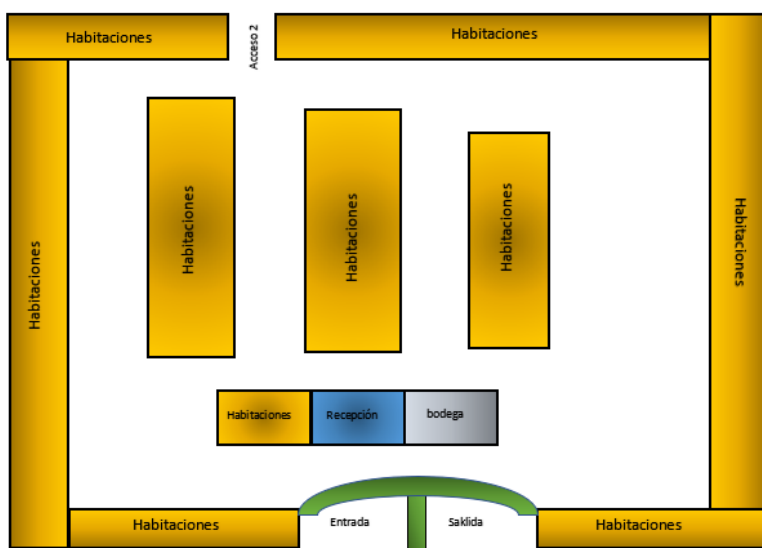


Imagen 4.7 Croquis del motel Del mar

antiguos que pueden ubicarse online, originalmente estaba decorada simulando un castillo medieval, pintada con colores rojo y naranja donde se observaban lonas impresas anunciando los costos y promociones de las habitaciones. Posteriormente las lonas desaparecieron, aunque en ocasiones especiales, como el 14 de febrero se instalaban promocionales y el color de la fachada cambió a azul con detalles rojos.

Alrededor de enero del 2024 se realizó una importante remodelación a la fachada quitándose los detalles que hacían alusión a un castillo pero respetando la estructura original. Se utilizaron colores naranja y gris y se instaló iluminación arquitectónica y se reforestó las áreas verdes y ornamentales, dándole un aspecto más sofisticado y moderno al edificio. Los cambios en la fachada del motel son importantes por que dan cuenta de que ha sido un negocio fructífero y que ha logrado incrementar su demanda e ingresos.

El acceso principal está dividido en dos por un enorme pilar que sirve de frontera para distinguir la entrada y salida de los vehículos donde llegan los clientes, así como las pipas que constantemente están abasteciendo de agua al motel. La estructura asemeja una pequeña villa. Alrededor de todo el predio se ubican habitaciones y al frente del portón principal se encuentra un primer bloque paralelo a éste, donde están las dos habitaciones más grandes y exclusivas, las oficinas, la recepción y la bodega del motel. Atrás de este edificio están tres bloques en vertical de más habitaciones constituidos respectivamente por 10, 9 y 8 cuartos. (fig.) Esta distribución otorga al motel la apariencia de un pequeño pueblo o un fraccionamiento. En un cálculo aproximado, el establecimiento cuenta con poco más de 50

habitaciones en total, cada una de ellas con su respectiva cochera para el resguardo de los automóviles, aunque no es requisito para el acceso llegar en un vehículo.

Exista una segunda entrada, mucho más pequeña y discreta en la parte posterior del motel sobre una calle que al paso del tiempo se ha convertido en una importante vía de conexión entre la capital poblana y municipios cercanos, lo mismo que la principal. En ese sentido resulta importante considerar que el mencionado motel está ubicado en un cruce donde convergen dos de las principales vías terrestres de comunicación y que conducen a una pequeña ciudad próxima a la capital de la entidad. Es decir, son dos vialidades con una gran circulación prácticamente a cualquier hora. De alguna manera esa amplia circulación paradójicamente oculta a quienes acceden al lugar durante el día.

De la misma manera, las fachadas de cada una de las habitaciones están pensadas para la discrecionalidad. Solo se expone la cochera y una pequeña y cercana ventana con cristales opacos, que funciona para que los ocupantes puedan recibir algún utensilio solicitado al personal del motel (como toallas extras, bebidas o comidas pedidas, etcétera) y que también les sirve para *espíar* lo que sucede afuera de la habitación. El acceso al cuarto es por la cochera, pues en el fondo de ésta se ubica la puerta de entrada al cuarto.

La discreción que se observa tanto en las habitaciones como en los accesos del establecimiento, podría pensarse como un elemento fundamental para todo motel, puesto que se trata de un espacio destinado a los encuentros sexuales y por lo tanto donde se supone reine la privacidad. Pero el Del mar, es un espacio donde además sucede la compra y venta de cristal y otras sustancias psicoactivas e ilegales.

No podría asegurar que el motel este controlado en su totalidad por organizaciones delictivas. Pero al ser punto de venta de sustancias ilícitas, seguramente forma parte de los territorios que están bajo supervisión por parte del crimen organizado que controla el narcomenudeo en la ciudad. El motel en cuestión no es como otros establecimientos para encuentros sexuales entre varones de la capital poblana, como las saunas o las cabinas, donde los usuarios llevan sus sustancias y aditamentos para el uso y las consumen dentro teniendo sexo.

En el motel Del Mar, ocupando algunas de las habitaciones, se encuentran *dealers* que abastecen a los clientes las 24 horas del día. Conocí brevemente a uno de ellos en una de las vistas, argumentando un supuesto interés por comprar una bolsita de cristal. Me contactó y presentó uno de los chicos colaboradores cuyo nombre me reservaré.

El dealer era un chico veinteañero, moreno y delgado pero en cuyo rostro pude reconocer ciertos rasgos de consumidores de metanfetamina que ya había notado en otros chicos colaboradores. También su habla me pareció común a la de la gente que hasta ese momento conocía y ubicaba como usuarios del cristal y que en capítulos atrás ya he referido. Fue una visita bastante breve y rápida. El día que le compré mercancía era caluroso y el chico nos recibió sin camisa en el cuarto del motel donde estaba instalado. Mi acompañante me

dijo que este dealer en particular, también *jala* es decir, participa dentro de las dinámicas del sexo con cristal. No se parecía al dealer que Mauricio me había descrito en sus narrativas y que le surte cristal a su domicilio. Parecía que llevaba ya un tiempo considerable en la habitación y tenía varias botellas vacías de agua en las repisas del cuarto. Pero, según me cuenta mi acompañante, no todos los dealers se manejan de esta manera o son parte de la comunidad sexo diversa como el que conocí. Algunos se instalan en las habitaciones esperando solo la compra de la mercancía. Y por supuesto que también los usuarios llevan su propia metanfetamina para las sesiones de sexo.

Este chico no solo abastecía de cristal. También ofrecía otras sustancias como poppers, marihuana, LSD en calcomanías, sindenafilo e incluso algunos medicamentos psiquiátricos sobre todo ansiolíticos como el clonazepam. Mi acompañante me comentó que estos últimos se hacen necesarios porque muchos usuarios, sobre todo primerizos, pueden llegar a tener crisis nerviosas y emocionales por los efectos de las sustancias.

Fabián – el ingeniero- y mi amigo Enrique- el chico que trabaja en la industria textil- ya me habían compartido experiencias en el motel donde algunos chicos entraron en crisis nerviosas. Enrique había visto a un chico temblar exageradamente y sin control cuando estaban en un trio dentro del establecimiento, por lo que la sesión de sexo frenó y decidieron acostar al chico en crisis, y acompañarlo e incluso confortarlo hasta que pudo tranquilizarse y quedarse dormido. Fabián había contactado por Grindr a un chico estando en el motel, pero la conversación revelaba que estaba muy alterado. Pudo dar con la habitación donde se encontraba y el chico estaba debajo de la regadera, dentro del agua fría junto con su teléfono, y desde ahí escribía mientras atravesaba una crisis de ansiedad por el consumo de alguna sustancia.

Conociendo la dulcería

La experiencia de Fabián anteriormente narrada da cuenta de la que parece ser la vía más importante de contacto y comunicación entre los chicos dentro del motel, incluyendo a los dealers y los posibles compañeros sexuales: la aplicación de ligue sexual Grindr.

Si se compara el motel con otros espacios para encuentros sexuales entre varones e incluso lugares de cruising, la mayor distinción es que prácticamente no existe la posibilidad de toparse con un posible candidato para el sexo y llevar a cabo los procesos de ligue.

En el sauna que donde realicé trabajo de campo para la investigación de maestría, los pasillos entre los cubículos, las salas de vapor, las regaderas y el jacuzzi fueron los escenarios donde los cuerpos se exponían en su caminar, desnudos o solo cubiertos por breves ropas, y

donde el acercamiento, las miradas, los roces y las insinuaciones formaban el protocolo previo al encuentro sexual, la invitación para coger.

Pero en el Del mar, los sujetos alquilan una habitación y se resguardan en ella sin la posibilidad de poder andar en las *callejuelas* del establecimiento. De hecho y como lo narro más adelante, parece existir una indicación para las y los trabajadores del motel de evitar que las personas caminen y deambulen fuera de sus habitaciones.

Entonces, bajo tales condiciones, la aplicación de citas Grindr o el *grinchis* o el *whass amarillo*, sobrenombres con los que suelen llamarlo algunos de los colaboradores, se vuelve una herramienta fundamental y básica para encontrar gente con quién coger usando cristal en el motel. Otras aplicaciones también pueden entrar en el juego como Telegram o Tinder, pero la más popular y funcional para los usuarios ha sido el *whass amarillo*.

La función principal de Grindr es que permite ver los perfiles de chicos en línea o que recién se hayan conectado, más cerca al usuario. A medida que se van desglosando hacia abajo los perfiles, se trata de gente que se ubica cada vez más lejos. Esto permite, si uno se encuentra en el motel, poder saber quiénes son las personas que posiblemente estén rentando una habitación en el establecimiento en esos momentos o que se encuentren cercanas al motel. La aplicación incluso señala la distancia en metros (o puede cambiarse a otro sistema de medición internacional), indica si los otros están en esos momentos en línea (aparecen con un punto color verde) o como dije anteriormente, hace qué tanto tiempo estuvo conectado. Incluso es posible saber si la otra persona ya no se encuentra cercana, pues si se actualiza la pantalla y alguno de los perfiles desaparecen del rango de observación, significa que éste se ha alejado del perímetro.

Pero la aplicación también permite conocer quiénes se encuentran conectados y cerca del motel, aun si el usuario no está cercano a este punto. Fabián y Víctor son quienes me explicaron esto. Fabián algunas veces buscaba a su proveedor de metanfetamina en turno en el motel, pues era uno de sus puntos de venta. Víctor, antes de ir al establecimiento, observaba quiénes estaban cercanos para decidir si valía la pena ir o no. Esto es posible porque la aplicación permite conocer los contactos en determinadas zonas de la ciudad, del país e incluso del mundo. Cuenta con geolocalización con la que es posible ubicarse virtualmente en alguna zona específica y poder observar los perfiles que estén en la zona deseada. Sin embargo, no se puede tener contacto alguno con ellos (mandarles mensajes o alguna reacción) a menos que se cuente con una membresía especial que permite la comunicación con perfiles lejanos.

Además de ello, Grindr ofrece la posibilidad de filtros por rango de edad, prototipos corporales, gustos y aficiones e incluso estado serológico a VIH. Características que los usuarios suelen colocar o indicar en la descripción de sus perfiles junto con la colocación de una o más fotos para presentarse. Sin embargo la aplicación ha sido fuertemente criticada por esta función, acusándola que da pie a posturas racistas, clasistas, plumofóbicas, transfóbicas,

gordofóbicas, serofóbicas, capacitistas y hasta anti semitistas y anti islamistas. Por ello, se han incrementado los filtros y la detección del algoritmo que rechaza muchos términos que suelen ser considerados de riesgo para la comunidad LGBTQ+ o propias de discursos de odio o que se considere promuevan prácticas peligrosas. Y entre otras cosas, esto ha derivado en que no sea posible colocar en las descripciones de los perfiles el gusto por el sexo con cristal.

Pero, como mencioné anteriormente, los usuarios han hecho uso de emojis o iconos para dar a entender su gusto por el sexo metanfético. Nubes, copos de nieve, anillos con diamantes, jeringuillas, gotas de sangre. Claves que permiten a los demás saber si se trata de gente con quien se pueda coger con consumo de cristal.

Las fotografías de los perfiles también resultan importantes. No solo muestran a los chicos con su atractivo físico, sino que los usuarios del sexo con cristal suelen tener cierta tipología y estética en sus fotos de perfil. Pancho recién me decía que ha encontrado perfiles donde los rostros o ciertas partes del cuerpo se cubren con la nube blanquecina del cristal. Muchas de estas fotos además muestran a los chicos en habitaciones poco iluminadas, si acaso con iluminación de polarización por medio de tiras *led*, lo que da la ilusión de estar en un antro.

Los chicos suelen mostrarse semidesnudos, sobre todo del torso que son fotografías que la aplicación no prohíbe, pues no está permitido la exposición de los genitales. Ante esto, otros chicos suelen aplicar un truco: colocan una foto normal pero en una esquina inferior esta una mini fotografía de su pene erecto o su ano expuesto. Cuando suben las fotos al perfil, las colocan de tal manera que en el buscador principal de la aplicación aparece la imagen de los genitales, sin que el algoritmo lo detecte. Otros suben sus fotos privadas *rayadas* con algún color que le impide a la plataforma detectar que se trata de una imagen de genitales. Aunque estas últimas estrategias no son exclusivas de los usuarios de cristal, pues varios perfiles lo aplican. Sin embargo y además de ello algo que en lo personal he notado de las fotografías de usuarios del sexo con cristal es la demacración de su rostro debido a las jornadas sexuales extenuantes. Aunque esto es más una percepción personal.

De los colaboradores, Víctor – el propietario de un pequeño restaurante- es quien más frecuenta el motel. Por tanto es quien más me platicó de los procedimientos del uso del Grindr dentro del establecimiento. Víctor suele instalarse en el motel los sábados o domingos por la noche. Dependiendo del trabajo en su negocio y las ganancias de esa semana.

Los fines de semana son los más conglomerados en el motel. Víctor se instala en una de las habitaciones más sencillas, trae consigo algunos dispositivos electrónicos y el material para su consumo. Lubricante y algunos condones también, aunque gusta más del sexo a pelo. Se baña, se pone cómodo. Luego abre la aplicación digital amarilla y comienza a ver qué perfiles están cercanos a él y disponibles.

Puesto que Víctor tiene mucho tiempo acudiendo, ha tenido contacto con muchos usuarios del motel. Así que muchas de las veces ya conoce a los otros chicos cuyos perfiles

se encuentran en Grindr viendo sus fotografías. Con muchos de ellos la experiencia fue bastante placentera, así que les saluda vía la aplicación - algunas veces mandándoles un *toque*, una pequeña señalización que la aplicación permite, mandando la imagen de una pequeña flama roja o un *hello* en letras azules - o bien les manda un mensaje directo saludándolos y esperando que respondan.

Generalmente Víctor prefiere que sean los chicos quienes se muevan a su habitación. No le gusta asistir a las otras, a menos que los contactos le digan que están con otro u otros chicos en ese momento en una sesión de sexo grupal y lo inviten a unirse. Otras veces, Víctor encuentra solo perfiles de gente con la que ya ha cogido, pero no le apetece en ese momento volver a tener encuentros sexuales con ellos. Así que no genera reacción alguna y busca gente que sea *nueva* en esa noche.

Con la gente nueva cabe la posibilidad de que no sean consumidores de cristal aunque lo indiquen. A Víctor le ha tocado gente, sobre todo jóvenes, que imitan el uso de esos íconos o emojis muchas veces sin saber qué es lo que significa. Y generalmente lo hacen solo por ampliar sus posibilidades de contactar chicos para coger en el motel. No es que a Víctor le moleste tener sexo con alguien que no sea consumidor, pero si prefiere la compañía de quienes comparten el gusto y uso por el sexo con la sustancia.

Y hablando de compañía, Víctor dice que también, estando en el motel, se ha topado con perfiles con los que ya ha cogido anteriormente pero que los invita solo para consumir y charlar, o solo para realizar sexo oral o incluso ver material pornográfico. Otras veces, Víctor pasa horas consumiendo metanfetamina para calentarse, checando perfiles en Grindr pero no se convence de hablarle a ninguno y termina viendo alguna película y durmiendo en su habitación hasta el amanecer. Aquí es importante mencionar que el mismo Víctor señala que muchas veces esas horas que transcurren solo viendo perfiles, no son percibidas como tales como uno de los efectos del cristal, que le permite estar viendo o haciendo algo durante un tiempo bastante prolongado sin que note el tiempo que ha transcurrido.

También me contó que algunas veces hace uso de otras aplicaciones digitales mucho más comunes. Algunas ocasiones encuentra en Grindr el perfil de alguien que ya conoce, con quien ya ha cogido y tiene su número telefónico guardado. Entonces usando la aplicación WhatsApp, le saluda confirmando que esté dentro del motel y algunas veces esto le sirve para que el otro chico le cuente *como está el ambiente* esa noche. Esto porque aunque Grindr tiene una centralidad en las dinámicas de encuentro en el motel, existen usuarios que no la utilizan o usan Telegram que también tiene una función para establecer contacto con perfiles cercanos.

Ahora bien, tal como he descrito las experiencias de Víctor pareciera que es él quien tiene control para el contacto con los otros chicos, pero no es así del todo. Por supuesto que otros usuarios le contactan vía Grindr. Pero me ha contado que muchas veces no recuerda a quienes le hablan. Le saludan y él les pide que le recuerden cómo es que se conocieron. En

ese sentido Víctor opta por ser desconfiado, por si se trata de alguien con quien no fue agradable o placentero coger o alguien que represente una suerte de peligro (podría robarle o golpearlo o estar muy alterado por el consumo de cristal y ser violento) o incluso esté mintiendo al decir que ya se conocen. Además dice que muchas veces las fotos suelen ser engañosas y no reconoce a las personas con las que ya ha tenido sexo.

Desconfiar de los nuevos encuentros

Esta parte acerca de la desconfianza que Víctor narra con respecto a los nuevos visitantes del motel, me pareció sumamente interesante. Comencé por pensarla como una característica de los encuentros sexuales con cristal dentro del establecimiento. Sin embargo fue necesario hacer una serie de reflexiones al respecto e incluso recurrir a la manera en que Víctor y yo nos conocimos y comenzamos a platicar para este trabajo.

Como referí anteriormente, el hotel Del Mar fue el punto de encuentro con Víctor, ya que él lo visitaba de manera frecuente. Y recién también expliqué que acostumbra ingresar los fines de semana en horarios nocturnos y quedarse en él para tener sexo y/o consumir metanfetaminas, alrededor de una o dos noches.

Por tanto, lo que me propuso en su momento fue vernos de manera semanal, los lunes muy temprano para poder llevar a cabo las entrevistas. Como dije en los primeros capítulos, el contacto con Víctor fue a través de Enrique – mi amigo que trabaja en la industria textil- que en alguna ocasión visitó el motel y conoció a Víctor, teniendo un encuentro sexual con él. Ignoro como sucedió, pero mi amigo le habló a Víctor sobre mi investigación y él se mostró interesado. Días después, mi amigo me llamó emocionado contándome que había conseguido a un colaborador para mi trabajo. Este contexto es de suma importancia, para poder entender mejor la sensación de desconfianza que circuló durante mis primeras visitas al motel. Esta experiencia a su vez me permite plantear a la confianza y a la desconfianza elementos particularmente articulados con el sexo entre varones y uso de metanfetamina que ocurre en este establecimiento.

Lo primero que saltó a mi mente fue preguntarme *¿Quién era Víctor?* Una de las ideas *sospechosas* que llegué a pensar era que, en su ingenuidad, Enrique mi amigo quizás había contactado y platicado de mi trabajo a uno de los narcomenudistas que surten el motel y que mantienen prácticas sexuales con los asistentes. De ser esto cierto, podría tratarse que el dealer, extrañado por el tema de interés investigativo, consideró necesario averiguar más sobre dicho trabajo académico.

Este temor me hizo pensar en la desconfianza y la sospecha con respecto a quién es el otro en el sexo anónimo entre varones, como algo que ha sido una constante elemental en

este tipo de encuentros. Esto es importante de considerar porque incluso tal incertidumbre puede llegar a ser un componente erótico del sexo anónimo entre varones. El encuentro sexual y erótico con desconocidos habilita la combinación entre temor y excitación y parece darles un tamiz distinto a las discusiones de Vance (1985) sobre la tensión entre el peligro y el placer que ya he referido con anterioridad.

Entonces esta desconfianza e incertidumbre históricamente articulada al sexo casual entre varones y que ha sido una características de esta clase de interacciones, adquiere matices particulares en cada contexto, En el caso del motel, primeramente está mediada por la tecnología digital como se explicó en el apartado anterior. No se trató de un encuentro cara a cara donde la atracción física funcionara como *boleto* para iniciar una conversación. De hecho, después de que Enrique me pasó su número, mis primeras interacciones con Víctor fueron por WhatsApp y él mencionó que no recordaba quién era Enrique ni como lo había conocido y mucho menos la existencia de mi trabajo. Aun con ello, y tras explicarle mis intenciones, había accedido a participar en la investigación.

El primer día llegué al motel alrededor de las 8:00 de la mañana. Con el temor antes mencionado de quién podría ser Víctor, con anterioridad decidí compartir con algunos compañeros y compañeras del doctorado mi ubicación en tiempo real a través de mi dispositivo celular¹⁰⁴. Eso me dio cierta seguridad en esa primera visita al motel y primer encuentro con Víctor.

Puesto que Víctor había alquilado la habitación desde dos noches antes, para acceder a ella yo tenía que pagar 50 pesos, dado que mi ingreso sería como acompañante. El pago lo hice en la recepción, en las ventanas que están frente a la puerta principal. La chica encargada de recibir y registrar el pago, me indicó hacia donde tenía yo que caminar para llegar a la habitación donde Víctor estaba.

Doblé a la esquina de la oficina, pero me detuve un momento para empezar a compartir mi ubicación en tiempo real como lo había planeado. Pero en ese instante fui rápidamente interceptado por otra de las empleadas quien había sido informada de mi presencia por medio de radio comunicadores que mantienen en contacto a las y los empleados.

La otra chica me señaló directamente la habitación que buscaba y a la cual, aparentemente, debía introducirme lo más rápido posible. Como mencioné con anterioridad, esta parece ser una consigna que tiene el personal del establecimiento, tal vez porque parte de su éxito comercial radica en la discrecionalidad e intimidad que se oferta a la clientela, y ello exige la aplicación de cierto control de los cuerpos en el espacio.

¹⁰⁴ Incluso con uno de ellos, que está inmerso en el trabajo con personas desaparecidas, habíamos acordado una llamada a las 9:00 a.m. en punto, bajo una conversión clave para saber que tan segura o no se estuviera llevando a cabo la entrevista hasta ese momento. En este punto, todas estas medidas me llegaban a sonar exageradas en determinados momentos, pero rápidamente la sospecha circulaba de nueva cuenta, recordando la evidente vinculación del motel con un contexto del crimen organizado. Así que, aunque significara las medidas como exageradas, las mantuve en acción en todo momento.

Las protocolos del motel con los que fui recibido, en lugar de darme seguridad por el control manejado, me hacían sentir más desconfianza ¿Por qué asumía a Víctor y al motel con una suerte peligrosidad, cosa que no había hecho con los otros colaboradores, ni con otros puntos de encuentro para las entrevistas o los otros espacios de encuentro sexual para varones? Esta no era la primera vez visitaba lugares de encuentro para divertirme o realizar trabajo de investigación. Tampoco Víctor era el primer chico usuario de cristal o alguna otra sustancia con quien tendría una serie de pláticas con fines investigativos.

Mas bien creo que esas sospechas y temores que circulaban hasta ese momento estaban sostenidas por la misma práctica del sexo con consumo de cristal ejercida en un espacio como el motel y con presencia de dealers, pues en su conjunto podría implicar cierta vulnerabilidad para los asistentes.

Toqué el timbre de la habitación de Víctor y él accionó el mecanismo por medio del cual la puerta de la cochera se levanta lentamente para poder acceder. Cuando entré a la recámara, note que existe un pequeño recibidor con un espejo de luna enorme y un banco cubierto de vinil. Esta estancia da acceso al resto de la habitación bajando algunos escalones. Una cama matrimonial es el centro de la misma, y junto a ella dos repisas largas de cemento a cada costado. Un sillón tántrico, un televisor empotrado en la pared y más adelante unos escalones llevaban al pequeño baño con regadera de la habitación. En una de las repisas se ubica el teléfono fijo con línea a la recepción desde donde le avisan a la clientela que se aproxima la hora de abandonar la habitación o renovar el pago.

Aquella primera vez Víctor estaba semi recostado en una de las esquinas de la cama cuando entré a la habitación, pegando su espalda al muro. Usaba un short y una camiseta sin mangas. En la cama de la habitación, a mi llegada, había algunos dispositivos electrónicos (dos celulares, una Tablet) unas botellas con agua y una bolsa de frituras. Su mochila se encontraba a un lado y poco después supe que ahí estaban resguardados los utensilios que Víctor ocupó esa noche para consumir el cristal, así como su dotación de mercancía. Los había guardado muy bien poco antes de mi llegada ¿Por qué había hecho eso?

En el mismo registro de lo que yo había sentido, Víctor tenía miedo de quién podría ser yo. En días posteriores me confesó que había tomado una serie de medidas de protección al desconocer quién era yo exactamente y mis intenciones al visitarlo en el motel. Me contó que cuando desde la administración le avisaron de mi llegada y que me dirigía a su habitación, se asomó primero con mucha discreción por la ventana de la recamara antes de que yo tocara a la puerta para no ser sorprendido. Se cercioró que no fuera yo alguien que quisiera gastarle una broma o algo parecido. Luego, ya adentro se mantuvo en una posición un tanto alerta a su parecer, permaneciendo a la orilla de su cama por si yo hacía algo y él tuviera que salir huyendo del cuarto. Había dejado a la vista artículos que consideró no eran sospechosos para que yo lo juzgara por su consumo e incluso alrededor de las 9:00 hrs, recibió una llamada a su celular y Víctor le informó a quien llamaba, que efectivamente había alguien en su habitación entrevistándolo y que podía acceder sin problema a la misma. Pocos segundos

después, llego un chico de unos 20 años, alto, moreno y corpulento¹⁰⁵. Era un amigo de Víctor, de nombre Agustín, que después supe había conocido ahí mismo, en el “Del Mar” y al cual le tenía cierta confianza¹⁰⁶.

En resumen, Víctor al igual que yo, había echado a andar una serie de medidas previas a nuestro encuentro que le parecieron necesarias como medidas de seguridad. Llegó a sospechar que yo fuera una especie de policía, o alguien de alguna dependencia gubernamental para investigar el consumo de cristal en el motel Del mar . Alguien de alguna clínica de rehabilitación mandado por su familia o de algún grupo religioso. Víctor también desconfiaba de mi presencia y de la forma en que habitamos contactado.

Sin duda la circulación, abastecimiento y consumo de la metanfetamina en el motel como espacio para encuentros sexuales entre varones hacen que la confianza y la desconfianza adquieran un matiz particular en este contexto de sexo, tal como sucedió en esa primera de mis visitas con Víctor.

Considero que la práctica del sexo metanfetamínico tiene cierto registro *underground* en primera instancia por su vinculación con una sustancia cuyo tráfico es ilegal. Aunque el concepto de lo *underground* es más propio de la cultura de masas, lo artístico y las producciones musicales y visuales, también puede ser ocupado para designar aquello que está fuera de los circuitos comerciales y la cultura dominante. Creo que acercarme a ésta práctica de mi interés con este concepto me puede servir para continuar con mi narrativa.

No es mi intención significar al sexo con cristal como una especie de contracultura, porque eso implicaría una serie de reflexiones que por un lado desconozco y por otro escaparían al objetivo de este trabajo. Además no se trata de un grupo social organizado con el objetivo de rechazar valores, normativas y estilos de vida dominantes, sino más bien son sujetos que llevan a cabo una práctica sexual que apuesta y está comprometida con el placer, aunque esto implique el enfrentamiento con ciertas regulaciones sexuales y llevar a cabo cierta organización y preparación.

Porque esta práctica sexual tampoco es simplemente ingerir un químico para la funcionalidad en la cama, parecido a la toma del *viagra* que se popularizó desde finales de los 90¹⁰⁷. Como referí en los primeros apartados de este capítulo, el sexo con cristal requiere cierta preparación, organización y contar con determinado conocimiento como el saber la manera de comprar la sustancias, conocer los lugares donde puede llevarse a cabo los encuentros sexuales y ciertos códigos de comunicación. Todo ello otorga a la práctica cierto halo de clandestinidad.

¹⁰⁵ Usaba el pelo largo y vestía con short, playera y camisa y unas botas mineras. Portaba una mochila de acampar

¹⁰⁶ Agustín solo me saludó con un hola y se recostó sobre la cama, mirando con mucha atención la interacción entre ambos. Igualmente, de manera posterior supe por qué Agustín había llegado ese primer día: Víctor le había pedido que a determinada hora, Agustín llegara a su habitación porque no se sentía seguro con mi visita.

¹⁰⁷ Aunque tampoco creo que llevar un esquema de *viagra* sea *solamente tomas una pastilla*.

Pero creo también y sobre todo, que la práctica tiene esta carga significativa porque está relacionada o esta sostenida a partir de la visión prohibicionista del consumo de psicoactivos y la figura de la *persona adicta*, propia de nuestras sociedades que a su vez se articula a la regulación del sexo entre varones¹⁰⁸.

Al vincularse con una distancia ilegal, el sexo con cristal se mueve de forma discreta en los antros comerciales pero tiene mayor popularidad y fluidez en establecimientos que se manejan con discrecionalidad y ocultamiento de la vista de la sociedad y las autoridades como ocurre en el motel Del Mar. No es que no suceda en espacios más comerciales como el sauna antes referido o que no sea una actividad sexual que las clases altas no lleven a cabo. Tampoco significa que las autoridades desconozcan completamente de espacios como el motel referido.

Se trata más bien de plantear la significación de clandestinidad que la práctica llega a adquirir, el realizarse en espacios como el motel donde el sexo y el consumo se *encierran* en las habitaciones y que parece plantear que ese es el lugar idóneo donde debería llevarse a cabo tal práctica, incluso bajo los protocolos del mismo establecimiento, porque aparentemente se oculta de la mirada social

Pero, ¿cómo consideran los muchachos que colaboran en este texto lo que estoy planteando? Logré platicar con algunos de ellos al respecto, siendo ésta una de las últimas conversaciones que tuvimos casi cerrando este trabajo, lo cual es importante de señalar porque en algunos casos sus contextos ya habían cambiado en comparación a cuando comenzamos a dialogar. Por ejemplo, platiqué del tema con Víctor poco después de haber terminado su estancia de tres meses en una clínica de rehabilitación:

No es algo que se pueda presumir ...o que... que sea como un orgullo porque estas lastimando a tu familia y tus amigos. Les das demasiadas responsabilidades de estar al pendiente de ti y los desgastas. Cuando consumes los engañas para seguir consumiendo, los manipulas, te vuelves hábil manipulando y todo eso es un daño. Por eso yo, yo creo que no es algo que sea para presumirse. (Víctor, comunicación personal, 2025)

Por su puesto que el testimonio de Víctor mucho tiene que ver con los discursos que se despliegan dentro de los espacios de rehabilitación. Pero al referir que no es algo que se pueda *presumir*, da cuenta de la categorización de la práctica de sexo y consumo como algo

¹⁰⁸ Los escenarios del sexo con metanfetaminas en el motel – y quizás en otros espacios donde se llevan a cabo- mucho me recuerdan el registro de Guillermo Osorno (2014) en *Tengo que morir todas la noches*, cuando narra que al instalarse el primer bar abiertamente gay en una colonia céntrica de la actual Ciudad de México, en la década de 1970, los *gais* de clases altas ya no tenían que hacer *excursiones underground* en bares clandestinos y cantinas de colonias populares para conocer gente. Asu vez, esta narrativa de Osorno me hace pensar en lo que autores como Paco Vidarte (2007) han llegado a plantear sobre la vinculación entre el deseo homosexual y lo ilegal, lo rechazado, lo clandestino. Y el sexo entre varones con cristal parece operar de forma parecida.

que *no debería ser expuesto*. Incluso me recordó que cuando Pancho me habló de aquellas fotos del Grindr donde los chicos aparecen semi cubiertos por la nube blanquecina del cristal, riendo uso el término: *que descaradas*;

Por su parte Caín – que tampoco no habría que olvidar que trabaja en una dependencia de seguridad pública- comentó que efectivamente era algo de su vida secreta, que pocas personas conocen. Caín habla hacia el pasado, es decir, los encuentros de sexo con cristal con su ex pareja los ubica como recuerdos del ayer (aunque ya me había comentado que esporádicamente se han visto) y que solo yo, su actual novio y una amiga saben de ello y que por lo menos en su círculo familiar y laboral espera que sea algo de lo que nunca se enteren. Las palabras de Caín me hicieron recordar también que prácticamente todos los entrevistados ocultan lo mayor posible su consumo ante su grupo familiar, espacios laborales y algunos círculos de amistades y autoridades clínicas que atienden su condición VIH.

También, y en ese sentido, los testimonios de Víctor y Caín y la reacción de Pancho, me hicieron pensar en el trabajo y esfuerzos de dos chicos activistas con quienes llegué a platicar y que mucho me aportaron para esta investigación. Uno de ellos es Pablo Caseiro quien realiza un trabajo con poblaciones gais consumidoras de metanfetamina en la Ciudad de México con su proyecto *jueves de dulceros* y el otro, Alex Mata, un chico residente en Guadalajara que es muy activo en redes sociales visibilizando las vicisitudes de consumir cristal en el sexo. Alex incluso ha propuesto el término *metanfetamamis* para auto referirse como practicante. Pero ambos con su trabajo, tienen la intención tanto de visibilizar al sexo metanfetamínico como una problemática de salud entre la población homosexual, pero también como una práctica sexual que no debe ser discriminada. Me parece que el trabajo de ambos chicos, da cuenta de la clandestinidad y vulnerabilidad en la que se maneja dicha práctica sexual.

Por último pude platicar con Fabián – el ingeniero que labora en distintas ciudades del país- quien me comentó que el sexo con cristal no es bien visto por la gente, incluso por los propios *gais*. Pero sobre todo, Fabián resalta la imagen ante los demás de quienes cogen con la sustancia. En su opinión automáticamente se les considera *adictos*, y por tanto personas en las que no se puede confiar.

Confianza y desconfianza

En ese sentido, me parece oportuno detenerme en reflexionar acerca de la confianza y la desconfianza como dos afectos que se articulan con el placer sexual de los colaboradores o por lo menos que circulan durante los encuentros. La Antropología ha discutido y reflexionado el concepto de confianza desde diferentes perspectivas y enfoques, pero sobre

todo y es lo que me interesa, lo ha hecho cuestionando una supuesta universalidad. Weichselbraun y otros autores, en su introducción para la revista de Antropología de Cambridge, en su edición de invierno del 2023, cita a Broch-Due e Ystanes (2016) para referir que históricamente...

La confianza es un incondicional conceptual del liberalismo, la economía y la filosofía, y ha servido como vehículo para poderosas aspiraciones normativas hasta el punto de que se da por sentado como un afecto humano universal. En este sentido, la confianza –como sentimiento, aspiración o ideal culturalmente significativo– es una posible respuesta al problema de la intersubjetividad humana. (Weichselbraun et. Al. 2023, p. 2)

En ese sentido citan también a Marilyn Strathern (2021) con su interés por conocer el cómo y por qué "para cierto tipo de sujeto moderno, la confianza es una posición predeterminada". Mi colega y mejor amiga del doctorado me hizo entender de manera más clara la propuesta de Strathern: en nuestras sociedades democráticas, basadas en un pensamiento liberal, existen cuerpos que parecen ser confiables de manera innata, prediscursiva, predeterminada, pero sobre todo incuestionable¹⁰⁹.

Comparto esta postura de la autora y mi colega, porque además me es útil para pensar que no solemos reparar y cuestionar que ciertos cuerpos que asumimos como fácilmente confiables, están atravesados y a la vez constituidos por medio de particularidades como el color de su piel, la clase y posición económica, su origen, el género, la edad, su capacidad física, su expresión de género e incluso otras condiciones como la apariencia física junto con el denominado cuidado e higiene personal, que evidentemente descansan en lógicas higienistas, clasistas y racistas.

Me parece que al mismo tiempo, tales condiciones que constituyen una interseccionalidad, nos sirven como marco de referencia y lectura, por medio de los cuales significamos a ciertas personas como confiables o como poco confiables.

Cuando Fabián dice que quienes practican en sexo con cristal suelen ser considerados como poco confiables porque son identificados como *adictos*, lo que se está haciendo es una lectura de la *confiabilidad* partir de una condición. Pero a esto debería de sumarse la lectura de otras condiciones de ese *adicto* como su color de piel, su clase social, su origen, su orientación e identidad sexual e incluso su apariencia.

¹⁰⁹ Algunas veces en nuestro día a día, solemos conocer gente que desde el primer encuentro nos *inspira confianza* y determinada comodidad. Nos es fácil dialogar con ellas y ellos e incluso platicar y compartir opiniones personales o aspectos de nuestra vida que pueden llegar a considerarse propios de la intimidad. Y esto sucede incluso con gente que muy probablemente no volvamos a ver de nueva cuenta, como cuando coincidimos en situaciones donde se tiene que esperar para la atención de algún servicio o producto. En estos casos, no solemos cuestionar por qué determinada persona nos pareció tan confiable, e incluso lo asumimos como una cualidad innata de la persona, como si ésta se moviera por el mundo inspirando confianza y comodidad a todo aquel o aquella con quien se cruce. Incluso llegamos a pensar que se trata de una suerte de *energía* propia de la persona.

Si la desconfianza e incluso el temor ha sido un elemento históricamente vinculado al sexo ocasional entre varones, ¿Qué particularidades existen en el sexo con cristal? Aunque suceden en otro contexto lejos del motel, de mis pláticas con Mauricio – el chico que vive al sur de la ciudad- recordé algunas de ellas donde platicamos de esas cosas que no le son gratas y que le hacen desconfiar de los chicos con los que tiene sexo con cristal¹¹⁰.

Mau siempre ha sido muy desconfiado con respecto a la gente que acude a su casa para tener sexo, después de encontrarla en Grindr o contratando un servicio sexual y ponerse de acuerdo para coger y consumir. Por ese motivo muchas veces Mau prefiere consumir solo con su círculo de amigos más cercanos: dos o tres chicos que en su momento contactó de la misma forma y con los que regularmente consume, pero no siempre tiene sexo.

Dentro de este pequeño grupo de amigos Mau dice sentirse seguro. Cuando le pregunté por ellos, sobre cómo eran, me refirió que todos contaban con solvencia económica, esa fue la primera cualidad con la que los destacó lo cual me llama mucho la atención sobre si es la clase social de sus amigos uno de los factores – por supuesto no la única- que le permiten confiar en ellos.

Mau me refirió que consumir cristal en la ciudad, en su opinión, refería la capacidad de poder contar con dinero para la adquisición de la misma. No es que fuera un consumo exclusivo de una clase social con determinada capacidad de ingreso, sino que más bien, aquellos que no tenían para comprarlo, no eran bien vistos y recibidos en los contextos donde se sabe que la gente hace uso de la sustancia para las prácticas sexuales porque suelen pedir que se les comparta cristal. Esto me parece importante porque da cuenta de cómo se significa alguien con baja capacidad adquisitiva dentro de los círculos de sexo y consumo de la ciudad.

En ese sentido la narración de Mauricio da cuenta de la circulación de la desconfianza. Mauricio abiertamente dice que algunos de los chicos con los que contacta le generan mucha desconfianza. Le ha pasado que algunos ligues anteponen el encuentro preguntándole si cuenta con mercancía para compartir con ellos: *¿pero, tienes cristal para los dos?* Eso le hace pensar que seguramente intentarían abusar de su hospitalidad. También comenta que algunos trabajadores sexuales que ha contratado, incluso no cobran en efectivo, sino con sustancia. Y estos casos también le generan mucha desconfianza. Mauricio piensa que alguien que está dispuesto a tener sexo y/o bailar de manera erótica (prácticas por las que suele contratar a la gente) solo por un poco de cristal, no es de su confianza. Por eso para Mau aquellos sujetos que por distintas razones no cuentan con el dinero suficiente para

¹¹⁰ Técnicamente Mau vive solo. Cuando iniciamos los encuentros, me comentaba que habitaba con él su hermano y su sobrina, la hija de éste último. No obstante, ambos ocupaban el domicilio de Mau solo para dormir, dadas sus ocupaciones diurnas, por lo que en la casa estaba prácticamente sola. Pero, a mitad de mis visitas, sucedió una discusión entre Mauricio y su hermano, así que éste junto con su hija dejaron el domicilio y en la casa solo quedó mi entrevistado para habitarla. Esta situación conllevó una tensión para Mau. Por un lado, estaba contento de tener su casa para él solo, lo que significaba poder fumar cristal sin que tuviera que esconderse en su recámara o guardar celosamente los utensilios necesarios para la práctica de consumo: su pipa de vidrio soplado, algunos bong y las pequeñas bolsitas que contienen el cristal. También significaba poder citar a varios hombres contactados en la aplicación de ligue Grindr o bien, solicitar algún servicio de trabajo sexual masculino. Pero, por otro lado, también significaría estar solo en caso de que su condición de salud se complicara.

abastecerse de cristal para coger, son mal vistos por muchos de los demás usuarios. Mauricio me contó además como esta postura es compartida por otros de sus conocidos. Mau sabe que en algunos espacios de encuentro sexual y antros gays de la ciudad, existe un personaje conocido como *el papi*. Se trata de un varón gay de unos 60 años, con una fuerte posición económica. Radica en una de las zonas más exclusivas de la ciudad, en donde suele organizar reuniones de sexo y consumo de cristal y otras sustancias, pero donde él determina quiénes serán los invitados a estas reuniones.

El principal criterio *del papi* para decidir convidar a alguien a su casa, según cuenta Mauricio, es que sus invitados solventen su propio consumo. Incluso, aun dentro de la reunión, de manera constante el Papi pone a prueba la solvencia de los invitados. En alguna ocasión, Mauricio fue testigo en una de estas reuniones de como el anfitrión puso a prueba a uno de los asistentes: sugirió en voz alta que tenía mucha sed y les preguntó a los demás si se encontraban en la misma situación. Tras la afirmación de algunos de los presentes, el Papi le indico directamente a uno de ellos que fuera a una tienda de conveniencia por bebidas energizantes. El otro aceptó, pidiéndole a uno más que lo acompañara. Cuando salieron, el papi solo expresó: *vamos a ver con que nos sorprenden*. Al regreso de ambos, traían las bebidas energizantes y botanas para todos los presentes. Mauricio recuerda que esta acción le pareció bastante satisfactoria a El papi, pero Mau pensaba en lo lejos que se encontraba la tienda del departamento donde encontraban, en una zona diseñada para moverse por medio de vehículos y no a pie. Esa acción le llamo la atención a Mauricio, porque la significó como una suerte de prueba del papi, para decidir quiénes eran dignos de su confianza y quienes no, quienes y si seguía invitando a estos chicos a su casa o no¹¹¹.

Pero además esta postura es compartida por otros de los chicos colaboradores como Víctor quien además considera que tales acciones son propias de abusivos, interesados y en general, representaban una suerte de riesgo el convivir con ellos.

Sin embargo habrá que mencionar que la desconfianza y la significación de los cuerpos como poco confiables no imposibilita la consumación del encuentro sexual. El mismo Mau me narró una experiencia en la cual, contrató a un chico que bailaba en uno de los antros de la ciudad y era entrenador de gimnasio. Los servicios contratados solo fueron para que le chico modelara a Mau algunas prendas leather y realizar algún baile erótico mientras Mauricio se masturbaba y fumaba cristal.

¹¹¹ Cuando Mau me contaba esta experiencia, lo hacía en el marco de su opinión sobre que el consumo de cristal es un *lujo caro*. Hace 10 años, según el reporte de mundial de drogas de las Naciones Unidas, la heroína se mostraba como la sustancia más cara del mundo, con un precio promedio de 87 euros el gramo (unos 1500 pesos mexicanos según el valor de cambio de ese año). Pero para el 2022, este mismo reporte esta sustancia fue desplazada del primer lugar por la cocaína, y expone a la metanfetamina en un cuarto lugar (por detrás de la cocina, la heroína y el cannabis)¹¹¹ con un costo promedio de 400 dólares el gramo en los Estados Unidos, unos 6800 pesos mexicanos. No obstante, los costos que arrojan los colaboradores que se manejan en la ciudad distan mucho de este cálculo internacional: el gramo puede conseguirse desde los 100 pesos mexicanos. Por lo menos en el contexto poblano no se trata de una sustancia cara, en comparación de otros psicoactivos. Ello explica la enorme expansión de su mercado y la facilidad de compra y venta en prácticamente toda la ciudad. No obstante, el mismo Mauricio reconoce que existen distintos precios de acuerdo con la calidad de las sustancias. Pero, a pesar de esta variabilidad, el tener el poder adquisitivo o no para la adquisición del material, denota una gran diferencia en las interacciones entre varones homos que buscan sexo en la ciudad.

Al terminar el servicio, el chico le dijo a Mau que podía pagarle con metanfetamina. Algo que como se mencionó, hace a Mau desconfiar de las personas. Sin embargo en esta ocasión Mauricio no solo accedió a pagarle con cristal, sino que terminó obsequiándole algunas prendas de piel.

Cuando le pregunté a Mau porque en esta ocasión parecía haber cambiado de opinión, me comentó que consideraba que el chico se había sincerado con él, al contarle que consumía metanfetamina y poder tener energías para entrenar pesas, a pesar de desvelarse de manera frecuente, como stripper y en el trabajo sexual. Pienso que efectivamente, el chico encontró la manera de generar vínculos de confianza con Mau al contar parte de su historia pero creo que también su apariencia y atractivo físico fueron importantes para ello. Y creo que la apariencia del chico es una condición importante para que éste sea leído como un cuerpo confiable.

La desconfianza de Mau y Víctor y su lectura sobre los cuerpos poco confiables, revela una de sus preocupaciones en sus encuentros sexuales: ser *chichifeado* –“sacar provecho económico de alguien, algo cercano a estafar”(Téllez-Pon, 2022)- cuando le piden compartir su abastecimiento de cristal, pese a que ello signifique una experiencia sexual placentera.

Pero esos no son los únicos temores que hacen circular la desconfianza en estos contextos. En este mismo orden de experiencias, recuerdo con gracia lo que Fabián -el ingeniero- suele usar reiteradamente la frase: “soy puta, pero no pendeja”. En una ocasión, Fabián me contó muy emocionado que había conocido a un chico con el que se sentía muy satisfecho en el sexo, y con quien en un principio habían generado mucha confianza mutua. pero que además había descubierto que era un artista de música trap en ascenso¹¹². Físicamente le había agradado mucho, sobre todo porque se mostraba masculino y en su descripción del perfil de la aplicación de ligue se exponía como bisexual.

No obstante, poco después me contó que la historia con el cantante de trap no tuvo un final feliz. En el último encuentro sexual que tuvieron en la Ciudad de México, discutieron por cosas insignificantes, pero la discusión escaló a tal grado que, los encargados del hotel decidieron llamar a la policía. A este punto se llegó porque el chico no deseaba salir de la habitación de Fabián aun cuando éste ya se lo había pedido. Fabián insistió a que se marchara, amenazándolo con que revelaría o subiría a redes sociales los videos que ambos habían grabado de ellos en prácticas sexuales y de consumo y que con ello, su nascente carrera como

¹¹² Cuando lo contactó por Grindr, Fabián se encontraba hospedado en un hotel de la avenida Reforma en la Ciudad de México. El chico, unos años menor que él, llegó comentándole que se sentía muy fatigado por el trabajo y si era posible que en lugar de tener sexo, le permitiera descansar y dormir en la habitación. Fabián accedió con gusto. A Fabián no le molestó en ese momento no haber tenido sexo con él y en cierta medida le había parecido bastante honesto la petición del chico. Tan fue así que el mismo Fabián lo invito a desayunar. Eso sí, después de la comida matutina, tuvieron un encuentro sexual con consumo que resultó bastante placentero para Fabián. Tal fue la convivencia y confianza que generaron, que poco después el chico le contó que era un cantante del género trap, que había grabado ya varias canciones y videos en plataformas digitales. Fabián se sentía contento del contacto y la confianza que había logrado con el chico.

cantante se vería perjudicada. Lo complicado de la experiencia fue que ambos portaban sustancias ilícitas en sus respectivas maletas de estancia. Pero, cuando los oficiales llegaron a la habitación, Fabián pudo ocultar la mochila donde llevaba el cristal y sus utensilios en el baño de la habitación. Por ende, la policía revisó primero las pertenencias del muchacho encontrando en ellas metanfetaminas, cocaína y marihuana, por lo que fue detenido en ese momento.

Poco después Fabián se comunicó con él para mencionarle que había borrado los videos y que lo bloquearía de cualquier contacto para evitar volverlo a encontrar. Cuando pregunté a Fabián sobre el tema de la confianza con este chico, sentenció que es imposible confiar en alguien en estos contextos. En su opinión, el mundo del sexo con consumo de cristal es más bien un escenario donde no se puede confiarse de nada y de nadie. Cuando le pregunté en esta experiencia, cuáles eran sus temores específicos, respondió que en ese caso era que el chico le robara algunas de sus pertenencias o dinero. Pero también de ser agredido físicamente. Fabián no descartó la idea de que los encuentros sexuales fueran solo el vehículo para que el chico lo violentara y/o lo asaltara.

Otro de los temores de los chicos recae en los efectos del cristal en las sesiones de sexo. En una ocasión Víctor invitó a varios chicos a su habitación del motel para tener sexo. Sin embargo, uno de ellos se encontraba mal por los efectos del cristal. Cuando llegaron a la habitación, Víctor notó en el chico la paranoia. Constantemente interrumpía el sexo para preguntar si los demás no habían escuchado el motor de una camioneta que intentaba entrar en la garaje de la habitación donde se encontraban. Poco después, la duda del chico fue mayor, por lo que se apartó de los demás para ir a verificar por el mismo a la cochera.

Víctor cuenta que de vez en vez, volteaba en dirección al garaje para cerciorarse que el acompañante estuviera bien. Y en esas inspecciones visuales, alcanzaba a ver que se encontraba inmóvil, dándoles la espalda. Después de mucho tiempo de su ausencia, decidió asomarse a ver qué pasaba. Lo encontró de pie, inmóvil, observando el mecanismo que activa el ascenso y descenso de la puerta del Garaje. Pero en esta posición según recuerda Víctor, debieron haber pasado unas dos horas. Víctor le dijo que entrara de nueva cuenta al cuarto. Así lo hizo, pero, no estuvo mucho tiempo con el resto de los participantes. Al poco tiempo, el chico tomó sus cosas y se marchó de la habitación sin decir palabra alguna. Cuando le pregunté a Víctor sobre que temores tenía en esta escena, me dijo que no sabía que reacciones fuera a tener el chico más adelante. Víctor temía que los agrediera o que en un descuido, el chico atentara contra sí mismo.

La narrativa de Víctor da cuenta de la vulnerabilidad y exposición a la violencia física en los encuentros sexuales con cristal. En ese sentido Pancho narra que en alguna ocasión, empezó a desconfiar de un compañero sexual ocasional cuando se encontraban en su domicilio para una sesión de sexo prolongado.

La principal desconfianza que tuvo fue que al llegar, el chico le empezó a mostrar varias prendas interiores, según contó, de sujetos que habían estado con él anteriormente y las coleccionaba. Pero lo que llamó la atención a Pancho, fue que algunas de esas prendas estaban manchadas de sangre, pero el sujeto refirió que se debían a penetraciones intensas, en sesiones con cristal. No obstante, luego de coger, Pancho notó que el anfitrión se inyectaba dosis muy altas de metanfetamina, situación que puso en mayor alerta a Pancho. Poco después no pudo con la desconfianza y decidido retirarse. Sin embargo, el sujeto no le permitía hacerlo: había puesto llave a la puerta principal y no lo dejaba salir. Pancho se asustó y lo amenazó con hacer un escándalo, pero fue la manera en que el chico le permitió salir:

Fue acá en las *casas verdes* [una unidad habitacional de interés social] entonces, si yo empezaba a hacer mi desmadre, si o si la gente se iba a enterar, y eso le dije, a ver, si tu no me dejas salir, ahorita te hago un desmadre, te rompo vidrios y te rompo cosas, que venga la policía y nos van a llevar a los dos, pero a ti te van a correr los vecinos, porque les voy a decir que te metes porquerías y que hasta les vendes a sus hijos. (Pancho, comunicación personal, 2023)

No obstante estas experiencias compartidas, cuando hablábamos sobre confianza y desconfianza, yo recordaba mis pláticas con Valerio, el chico que gusta de la práctica bugchasing o cachabicho. Y lo recordaba pensando en cuáles eran los temores o en qué momento la desconfianza circulaba durante el sexo. Sin embargo, en nuestras pláticas ninguno de los colaboradores refirió temor o desconfianza referente a posibles reinfecciones de VIH o nuevas infecciones de transmisión sexual. Si acaso Caín – el chico que trabaja en seguridad pública- recordó el temor cuando notó la dilatación y laceración de su ano tras tener sexo rudo con su expareja, y que ello contribuyó a la creciente desconfianza que ya le tenía.

Pero en su gran mayoría la desconfianza de los colaboradores sucede en escenarios anexos al sexo y no en el ejercicio de la sexualidad en sí. E incluso ubicándose en el registro del consumo de metanfetaminas, tampoco parece establecerse en los peligros que significaría vincularse o tener contacto con los vendedores de la sustancia o la posibilidad de ser detenidos por la policía en posesión de la misma. Mas bien, el temor y la desconfianza circulan adheridos a los cuerpos que ellos consideran intenten *chichifearles* la mercancía, robarles sus artículos personales¹¹³, agredirlos por estar muy *pasados* de cristal o que el acompañante se *ponga mal* por el consumo u ocurra un accidente. Incluso, solo Fabián

¹¹³ El mismo Víctor, dentro del motel “Del mar”, me llegó a referir que aunque en ocasiones se mueve a otras habitaciones, situaciones en donde siempre porta su mochila y sus pertenencias, prefiere quedarse en su cuarto rentado y que sean los otros lo que se trasladen. Esto porque teme que, dejando sola su maleta, sea despojado de la mercancía que guarde. Se siente con más confianza estando en la habitación que él alquilo.

cuando hablamos de su desconfianza por la calidad de la mercancía de un determinado dealer, tocó el tema del temor a que ellos mismos pudieran *ponerse mal* consumiendo cristal mientras cogen. Para el resto este temor, el sentirse mal por la ingesta de la sustancia, parece tener poco peso.

Rostros de cristal

Como referí en los capítulos iniciales de esta tesis, en los apartados donde hablo de los momentos en que conocí a los chicos que colaboran en este trabajo, los rostros de algunos de ellos me habían llamado la atención porque encontraba en éstos algunas características similares con mi amigo Pancho, a quien he acompañado en su etapa de consumo de cristal de manera cercana.

En este acompañamiento, es decir en todo el tiempo que hemos estado cerca desde que inició su consumo de metanfetamina en la pandemia del COVID19, los cambios físicos que me fueron más notorios sucedieron en su rostro y en la delgadez de su cuerpo.

Su cara parecía más delgada, pero además sus ojos se veían sumidos como si las cuencas oculares sobresalieran más de lo habitual y además había cierto tono oscuro en la piel de alrededor. Pero también sus pómulos se veían mucho más marcados y sus mejillas lucían ahora afiladas y la piel parecía con una textura parecida al cartón. El cuello también se veía distinto, mucho más largo y delgado. Y su cuerpo aun cuando conservaba la simetría obtenida en el gimnasio, se había reducido en tallas.

Rasgos parecidos había yo notado en Jasón – el chico de CDMX que vivió una fase de sida- cuando nos vimos por primera vez para nuestras prácticas. Sobre todo sus ojos y además y en particular con este chico, los labios siempre se veían resecos y había cierta dificultad al hablar, como si hubiera poca saliva y la boca y garganta estuviera siempre seca.

Pero ellos dos no eran los únicos. Víctor- el chico con el que nos veíamos en el motel- me llegó compartir imágenes suyas de hace unos años, donde luce con más tallas y hasta tono muscular, muy distinto a como yo lo conocí. En las últimas entrevistas que nos vimos físicamente, compartía con Jasón y Pancho la prominencia de los pómulos y lo afilado de sus mejillas.

Aunque debo reconocer que no todos los chicos colaboradores y que se señalan a sí mismos como consumidores de cristal en sus prácticas sexuales, sostienen tales características. Fabián por ejemplo se ha mantenido en su peso y su rostro luce de igual manera a como lo conocí en el 2018. Cuando platicué un poco con él al respecto, tratando de conocer porque en su caso los signos que había notado en los otros chicos no eran visibles, me dijo que posiblemente se debía a que sus encuentros sexuales y de consumo suelen ser

cortos y rara vez ha realizado jornadas de consumo de cristal, y si han sucedido ha sido cuando por su trabajo se encontraba en ciudades como la capital del país o Monterrey.

En ese mismo sentido Caín – el chico que trabaja en seguridad pública- y BP -el chico que vive con otros diagnósticos psiquiátricos y que ejerció el trabajo sexual- tampoco tienen estos rasgos en su rostro. Aunque BP logró perder mucho peso después de su adolescencia, y parte de ello lo argumenta con el uso del cristal. En ambos casos al parecer, las jornadas de sexo con cristal son cosas de su pasado: Caín lo hacía cuando estaba enamorado de aquel chico consumidor y BP cuando ejercía el trabajo sexual. Incluso en la actualidad, ninguno de los dos se consideran a sí mismos como usuarios activos de la sustancia.

Sin embargo los rostros de los chicos con signos visibles seguían llamando mi atención. En principio yo me preguntaba si eso era una percepción mía solamente o era compartida por los demás. En segundo lugar también tenía duda si estos rasgos en el rostro tenían algún efecto en su socialidad con otros chicos para el sexo.

Con respecto a lo primero, le pregunté directamente a Pancho si notaba peculiaridades en los rostros de sus compañeros de sexo y consumo y hablamos de uno en especial cuyas fotos se encuentran en su perfil de X, porque se promocionaba a sí mismo como scort. El chico había intentado en el pasado ser actor y tenía en su perfil fotos con algunas celebridades del medio artístico. En esas fotos del pasado, al igual que el caso de Víctor, el chico lucía bastante diferente a la actualidad. Además de la delgadez, Pancho remarcó el rostro: consideraba que tenía una piel con cierto tono plomizo, pero además sus ojos se veían hundidos, tenía pómulos marcados y delgadez en el cuello. Pancho reconocía en las fotos del chico y quizás sin darse cuenta, los mismos rasgos que él llegó a lucir. Además Pancho conocía al muchacho en persona así que la expresión con la que concluyó su opinión fue: *tiene cara de cricoso* .(Pancho, comunicación personal, 2024).

De acuerdo con el Instituto Nacional sobre abuso de drogas (NIH por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos “los consumidores habituales también sufren efectos físicos, como adelgazamiento, caries dentales graves, pérdida de dientes y llagas en la piel” (NIH, 2022) . Aunque esta información oficial no cubría del todo los rasgos que yo observaba en algunos chicos, Pancho ya me había confirmado algunas de mis percepciones.

Así que en su momento le pregunté a mi colega y mejor amiga del doctorado, dada su formación profesional en enfermería, si las características que le describía sobre el rostro de algunos de los chicos podrían ser propias y hasta exclusivas del consumo de cristal. Pero me respondió que en realidad se trata de efectos comunes en organismos bajo ciertas condiciones como una mala o poca alimentación, deshidratación, agotamiento o desgaste físico. Lo cual es frecuente que suceda en otros contextos además del sexo con cristal, como los desórdenes alimenticios avanzados, aplicación de dietas figuras, ejercicio excesivo, gente en situación de calle o víctimas de delitos como el abandono, la retención de la libertad o la explotación laboral. Incluso son rasgos comunes en población con enfermedades crónico degenerativas

avanzadas, entre otras muchas situaciones. En su opinión, lo que yo le describía eran más bien signos de un organismo con descuido y desgaste.

Estuvimos platicando un tiempo este asunto, y llegamos al punto que esas lecturas de ciertos signos corporales en determinados cuerpos, operan también bajo una serie de prejuicios que han sido depositados en el cuerpo que porta los signos. Por ejemplo, ese mismo rostro pero en una chica de secundaria de clase media, muy probablemente no sería leído como consecuencia del abuso del cristal (que nada descartaría la posibilidad) y más bien levantaría la sospecha de un desorden emocional alimenticio. Esa podría ser la lectura más probable sobre el cuerpo de la adolescente por toda una serie de significaciones que culturalmente vinculan su interseccionalidad (edad, género, clase social, nivel educativo) con padecimientos como la bulimia o la anorexia.

En ese sentido, Pancho y yo leemos un *rostro de cristal* en los usuarios de la sustancia y que realizan jornadas de sexo con consumo, porque son cuerpos que están culturalmente ligados con estas prácticas.

El cuerpo homosexual históricamente ha sido cargado con múltiples signos a lo largo de las épocas con el objetivo de distinguirlo del resto. Tal distinción ha promovido un ejercicio de separación, marcaje y discriminación. Al inicio y por un periodo considerable de la pandemia del VIH/sida por ejemplo, los signos corporales como las manchas y costras en la piel así como la delgadez del cuerpo y la lipoatrofia o lipodistrofia facial por el uso de los primeros ARV, sirvieron para identificar, señalar y estigmatizar los cuerpos homosexuales. Eso me lleva al segundo punto, sobre si estos signos tienen efectos en la socialidad de los chicos.

Cuando platiqué con Mau sobre *los rostros de cristal*, confirmó esta característica. Incluso Mau me habló de un olor, que en su opinión también es propio de los cuerpos que consumen. De acuerdo con Mau, es un olor como a almohada que ha sido usada durante muchas noches que se mezcla con el olor del sudor corporal y un toque dulce, algo al parecer, difícil de explicar certeramente. Le pregunté también si consideraba que él tenía esos rasgos en el rostro o ese olor. Dudo un poco pero contestó que de tenerlos, se debería más a las comorbilidades con las que vive – diabetes y un posible diagnóstico de cáncer-. También le pregunté si consideraba que esos rasgos eran importantes para coger con otros chicos y me dijo que era muy probable que la gente rechazara a quien luce así para coger, porque los ven como portadores de alguna enfermedad.

También platiqué con Víctor al respecto, y señaló que más bien estos rasgos facilitaban el coger con quienes *le entraban al cristal*, porque le era fácil identificarlos por su rostro. Pero además, Víctor dijo un punto interesante: *el rostro de cristal* de alguna garantizaba un encuentro sexual placentero, en la medida de que compartían el gusto por la sustancia y

existía una mayor posibilidad de explayarse y desinhibirse plenamente durante el encuentro sexual. A continuación me narró una experiencia que para mí fue interesante y hasta cómica. Víctor me había platicado desde las primeras pláticas que tiene gusto y preferencia por hombres morenos, altos y corpulentos. Pero reconoce que cuando llega a toparse en el Motel “Del mar” con un chico con delgadez y rostro cricoso, no lo rechaza. Como dije antes, Víctor considera que con alguien cuya apariencia corporal llega a ser una señal del uso de la metanfetamina, también garantiza que estará con alguien que no lo juzgará por el mismo consumo, pero que además, por medio del uso de la sustancia como herramienta química del sexo, su compañero no se mostrará cohibido en el acto sexual.

En alguna ocasión, Víctor tuvo una experiencia que para muchos varones que practican la penetración anal pudiera llegar a ser repulsiva. Estaba penetrando a un sujeto joven, y por los efectos del cristal en ambos, la penetración había llevado ya bastante tiempo. En un momento determinado, Víctor sacó por completo su pene del recto del compañero, y éste expulsó un gran pedazo de excremento sólido, que salió y cayó con bastante facilidad.

Cuando me narró esta experiencia, me fue inevitable poner una cara de asombro, risa e incluso repulsión. Ante las expresiones faciales que mostré, Víctor me aclaró que a él no le había incomodado este hecho, incluso reímos cuando me dijo que envidiaba la capacidad digestiva del muchacho, por la solidez del excremento. Pero más bien, Víctor me platicaba que no le molestó, porque era signo que el chico estaba disfrutando de la penetración sin contenerse ni siquiera por la sensación de expulsión fecal. Su compañero, a opinión de Víctor, estaría disfrutando de la penetración, sin cohibiciones. En ese sentido, él no sentía que tenía porqué reclamar algún tipo de descuido por parte de su acompañante.

Bajo ese entendido, lo que me llama la atención de la narración de Víctor así como su opinión sobre el rostro de cristal, es que parecen dibujarse razones por las cuales los chicos que consumen cristal optarían por la compañía de ciertos sujetos, aquellos que también son consumidores de la sustancia en el sexo. Víctor enuncia que no solo es alguien que jala con el cristal, sino que será un compañero que disfrutará sin cohibición el encuentro y que no lo juzgará. Esto último me parece muy importante porque señala que el vínculo para el sexo entre los chicos muchas de las veces se materializa a partir de la propia práctica. Lo cual no es un dato menor si se compara por ejemplo con las técnicas de ligue en otros lugares de encuentro aparentemente sin consumo de esta sustancia, como el sauna donde realice trabajo etnográfico en el 2018. Las dinámicas para la vinculación se plantean entonces de distintas maneras.

Las miradas, roces, acercamientos que sirven para demostrar el interés para tener sexo con un chico en espacios como el sauna, no operan en estos otros espacios de encuentro con cristal. Como se dijo esa conexión más bien esta mediada por las aplicaciones digitales. Pero sobre todo me parecen muy importantes las dos condiciones que Víctor enuncia: un sexo sin cohibiciones y sin juzgar.

Me parece que Víctor lo percibe así, no porque con la metanfetamina los chicos estén tan intoxicados que *se metan* con cualquiera, incluso si no les agrada físicamente o ellos no son lo suficientemente agradados para acostarse con algún prospecto, que no tengan limitaciones y que les de igual lo que los otros hagan como para juzgarlos.

Es más bien que la calentura habilitada por la sustancia permite el goce y disfrute de los cuerpos, porque le da centralidad al placer sexual. Y ello también permite que acontecimientos como la expulsión fecal que narró Víctor, no sea algo que detenga la práctica o que se signifique con la repulsión suficiente que derive en el rechazo.

No quiero decir por supuesto que esto solo suceda en los contextos del sexo con consumo, pero me parece que el uso de la sustancia si habilita otros tipo de vinculaciones. En ese mismo sentido, más bien habría que cuestionar si aun habría cohibiciones o que son las cosas por las que los chicos se cohíben en el sexo con cristal y si en verdad no hay una práctica de juzgar al otro en esos espacios.

Creo que para reflexionar en ello, me sirve el registro etnográfico que realice en el mismo motel. En Marzo del 2024 Enrique - mi amigo que trabaja en la industria textil-sabiendo de mi trabajo de investigación me compartió un enlace para unirse a un grupo de WhatsApp con el nombre *orgia a pelo en el Del mar*¹¹⁴.

Abrí el link y automáticamente me enlazo en un grupo donde el mensaje de bienvenida hacía alusión a que ya habían sucedido ediciones anteriores de estos encuentros y que se estaba planeando esta vez aprovechando el puente por días festivos que sucedería en ese mes.

¹¹⁴ Enrique decía que había escuchado antes de estas reuniones y que se consumían muchas sustancias en esos encuentros sexuales. Dudé un poco pero considere que ese era un espacio donde yo podría ver personalmente como es el sexo con el uso de metanfetamina. Como ya referí, cuando les preguntaba a los chicos colaboradores sobre cómo era coger con cristal, solían iniciar sus narrativas diciendo que era una *experiencia jamás vivida, un placer que no habían experimentado con anterioridad*. Cuando les escuchaba no me quedaba claro que es lo que decían, Hablaban de un placer maximizado, potencializado, algo que sin la presencia de la sustancia sería difícil de conseguir. Pero para mí resultaba información que no me decía mucho. Así que decidí acudir a la orgia al considerar que serpia un espacio que me daría claridad.

En el chat del grupo, el organizador hacía referencias importantes: se trataba de una

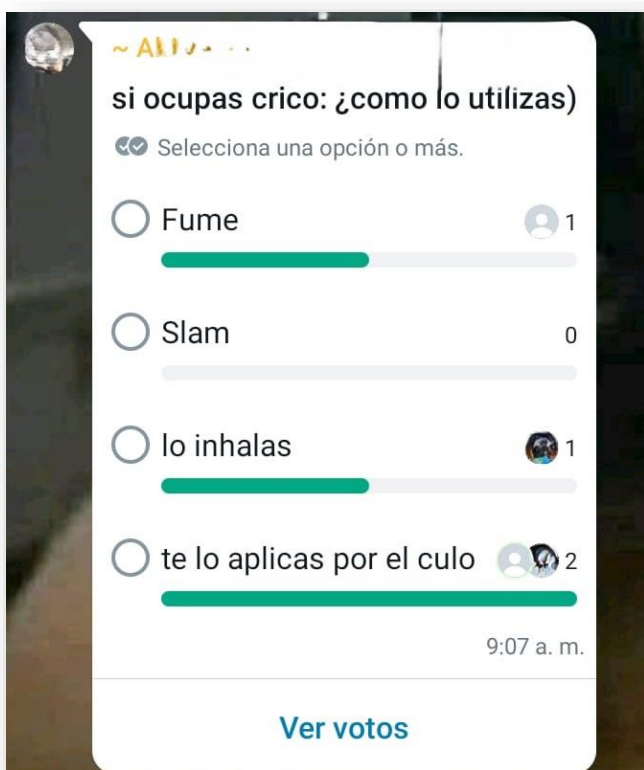


Imagen 4.7 Encuesta en la aplicación WhatsApp

encuentro sexual entre varones desconocidos, que se admitía el uso de cualquier tipo de sustancia psicoactiva y que estaba prohibido el uso del preservativo. Así que los días previos al encuentro en el chat, el organizador subía fotos de sus genitales enunciándose como *activo* (es decir gusto por penetrar a otros varones) consumidor de cristal y otras sustancias. También elaboraba breves encuestas sobre las sustancias que los interesados consumían y modalidades para el consumo de las mismas. Incluso llegó a contar brevemente algunas anécdotas de las orgías pasadas. Por ejemplo, el chico comentó que en alguna ocasión habían llegado integrantes de una comunidad

BDSM y utilizó la expresión *esos si se*

saben divertirse. También narró que en otro encuentro, alguien tenía la fantasía de coger con chicos de talla baja o acondroplasia. Así que habían convencido a 2 chicos de esta condición de participar en el encuentro. Incluso explicó que en alguna otra ocasión alguien había logrado meter a la habitación un pequeño macho cabrío. El organizador también aclaraba que algunas de estas anécdotas no habían sucedido en el Del mar o ni siquiera en la ciudad de Puebla.

Las instrucciones para unirse a la orgia el día señalado eran las siguientes: el punto de reunión sería una tienda de conveniencia cercana al motel, alrededor de las 9 de la noche. Ahí había que esperar a que el organizador informara en el grupo el número de habitación que había rentado. Recomendaba que los asistentes entraran al motel en grupos de hasta 4 personas. Cada asistente debía pagar en recepción la cantidad de 80 pesos por ser visitante nocturno. Además de ello, quienes asistieran podrían llevar cualquier tipo de sustancia, bebida alcohólica y botanas.

Le pedí a Fabián que me acompañara esa noche, pero no accedió. Me dijo que esos encuentros le daban temor porque consideraba que se ponían *muy locos*. Aun cuando le dije que solo estaríamos poco tiempo no pude convencerlo. Mi plan era rentar una habitación por mi cuenta, tal como incluso el organizador lo había recomendado, para poder salir de la orgía y quedarme a descansar el resto de la noche hasta el otro día.

A la hora y día señalados estaba yo en el punto de encuentro referido. Algunos varones deambulaban cercano y aquellos que traían mochilas o bolsas con botanas, supuse que estaban interesados en unirse al evento. Frente a la tienda de conveniencia había un chico moreno, de unos 25 años y delgado, con una mariconera y una bolsa de plástico en la mano. Vestía ropa sencilla y resultó ser bastante tímido. Con él hice plática y efectivamente era un asistente del evento. Platicamos poco rato porque el mensaje del número de la habitación rentada llegó y poco a poco nos fuimos acercando al motel.

El chico que conocí y yo entramos juntos y nos acercamos a la recepción. Como planeé yo renté otra habitación sencilla e incluso le dije al chico que si se cansaba de la orgia, podía buscarme y quedarse en mi pieza (no volví a ver al chico después de que yo salí de la orgia). Ingresé a mi habitación y aunque mi intención era acudir a la orgia lo más rápido posible, la verdad es que dude un poco en continuar con mi observación. Me dije a mi mismo que quizás era mejor no acudir y convencer a Fabián de acompañarme para una próxima ocasión. Pero eso echaría por la borda todo el protocolo que ya había realizado hasta ahí. Así que me armé de valor, deje mis cosas y solo llevé conmigo la bolsa de botanas y unas cervezas que había comprado afuera. El chico que me acompañó en el ingreso al motel se había adelantado ya al cuarto de la orgia.

En la cochera de la habitación, otros dos muchachos esperaban ingresar, me uní a ellos y entramos los tres cuando desde adentro accionaron el dispositivo que levanta la puerta del garaje hasta la mitad. Al ingresar a la pieza, me di cuenta que era un poco más grande que las habitaciones donde había tenido mis pláticas con Víctor, aunque básicamente tenían la misma estructura y el mismo mobiliario.

En el pequeño recibidor de la habitación, al entrar, me di cuenta que estaban algunas pocas mochilas resguardadas y en la rápida con el gran espejo había ya algunas botellas de alcohol y unos vasos desechables. Los dos chicos con los que entre al cuarto, que rondaban los 30 años quizás, se quedaron junto conmigo en el recibidor como viendo un poco el panorama. Uno de ellos iba vestido con un chaleco color rojo pálido y pantalones ajustados de mezclilla. Sería el más grande de los dos porque su rostro notaba ya algunas líneas de expresión, pero llevaba su cabello teñido de tonalidades grises. El otro chico mucho más delgado y un poco más alto, llevaba un suéter de cuello de tortuga oscuro y tenía la cabellera negra y lacia.

A mi llegada, habría si acaso unas 12 personas. En la cama creo que de tamaño *King size*, estaba un chico de unos 35 o 40 años, regordete, de piel clara y cabello ondulado, con vello en todo su cuerpo. Estaba de pie sobre el colchón, completamente desnudo con un pene no muy grande pero si hinchado de excitación. Aparentemente era el organizador del evento, porque él junto con otro chico más joven, alto, moreno de cabello lacio y un poco largo, que se movía entre los asistentes, parecían ser los que controlaban la sesión.

En la habitación aun había algunas luces encendidas, aunque ya se tenía música electrónica en una pequeña bocina que emitía a la vez luces de colores que se movían por los muros de la habitación aunque aún no eran muy notorias por la luminosidad en la pieza. Los asistentes se encontraban distribuidos en pequeños grupos en toda la habitación.

No pasamos mucho tiempo en el recibidor, porque el organizador, el chico que estaba sobre la cama, nos invitó a pasar y unirnos *a la diversión*. Ante la invitación dejé mi contemplación de la escena y puse lo que traía en la repisa de la entrada, junto a las demás botellas. Al no consumir ninguna sustancia, tenía la sensación de que en un momento dado podría ser descubierto y tachado como una suerte de invasor, así que antes de dejar el *six* de cervezas que llevaba, tome una lata y con ella me mantuve *consumiendo* algo. No quise juntarme con alguno de los grupitos que ya se habían formado porque me quedaba claro que la dinámica del evento no era el ligue que yo conocía de otros lugares de encuentro, así que consideré que se sería raro acercarme a alguien y querer hacer plática.

No se trataba de un espacio de diálogo. Me paré en una esquina, cerca del baño con mi cerveza en la mano. Algunos chicos se encontraban ya semi desnudos, creo que la mayoría, salvo los que decían habíamos llegado. Algunos de ellos usaban ropa interior tipo suspensorios o *jockstrap*. Otros estaban con el torso desnudo y otros más sin nada de ropa. El chico del chaleco se había pegado ya al pene del anfitrión que seguía de pie sobre la cama, recibiendo las mamadas del recién llegado mientras gemía y fumaba de vez en cuando de una pipa de crico que se rolaba con el otro chico organizador del evento.

Dos muchachos delgados, morenos, se besaban en una esquina de la misma cama y se sobaban las vergas por encima del pantalón. Otros, en la repisa de cemento cerca del baño, preparaban las inyecciones de metanfetamina y se las aplicaban. Este grupo ya estaba desnudo por completo y los cuerpos eran variados. Había un chico de unos 40 años con un abdomen extremadamente abultado, piel morena, barba de candado y cabello escaso por calvicie. Este se inyectaba el cristal en el brazo, mientras otro chico parecía supervisar el procedimiento. Con mucha facilidad usaba la jeringuilla con tapa color naranja, apretaba con fuerte su puño y buscaba una vena. Al no poder ubicarla, otro de los chicos le amarró en el brazo una liga y rápidamente pudo inyectarse y aplicar la sustancia. El otro muchacho era más delgado, flaco diría yo, con ojos grandes y una sonrisa amplia. Otro más estaba sentado y recargado en el piso, sobando su pene erecto y sacando de una mochila una botella de agua que tomaba a pequeños sorbos. Este último, el que estaba sentado, me pareció particularmente desgastado por el consumo. No solo en su aspecto corporal sino que parecía que la sustancia ya había mermado en su estado emocional.

Este grupo en particular había llamado mucho mi atención. En primer lugar porque no podía evitar sentir cierto temor ante la práctica. Nunca había visto antes a alguien aplicarse slam. El uso de la agujas me había dejado impresionado, pese a que ya había escuchado a los colaboradores contarme de la práctica y sabía por Pancho más sobre ella. Pero ver la escena en persona había sido algo que me descolocó y ni siquiera podría decir por qué más allá del

prejuicio. Sentía una suerte de temor y curiosidad sobre como esos cuerpos se habían inyectado la sustancia.

Pero no era el único que había experimentado una reacción al respecto. Pude notar que puesto que ellos eran los únicos hasta ese momento que estaban aplicando la sustancia inyectada (el resto de los grupos la estaban fumando o ingiriendo otras como el popper o la marihuana) los demás también los observaban de reojo con una expresión de asombro y cierto rechazo a la práctica. Mucho me recordaron sus expresiones a las palabras de Mau y Fabián sobre el cristal inyectado como un sinónimo de *haber perdido el control de la sustancia*. Me pareció notar que con mucha discreción, el resto de los chicos mantenía cierta distancia con el grupo que estaba haciendo slam. Tengo que reparar que aunque me tardé un poco en mi habitación para llegar a la orgía, esta no tenía mucho de haber iniciado. Así que hasta cierto punto, me parecían normales tales reacciones hacia los chicos que se inyectaban y pensaba si más adelante otros participantes llegarían y harían slam y el grupo dejara de ser los únicos en inyectársela. Por ahora, este grupo se acomodó al poco tiempo en una orilla de la cama. El chico del abdomen abultado se puso en cuatro, parando las nalgas y exponiendo su ano mientras otro de ellos ensartó su verga con rigidez y de manera brusca. Ante la embestida, el organizador aplaudió la escena.

Yo estaba consciente que otros chicos también estaban en lo suyo y de reojo los veía. Por ejemplo, un hombre mayor, de pelo entrecano y bigote estaba hincado y lamia las bolas de dos chicos que a su vez chupaban el pene de otro que estaba de pie sobre la cama, cerca del anfitrión. Otros más se penetraban en el llamado sillón tántrico, así que los gemidos y el olor a cristal y a marihuana ya impregnaban el ambiente.

No pase mucho tiempo viendo la escena, porque el otro chico organizador se había acercado a mí y sobaba mis genitales por encima de mi short. Yo llevaba ropa deportiva bastante cómoda así que fue sencillo que el chico metiera su mano en mi entrepierna. Ahí caí en cuenta que posiblemente yo era el único asistente que estaba solo observando. No puedo cerciorarlo porque para ese momento las luces ya se habían apagado casi en su totalidad y solamente aquellas que brotaban de la bocina y algo que parecía una luz led junto a la cama iluminaban la habitación, pero me parece si había algunos que no participaban aun en las dinámicas. O tal vez sí. En algún momento previo al encuentro, en el chat de WhatsApp, el anfitrión había mencionado que aunque a muchos solo les gustaba ver, les invitaba a coger para aprovechar la situación.

Por cierto que el anfitrión ya se había bajado de la cama y tres muchachos estaban exponiendo sus anos sobre el colchón, hincados y abriendo con sus manos las nalgas. Algunos asistentes acudían al llamado de penetración y estaban con ellos un rato.

Debo decir que muchos de los asistentes no me parecieron chicos atractivos. En algún momento del podcast “amor de cristal” de Cabrera (2023) Pablo Caseiro, el activista de grupos de consumidores de cristal en México, hace referencia que, dentro de las experiencias de participantes en su círculo de conversación *jueves de dulceros*, existían algunas donde la

aparición física parecía ser una barrera que se rompe con el uso de cristal en el sexo entre varones. Según las narrativas de Caseiro, algunos chicos poco atractivo logran estar con varones muy guapos, gracias al consumo de metanfetaminas de ambos.

Pero más bien, en la orgía, a mí me pareció que todos los protocolos de otros lugares que incluyen analizar quien de los presentes le es a uno atractivo y luego aplicar una serie de prácticas de ligue para poder tener sexo con el prospecto, en este espacio no operaba. Es más bien una lógica parecida a la de los cuartos oscuros donde parte de lo excitante es el desconocimiento del otro y las sorpresas que la oscuridad ofrece.

En el baño, donde había luz, se escuchaban gemidos y se veían las siluetas de algunos cuerpos desnudos teniendo sexo. Me uní a un grupo y comencé a succionar el duro pene de un chico delgado, mientras otros me hacían lo mismo. mi ropa había sido colocada en una de las repisas de la cama, que se extienden casi a lo largo del muro y me preguntaba si alguna prenda se extraviara, ¿Cómo saldría de la habitación sin ella?

El sexo en la orgia es rudo. La metanfetamina y otras sustancias tienen un efecto de vigorosidad en los cuerpos. Las penetraciones se vuelven excitantemente duras. Alcancé a ver al organizador penetrando a dos chicos, alternando su pene entre un ano y el otro. Pero algo que llamó mi atención es que no había roles sexuales tan permanentes. Era común que quien penetraba, instantes después era penetrado por ano o boca.

En el tiempo que estuve en la orgía, no me tocó presenciar alguna práctica como el *fisting* u otra que fuera diferente a la penetración, el sexo oral o la masturbación. Aunque en las repisas algunos asistentes habían llegado también dildos. Víctor en alguna ocasión me había comentado que muchas veces cuando perdía la erección como efecto de la sustancia, hacía uso de ellos para seguir siendo penetrado o para estimular a los demás. Ya oscuras y sumergido en la dinámica por un rato, me fue difícil notarlo pero si percibí que las personas no se mantenían en todo momento en la habitación. Algunas salían discretamente y el timbre de la habitación sonó un par de veces anunciando la llegada de nuevos integrantes o el regreso de quienes habían salido.

Debo aclarar que en ningún momento nadie me obligó a la ingesta de alguna sustancia. Y fue notorio que no lo hacía pues incluso había extraviado ya mi lata de cerveza que sostenía en la mano. No obstante no permanecí mucho tiempo en el evento. Después de la media noche decidí discretamente retirarme. Había notado donde el chico asistente había colocado mi short y playera así que me fue fácil vestirme. El número de asistentes era prácticamente el mismo, pero si noté chicos que habían llegado mucho después que yo. Alguien había quitado la colcha de la cama y la había tirado echa bola en el recibidor. Supuse que se había ensuciado con excremento.

Conclusiones del capítulo 4

Este cuarto y último capítulo registra más el trabajo etnográfico realizado en la presente investigación. Por ello denota no solo el acercamiento al consumo de cristal sino y sobre todo su interacción con el ejercicio de la sexualidad de los colaboradores.

Parto de establecer que la sexualidad con consumo metanfetamínico en la ciudad de Puebla es dinámico, móvil, vinculado a complejas estructuras y orientado por el placer sexual que experimentan los chicos. De esta manera, sostengo la existencia de rutas de consumo y sexo, que inician desde diferentes espacios urbanos que dan cabida a una movilidad erótica y que hace que los sujetos se trasladen para continuar con los encuentros placenteros.

Tales rutas están pensadas no solo desde el encuentro sexual con otros varones sino que también y a la par con el abastecimiento de metanfetamina que al ser una sustancia prohibida requiere de la vinculación con los proveedores los cuales forman parte de las estructuras del crimen organizado en su modalidad de narcomenudeo en la ciudad.

Las narraciones de los colaboradores en ese sentido, dan cuenta del empeño que las estructuras del crimen organizado ha puesto a un sector de compradores que parece importante para su mercado, estrategia que entre otras cosas sostiene la ficción de que sus compradores no corren ningún *peligro* durante la transacción ilegal. En esas turas de sexo y consumo existe el papel fundamental de las tecnologías digitales materializadas por medio de las aplicaciones de ligue, por medio de las cuales no solo se realizan los contactos sino también la proveeduría de metanfetamina.

En las jornadas de sexo con cristal, que pueden durar hasta días, se despliegan múltiples formas de consumir la sustancia, su uso con otras para el sexo y las significaciones que se habilitan a partir de este uso y formas de consumo: el inyectarse el cristal se diferencia de su versión fundada a partir de una serie de significaciones donde el consumo intravenoso es considerado como *la carencia del control de la sustancia* y permite una lectura estratificada de quienes se inyectan la metanfetamina.

Pero también esta enseñanza compartida en el uso del cristal visibiliza ciertas prácticas que pueden entenderse como de cuidado, al utilizar la sustancia buscando minimizar los efectos desagradables en la garganta y nariz.

En ese sentido me parece importante que este capítulo en especial da cuenta de prácticas de sexo y consumo que parecen no importar para las lógicas de gubernamentalidad pero que si son importantes en la vida de los sujetos. Y en ese orden de ideas es el placer el que toma una centralidad. ¿Qué implica la vinculación del sexo con el cristal? mucho más que la prolongación del tiempo de placer, lo cual es decir ya demasiado. También posibilita un sexo desinhibido, cualidad que comparte con otras sustancias pero que con el cristal se habilitan otras cosas: visibiliza la performatividad de los roles sexuales en las prácticas

sexoafectivas entre varones, se sostiene de la indetectabilidad a VIH como una forma de posibilidad, expone el carácter político de tales prácticas, aunque parezca que es un sexo que se enfoca y promueve una versión genitalizada del ejercicio sexual, al mismo tiempo da cuenta que no es una práctica uniplacentero.

La etnografía del motel referido, como un punto clave para el sexo con cristal en la capital poblana, da cuenta de las particulares dinámicas de ligue dentro de este espacio, el uso de las aplicaciones digitales para encuentros entre varones, el uso de la discreción y una imagen heterosexualizada del motel, las vinculaciones con los proveedores y el papel que el espacio opera dentro de las jornadas del sexo con cristal.

En ese sentido, propuse una reflexión a partir de la confianza y la desconfianza como afectos políticos que denotan la ficción de una confianza prediscursiva que en realidad esta sostenida por la interseccionalidad de los sujetos. En el motel, la desconfianza se materializa dentro de las experiencias de los colaboradores, a través de sus temores por ser *chichifeado*, es decir, que abusen de ellos consumiendo su cristal. También temen que sus pertenencias personales y su dinero sean robadas. Pero al mismo tiempo temen que sus compañeros ocasionales les puedan violentar si pestos se encuentran muy intoxicados por la sustancia o presentan ya secuelas por el consumo.

La interacción del sexo con cristal se refleja en los rostros de algunos de los colaboradores. Marcas que son significadas como rasgos distintivos de aquellos que consumen la sustancia en el sexo y los que no. Ello parece marcar una división de los cuerpos, que por un lado estigmatiza pero por otro es leído como una *posible compañía sexual que no tendrá cohibición ni juzgará la práctica del consumo metanfetamínico*.

La vinculación del ejercicio sexual con el cristal apertura espacios de encuentro como la orgia registrada en este capítulo. El placer sexual circula de múltiples maneras en este escenario y permite entenderlo como algo *undergroud* que despliegue múltiples posibilidades.

Este último capítulo de alguna manera arrastra y articula las discusiones de los tres anteriores, mismas que serán displayadas en las conclusiones finales de esta tesis.

-

Conclusiones generales

Como la gran mayoría de los trabajos doctorales, esta investigación partió de una inquietud. Pero no solo fue una inquietud académica proveniente de un trabajo de escritorio o de observaciones de campo. Este trabajo partió más bien de una inquietud que se vincula con lo afectivo: vivir en primera persona las complicaciones por el consumo de una sustancia psicoactiva por parte de un ser querido y al mismo tiempo compartir con él la vivencia del VIH, estar ambos bajo tratamiento ARV y abrazar el deseo homosexual.

Cierto es que como dije en la introducción, a lo que puedo llamar aquí como una *inquietud sentida* se articularon mi poco o mucho contacto laboral en el tema de las adicciones, así como habitar en espacios académicos en donde he podido escuchar, aprender, leer e investigar en torno a la sexualidad entre varones y sobre las vivencias VIH.

No obstante a lo largo de cuatro años de realización de este trabajo, tal inquietud con todo y sus complejidades, se fue desarrollando y modificando por medio de muchos intentos, búsquedas, frustraciones, esfuerzos y decepciones que incluyen al llanto y la tristeza pero también la alegría, el asombro y la satisfacción. Todo hasta decidir que la mejor manera para abordar la problemática era preguntando por *la forma en que interactúan la sexualidad entre varones, los tratamientos para VIH/sida y el consumo de la metanfetamina, teniendo a la entidad poblana como contexto geográfico y social*.

Uno de los mayores esfuerzos para constituir la pregunta de investigación fue intentar salir de lógicas binarias y dicotómicas y poder comprender los matices, las contradicciones y las tensiones donde se ubican tal interacción. Intentos que siguen vigentes porque habrá que reconocer que el pensamiento dicotómico y esencialista forma parte de la lógica de nuestras sociedades contemporáneas, por lo que significa un esfuerzo constante y continuo. Pero además de ello, me parece muy valioso que ésta haya sido la pregunta general porque permite vislumbrar el registro cotidiano de las vivencias de los varones que gustamos del sexo entre nosotros, que abrazamos el deseo homosexual, que vivimos con el virus del VIH y que algunos de ellos ejercen su sexualidad de formas determinadas, en este caso con el uso de una sustancia como el cristal. Se trata pues de la vida cotidiana de algunos maricas, jotos o putos que al mismo tiempo también han sido tachados como *cricosos, cricos, cristaleros* pero también *bichudos* (o *Vhichudos*) y hasta sidosos, y que eso les posiciona en un lugar muy distinto a otras vivencias gais y por lo tanto corporal y subjetivamente afectados de maneras específicas, lo cual es necesario nombrar, registrar, reconocer y reflexionar.

En ese sentido, considero que uno de los principales aportes de mi trabajo radica precisamente en la utilización del enfoque auto etnográfico como un posicionamiento que no solo funciona como una herramienta de escritura que me ha permitido aprovechar mi vivencia sino que también representa una escritura política.

Me gusta mucho cuando Mary Luz Esteban (2004) refiere que la escritura auto etnográfica es una forma de cuestionar los modelos hegemónicos del registro antropológico, porque desafían la idea positivista de que la etnografía solo captura la experiencia del otro o

la otra. Y que las afectaciones de la o el investigador quedan solamente como una suerte de *aderezo* de la observación etnográfica.

La autora considera además que por medio de la *antropología encarnada* es posible registrar la experiencia corporal propia dando cuenta al mismo tiempo de los fenómenos culturales y estructurales, pues se utiliza a la experiencia corporal como método e incluso objeto de análisis. Al mismo tiempo la *auto etnografía* permite una narrativa personal que sirve como vía para comprender lo social. Aunque cabe agregar que la misma Esteban refiere que ambas herramientas se entrelazan pues la autoetnografía puede ser una vía metodológica dentro de la antropología encarnada.

Creo que algo muy valioso de enunciar para el caso de esta investigación es que después de utilizar este enfoque, sentí que mi vinculación con los chicos colaboradores fue distinta. El no ser un usuario de sustancias psicoactivas me había mantenido con cierta distancia afectiva, la mayor parte del tiempo mediada por el miedo y el desconocimiento. Me parece que esto queda muy evidente a lo largo de la investigación en muchas de mis narraciones al acercarme a ciertos lugares como el motel Del mar o encontrarme con ciertos chicos que realizaban en ese momento prácticas de consumo.

Pero reconozco que el ir redactando y pensando en primera persona generó una suerte de cambio porque fue muy provechoso – y hasta terapéutico- para mí, reconocirme como un cuerpo afectado/constituido por la problemática misma. No es que ahora yo me sienta identificado desde la interseccionalidad de los muchachos, más bien creo que el reconocer en qué puntos nuestras vivencias se iban cruzando, y reconocer a la vez que son varios esos puntos donde nos vamos interconectando, de alguna manera acortó esa distancia afectiva porque caí en cuenta que compartimos muchas de las preocupaciones, necesidades y ansiedades, pero al mismo tiempo ellos, directamente o a través de sus narraciones, me obligaban a ver ciertos aspectos en torno al uso de sustancias, los tratamientos ARV y el vivir con VIH, que no me había cuestionado con anterioridad.

En ese mismo sentido, el enfoque de la *antropología encarnada* me ha permitido dar cuenta de cómo interviene esa *inquietud afectiva* de la hablo al principio de estas conclusiones, en la construcción de una investigación. Esa preocupación y angustia encarnadas al experimentar el acompañamiento de un ser querido que está viviendo malestares por el consumo de cristal y además se encuentra inmerso en procesos de cuidado y atención al VIH - sin contar que su experiencia forma parte de la misma investigación- no es simplemente un pormenor, un contra tiempo o un acontecimiento que se cruza y sucede en el tiempo en el que se está realizando un trabajo investigativo sino que más bien es una experiencia que otorga un posicionamiento incluso político frente a la problemática que se está estudiando e incluso una suerte de filtro que siempre está ahí cuando se realiza observación etnográfica o se escuchan las experiencias de los colaboradores.

Cuando yo escuchaba las historias de los chicos, ya sea directamente o cuando las escuchaba en las grabaciones, era inevitable ir las cruzando con mis propias experiencias y con mi complicado acompañamiento con Pancho y sus malestares por el consumo de cristal. Pero ¿y luego que hacía yo con esas comparaciones y los afectos que circulaban? En algún momento se me había enseñado, desde un enfoque clásico de la etnografía, que este tipo de afectaciones como investigador por supuesto que quedaban registradas en el diario de campo. Pero al final se quedaban ahí. Y creo que desde la antropología encarnada y la auto etnografía lo que sucede es que se logra reconocer cómo estos sentires de la o el investigador van haciendo algo en los procesos de investigación y forman parte de él, por lo que se vuelve necesario e incluso justo intercalarlos y darles su lugar en la redacción final del trabajo.

Y eso me parece sumamente valioso, porque en este texto se intenta exponer que los problemas y asuntos de los varones homosexuales que vivimos con VIH y además de los que consumen cristal, resultan mucho más complejos que enunciarlos como una *problemática de salud pública* porque tienen un registro cotidiano en el orden de lo afectivo y en el orden de lo vinculatorio.

En ese sentido, busqué en todo momento que mi mirada estuviera presente en la forma en que recopilé las narrativas, las escuchas, intentando fueran sin juicio, y poder interpretarlas con eso que yo entiendo como respeto. Buscando o por lo menos acercándome a una forma cuidadosa y apelando a la ternura que espero atraviese todo el texto.

Mi intención fue acercarme con una narrativa buscando no juzgar las experiencias de los colaboradores pero tampoco idealizarlas. Nombrar lo que duele, tanto a mí como a los colaboradores, lo que se desea, lo que se oculta, lo que excita y lo que genera placer y lo que ese placer habilita. Y traté de hacerlo desde una posición que reconociera la complejidad del fenómeno. Intenté que ésta fuera una investigación crítica pero también afectiva, tanto en el sentido de reconocer el papel e influencia de los afectos, como en buscar que el o la lectora se sientan *afectadas* al leer este trabajo.

No sé si lo logré. Pero en lo que sí hice un mayor esfuerzo y es mi deseo reconocerlo, fue en crear una escritura honesta. No estoy hablando desde la idea de honestidad como un valor de las sociedades modernas que glorifica a la persona que lo utiliza. Mas bien al contrario. Creo que el uso de la auto etnografía para redactar una investigación exige el reconocimiento de ciertos aspectos que resultan poco agradables para el propio investigador o investigadora: prejuicios, miedos, debilidades y errores del presente y del pasado, arrepentimientos y hasta heridas emocionales, necesidades y carencias.

Incluso reconocer ciertas máscaras que la o el investigador va utilizando al momento de dar forma al trabajo, o por lo menos eso fue lo que yo encontré cuando me bloqueaba en la redacción. Muchas veces me sorprendí tratando de crear un texto presuntuoso, intentando ser más académico. Pero caía en cuenta que eso no me sirve a mí. Y es importante reconocer que es lo que no le sirve a cada uno o una de nosotras. Por eso me gustó la honestidad que

implica tanto la auto etnografía como la antropología encarnada aunque ello represente un *desnudo escrito* de mi historia personal plasmada desde mi posición como investigador de este texto, pero también como sujeto inmerso en la problemática. Aquí entonces cabe reconocerse a uno o una misma desde la multidimensionalidad, la interseccionalidad y que es además justo no soltar el reconocimiento de cada una de estas dimensiones: la que investiga, la que vive con VIH, la que obedece o reta el tratamiento ARV, la que no es usuaria de cristal, la que acompaña a quien si lo es, la que rechaza el discurso médico pero al mismo tiempo recurre a él y a su atención institucional, la que es un cuerpo sexuado en un contexto de ejercicio sexual.

La pandemia del VIH/sida como un fenómeno generacional

Con todo ello, inicié en el primer capítulo con una narrativa de la pandemia del VIH/sida que buscara articular tres niveles de análisis: uno histórico, otro biopolítico y un tercer registro subjetivo y personal, buscando que mi voz no solo narrara sino que también se mostrara implicada, un escritura que intente ser crítica y que la vuelva más que académica, encarnada.

Reconozco que mi primera intención fue hacer solamente un contexto general que me sirviera como inicio, porque consideré que el tema del VIH era el más complejo de los elementos en la problemática que estaba planteando. Aun ignoro si tuve razón o no, si fue una decisión acertada o no, pero gracias al ejercicio de leernos entre nosotras y nosotros mismos en los espacios de seminario del doctorado, considero que el uso de la autoetnografía me permitió entrelazar en la escritura una vinculación entre los distintos niveles de lo social (cotidiano, regional, nacional y mundial) lo cual me parece sencillamente muy bonito e interesante.

Considero que ese es un primer aporte de mi trabajo: es posible, con las herramientas epistemológicas adecuadas, hacer un registro entrelazado de un acontecimiento social y estructural tan complejo como una pandemia, que permita dar cuenta de cómo afecta tanto en un nivel macro como en el registro cotidiano y en el subjetivo. Pero además me parece que este ejercicio es importante porque visibiliza las condiciones sociales generadas a partir del propio avance de la pandemia y las estrategias y logros biomédicos para hacerle frente, así como las decisiones políticas que se han ido tomando. Todo ello determina también el escenarios donde los sujetos nos movemos con relación con este padecimiento.

Con tal narrativa traté de demostrar que la pandemia del VIH/sida en países como el nuestro, no se trató solo de un evento clínico, sino que al mismo tiempo opera como un *fenómeno social/generacional*, es decir, que la pandemia deja una huella particular en las

generaciones de poco más de cuatro décadas a la actualidad, y que como fenómeno generacional tiene una capacidad productiva de subjetividades.

Pensándola como algo generacional, la pandemia referida se vincula de formas diferenciadas con los sujetos. No serían las mismas experiencias de las generaciones que vieron el ejercicio de su sexualidad en su juventud, adolescencia y madurez, truncado por la llegada del virus y el pánico que ésta desató, la muerte de sus amigos y amores, o incluso padecer en carne propia los diagnósticos positivos, las infecciones oportunistas, las sospechas de infección y la cercanía con la muerte. Tampoco la discriminación social, el rechazo familiar y hasta la falta de atención sanitaria pueden ser planteadas como experiencia compartidas por todas las generaciones. Se trató entonces de una generación cuyas experiencias son distintas por ejemplo de quienes crecimos junto con la pandemia.

En ese sentido recalco la existencia de una generación que fue construyendo su identidad sexual y afectiva a la par del avance de la enfermedad y de los descubrimientos científicos y farmacológicos frente a la misma, pero también de los prejuicios, las diferentes formas de discriminación y el rechazo. Una generación que creció de la mano del pánico de una enfermedad mortal adjudicada a un deseo que se sabía interiorizado en muchos de los casos desde la infancia: el deseo homosexual. Que vivió su adolescencia e inicio de su sexualidad activa bombardeada de acciones preventivas sobre todo en la promoción del uso del condón, estrategias que hacían circular el miedo y la idea de la *sexualidad como riesgo* (List, 2014), para luego crecer con el devenir de la enfermedad de una sentencia de muerte a una condición crónica.

Y en ese mismo sentido, las experiencias de estas dos generaciones citadas, por supuesto que son muy diferentes de quienes nacieron y crecieron con la presencia establecida del condón y luego la disminución de su centralidad por la apuesta farmacológica o las generaciones que crecerán de la mano de la indetectabilidad, los tratamientos post y pre exposición o incluso en un futuro de una vacuna o los avances biomédicos que logren la eliminación total del virus en el organismo.

En ese orden de ideas, uno de los puntos que me ha interesado destacar de esta forma generacional de la pandemia referida, fue la manera en que ciertas *infancias maricas* se fueron constituyendo y al mismo tiempo sostuvieron las significaciones de su sexualidad. El hecho de crecer de la mano de la pandemia reconociéndose desde el deseo homosexual, la expresión femenina y el no sentirse parte de la heteronorma, sumó la sentencia de una enfermedad mortal que parecía propia de una identidad que se estaba encarnando. Esto me parece de suma importancia porque tales infancias no solo se sentían *fuera de lugar* y señaladas a partir de su deseo, sino que además existía una amenaza con forma de enfermedad mortal, riesgosa y contagiosa. Y esto resulta muy importante porque parece formar parte de la constitución subjetiva que vincula a los cuerpos de varones homosexuales con la posibilidad de infección a VIH/sida, discusión que emerge de manera constante en estas conclusiones.

Cabe aclarar que esta mirada generacional que propongo no busca homogeneizar generacionalmente, porque eso sería caer en esencialismos. Mas bien, lo que pretendo es dar cuenta de que en la producción de subjetividades y en las experiencias particulares, la pandemia del VIH/sida forma parte de las condiciones estructurales que contribuyen a dar forma a esos cuerpos, subjetividades y prácticas sexuales de manera generacional. Porque la distinción entre generaciones que crecieron con la pandemia del VIH/sida y otras que la enfrentaron en distintos momentos y desde distintos posicionamientos, resulta clave para entender cómo se vive, se nombra e incluso cómo se oculta el virus, tal como se narra en su momento tanto en mi historia como en la de algunos colaboradores.

Ahora bien, a partir de la reflexión sobre cómo se fueron produciendo las subjetividades y corporalidades que crecieron a la par de la pandemia, y como estas vinculan al cuerpo homosexual con el padecimiento, algo que me interesó en particular fue la forma biopolítica en que se constituyó la prevención del VIH/sida en países como el nuestro. El auge del condón en los años 90 me parece que puede pensarse con el concepto de dispositivo Foucaultiano (1977): fue una estrategia eficaz ante la disminución de casos positivos, pero también una herramienta que ha funcionado entre otras cosas, para la invisibilización de vivencias VIH.

En ese sentido planteo que uno de los efectos de la gran difusión del uso del condón y otros mecanismos preventivos ha sido la invisibilización de la vida después del diagnóstico. Si el objetivo de las estrategias de prevención ha sido evitar que la gente llegue a un diagnóstico positivo a VIH, éste se significa como el final del camino, como si no hubiera vida después de él. Es el punto que se quiere evitar, por lo tanto se utiliza al miedo adherido a este acontecimiento y se invisibiliza la vida de las personas que hemos cruzado ese diagnóstico.

Y esta invisibilización no es solamente un ejercicio biopolítico violento para quienes vivimos con el virus, sino que también tiene repercusiones en los casos de reciente infección. En varias de las experiencias recopiladas en esta investigación, el momento del diagnóstico positivo a VIH resultó angustiante porque se desconocía de los medicamentos ARV y su funcionalidad. Tampoco se sabía plenamente de la condición indetectable o bien de la atención institucional a VIH/sida y la proveeduría gratuita de los medicamentos. O en todo caso, se desconocía el procedimiento para la adscripción al TARGA. De esta manera, en la gran mayoría de la experiencia de los colaboradores no se conocía plenamente la actual condición crónica del padecimiento.

Ahora bien, no es que la lógica preventiva sea la única razón de la invisibilización de las vivencias VIH, pero si considero que es un factor importante para ello. Habría también que considerar si desconocer de la sobrevida con VIH bajo tratamiento funciona como una medida de prevención, en el sentido que sigue haciendo circular al miedo adherido al diagnóstico positivo, aunado a que *devenir* en un sujeto que vive con VIH implica también estar inmerso en estructuras de violencia y rechazo por serofobia.

No es que las vidas VIH no importemos del todo. Prueba de ello es el enorme arsenal farmacológico que sostiene avances como la indetectabilidad, así como los programas internacionales de atención y apoyo al padecimiento, aun cuando éstos *tiemblen* ante contextos como la llegada de gobiernos neoconservadores y de ultraderecha. No obstante me parece importante reflexionar sobre la importancia de hablar de las vivencias VIH y sus tratamientos, quizás en contextos de la educación sexual integral, que disminuya la invisibilización de las personas que vivimos con el virus sin que esto se considere algo que promoverá la tasa de infecciones o el descuido de los métodos de prevención. ¿Qué impacto tendría en cuanto prevención y acciones frente al VIH/sida si las vivencias VIH fueran expuestas con mayor presencia y lejos de las narrativas victimizantes que suelen colocarlas como vidas perdidas y autodestruidas?

El VIH como trauma social

En el segundo capítulo comienzo a presentar de manera más profunda a los colaboradores y sus historias. Si las experiencias de los muchachos pueden ser entendidas desde la idea generacional frente al VIH/sida, me interesaron sus narraciones acerca de sus procesos de sospechas de infección, así como su diagnóstico y adscripción a los tratamientos ARV.

Mediante las narraciones de los chicos, reflexiono sobre la condición de la sospecha desde un registro político. Planteo que la acción de sospechar y auto sospechar en este caso de estar infectado por VIH, es una lectura política de un cuerpo. Ya sea de una autoridad clínica sobre su paciente o de un igual a otro o hacia uno o una misma. Y es política porque se lee como cuerpo gai y por lo tanto históricamente vinculado de alguna manera al VIH/sida. Y precisamente esto es lo que da cuenta de la presencia del VIH como *una constante cultural e histórica* en el cuerpo *varón homosexual*. Es decir, la presencia de sintomatología como las infecciones oportunistas en un cuerpo gai, remonta generalmente a la sospecha de una infección por VIH lo que da cuenta de una vinculación histórica entre el padecimiento y estas corporeidades, estableciendo un vínculo histórico/político desde el prejuicio.

Además de ello, las narrativas de los chicos permitieron quebrantar varias creencias que suelen ser poco cuestionadas o que son sostenidas por discursos legitimados. En primer lugar cuestionan la creencia de que la sospecha de padecer enfermedades como el VIH, orienta a los sujetos para la confirmación del diagnóstico. No necesariamente opera así. Incluso con la presencia de infecciones oportunistas y malestares corporales, no siempre las personas desean confirmar sus sospechas de enfermedad. Por el contrario, en el caso del VIH, las narraciones refieren un alejamiento del diagnóstico principalmente porque de ser positivo confirmaría no solo una condición VIH, sino que ello implicaría la confirmación de ciertas

prácticas por las cuales los sujetos se sentirían juzgados; haber sido infiel, haber tomado malas decisiones, no haber aprovechado los espacios de educación y enseñanza, etcétera. En ese sentido el diagnóstico positivo a VIH no solo confirma el padecimiento sino que activa mecanismos de juicio hacia los sujetos.

Esto es importante de destacar, porque de acuerdo con algunas instituciones estatales como el INEGI, el diagnóstico tardío resulta ser una de las principales causas en el país de las muertes relacionadas con el VIH/sida. pues según sus datos en la mayoría de los casos no se supo de la portación del virus hasta estar en la fase de sida, además de que hasta un 40.3% de estos casos no estaban afiliados a ninguna institución de salud.

Las experiencias registradas en este trabajo también quebrantan otro supuesto bastante popular: la relación causal entre las drogas y las infecciones por VIH y otras ITS. Las narraciones de los muchachos exponen que en algunos casos el uso de psicoactivos como la metanfetamina no siempre es el elemento que actúa como factor de riesgo para la infección por VIH. El no uso de preservativo y el consumo de psicoactivos durante el sexo puede ser también una decisión tomada. Y muchas de las veces tal decisión se toma por elementos que resuena en varias de las narraciones; el amor, el placer e incluso la confianza en el otro.

Esto me parece de suma importancia porque no se trata solamente de *malas decisiones*, sino que habría que considerar que el amor, el placer y la confianza son elementos culturales con los cuales la gente hace cosas y decide acciones. ¿Es posible en ese sentido contemplar estos elementos en la construcción de políticas públicas sanitarias y/o de la atención institucional a la salud? En las narraciones registradas el amor, el placer y la confianza en el otro están presentes, modulan acciones e incluso se vinculan con la relajación de los considerados métodos o prácticas preventivas frente al VIH, porque también ponen en tensión a los contextos socialmente considerados como seguros.

Resulta muy potente la narración de uno de los chicos cuando refiere que estando en una relación de pareja monogámica fue cuando se relajaron medidas como el uso del preservativo y la realización de pruebas rápidas semestrales tal como lo aconsejan los organismos sanitarios. Su infección sucede en este contexto y me parece que es una dura crítica a la idea de la pareja monogámica que históricamente se ha establecido como un modelo seguro de habitar frente al VIH/sida. En ese sentido resulta valioso no solo reconsiderar a la monogamia y la fidelidad entre pareja como medidas ideales de prevención, si también pensar que en otros modelos de relaciones sexo afectivas existen mecanismos de prevención que no están siendo considerados por provenir de modelos vinculativos que socialmente no son del todo aceptados.

Y la misma experiencia de este chico también permite cuestionar la idea de que la información es la clave para la prevención del VIH/sida. Desde el capítulo uno había planteado que aunque resulta importante contar con información certera y eficaz en torno al padecimiento también es imprescindible reconocer que para muchos grupos sociales el

acceso a tal información es deficiente. O bien acceden a ella de forma parcializada. Pero además, en el caso de este colaborador, que contaba con información al haber realizado acciones activistas de prevención, no impidió la infección por VIH. Como se acaba de señalar, otros escenarios donde se ubican factores como el amor, habilitan también la vulnerabilidad a la adquisición del virus.

En ese sentido propongo el concepto de *información centralizada* para dar cuenta de un tipo de acciones enfocadas a la prevención del VIH que constan en difundir información al respecto pero que terminan siendo limitadas, sesgadas o bien que excluyen datos como los tratamientos ARV, los espacios de atención institucional, la eficacia de los medicamentos, la condición indetectable, su capacidad de intransmisibilidad y que dicha información centralizada forma parte de los factores que influyen en el desconocimiento del estado serológico de las personas, que como se mencionó es una de las principales causas registradas de los fallecimientos actuales relacionados con el VIH/sida en nuestro país.

Ahora bien, si como se expone en las experiencias de los colaboradores el diagnóstico positivo a VIH no es la terminación de la vida, ¿Por qué en la mayoría de los casos registrados se sigue viviendo desde el sufrimiento? En ese sentido realizo una reflexión que intenta ser interseccional al dar cuenta del único caso documentado en este trabajo en el cual el sujeto no sufrió el diagnóstico como los otros chicos. La reflexión gira en torno al capital cultural, social, económico y hasta erótico del colaborador: una carrera universitaria, un empleo bien remunerado que le permite viajar por el mundo, padres profesionistas en el ámbito de la salud, círculos de amistades que viven con VIH y bajo tratamiento, conocimiento de los tratamientos ARV y de la indetectabilidad y una corporalidad blanca y culturalmente atractiva. Una interseccionalidad que aparentemente le permite al sujeto no vivir su diagnóstico desde el sufrimiento o por lo menos no como el resto de los colaboradores. En ese sentido reflexiono sobre cómo la interseccionalidad de los sujetos está relacionada con el sufrimiento ante el diagnóstico positivo a VIH y por lo tanto modifica su vinculación con el padecimiento y el virus.

Pero también termino el segundo capítulo proponiendo una forma de entender al VIH y su condición pandémica. Una manera vinculada a la idea generacional del primer capítulo. Si cada generación tuvo un impacto singular frente a la pandemia, tal impacto permite considerar al padecimiento como un *trauma social* en diálogo con Cvetkovich. Un trauma social que acompaña a las vivencias gays en territorios como el nuestro y que de alguna manera ayuda a entender el por qué las lecturas políticas y prejuiciosas de los cuerpos homosexuales frente a la sospecha y/o frente a infecciones oportunistas. También ayuda a la comprensión del porqué de la existencia de mecanismos punitivos que se activan en la confirmación del diagnóstico positivo a VIH. Por qué de las vivencias dolorosas y desde el sufrimiento ante el diagnóstico positivo aun sabiendo que actualmente se trata de una condición crónica y no de una mortal.

Si la idea de trauma en general, explica por qué los cuerpos replican los sentires dolorosos de acontecimientos vividos en el pasado, pensando al VIH como un trauma social, es posible entender un poco más esos sentires dolorosos de los sujetos frente a una condición sanitaria crónica, que aun cuando no se haya vivido como un acontecimiento fatídico en la historia de su propia vida, si es un elemento que acompaña a los sujetos como *sujetos sociales e históricos*, como sujetos homosexuales.

Pero además, y eso me parece de suma importancia y belleza, ese trauma es doloroso también para los acompañantes. El VIH como acontecimiento traumático generacional, cultural e histórico, parece también haber dejado una huella del dolor vivido por algunos de los círculos familiares y amistosos de los cuerpos homosexuales afectados por el sida. Ante el diagnóstico, parece no solo activarse el dolor histórico del paciente, sino también de sus círculos de sostén, una especie de dolor compartido que por lo menos en los casos registrados en este trabajo, movilizan a los sujetos acompañantes – amistades, parejas, tías, madres y padres, abuelos, hermanos y primos- en la búsqueda de alternativas, adscripciones a tratamientos e instituciones sanitarias, incluso se acercan a la información del padecimiento y derechos de los pacientes. Y esto resulta importante de destacar porque estos sistemas forman parte también de la recuperación del paciente luego de la notificación del diagnóstico positivo a VIH así como en su proceso de adscripción al tratamiento ARV y en general de la capacidad y herramientas para continuar con su vida.

La indetectabilidad como eso que sostiene a la sexualidad de los colaboradores

En el tercer capítulo lo que intenté con los chicos fue tejer las observaciones de campo realizadas en el CAPASITS Puebla con sus experiencias en cuanto a su atención sanitaria articulada a su consumo de metanfetamina. Lo que me interesaba saber era la manera en que los colaboradores se movían como sujetos usuarios de cristal frente a su tratamiento ARV.

Por ello partí de considerar a la clínica en diálogo de nueva cuenta con Foucault (1977) como un dispositivo sanitario de control corporal y utilizando su concepto de gubernamentalidad para comprender los procesos de adherencia al medicamento ARV y en general a todo el llamado tratamiento integral.

Aquí retomo un hallazgo del capítulo uno. Como mecanismo de control corporal, la atención institucional en espacios como el CAPASITS Puebla había modificado sus estrategias ante la imposición de la indetectabilidad como un modelo sanitario en el 2011. Antes de este acontecimiento en las consultas se utilizaba la narrativa de una muerte tardía pero inminente a partir de la entonces eficacia de los medicamentos. Con esta estrategia el paciente consideraba que el poco tiempo que le quedaba debería ser utilizado para mejorar

su vida, recomponer su camino y dejar algo de provecho a su muerte. Pero con la llegada de la indetectabilidad esto dejó de ser funcional. Por ello se constituye la figura del *buen paciente* que debe apegarse al tratamiento integral y a la adherencia del ARV con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

El producto final de las prácticas del buen paciente es la indetectabilidad. Con ella se confirma que se están llevando a cabo las recomendaciones clínicas porque da cuenta de la adherencia al ARV.

En ese sentido la adherencia al medicamento funciona como un mecanismo de gubernamentalidad toda vez que no solo busca el control de las conductas de los pacientes mediante las recomendaciones clínicas y el seguimiento médico, sino que también nos asigna determinados espacios y nos coloca en posicionamientos jerárquicos que sostiene los discursos clínicos.

Planteo entonces a la condición indetectable como un *régimen de promesas*. La indetectabilidad promete una serie de cosas como vivir una vida como antes de la infección, promete no lucir una corporalidad enferma, es decir, sin los estigmas que históricamente han sido usados para señalar a las corporalidades VIH/sida. Promete también la idea de una vejez y por lo tanto de una futuridad. Y son promesas que llegan a funcionar y a suceder pero que además son sentidas por los sujetos como realidades palpables aunque, como se acaba de mencionar, algunas de ellas instalan en el futuro.

No obstante una de las cosas que también habilitan estas promesas es la generación de estratificaciones entre los cuerpos que logran la indetectabilidad por encima de aquellos que por diversas causas e incluso *decisiones* se mantienen detectables a VIH. Remarco aquí el término decisiones, porque en el texto se da cuenta de aquellas posturas de rechazo a la medicalización y la condición indetectable muchas de las veces como un elemento erótico (los *bugchaser* o *cachabicho*) pero también se registra la experiencia de uno de los chicos que decide suspender su tratamiento de manera temporal, y también habrá que tomar en cuenta los casos en los que por diversas razones los pacientes deciden abandonar el tratamiento. Según algunas instituciones sanitarias como OPS, algunas de las razones para tal abandono pueden ser los malestares derivados de la ingesta del ARV. Todo ello sin invisibilizar las situaciones estructurales y de determinantes sociales que imposibilitan el acceso al medicamento para algunos sujetos.

Pero en contradicción, la indetectabilidad es también aquello que sostiene a muchas de las prácticas sexuales de los colaboradores. En la discusión del *sexo a pelo* o el sexo sin condón, los chicos refieren que es la indetectabilidad lo que les permite hacerlo. Sin ella, difícilmente se animarían a realizar prácticas de sexo sin preservativo y/ o con uso de sustancias como el cristal.

Sin duda, habrá muchas corporalidades detectables que optan por el sexo a pelo y/o el uso de metanfetaminas como prácticas placenteras, pero los testimonios de los colaboradores

de este trabajo, al referir que es la condición indetectable mucho de lo que sostiene sus prácticas placenteras da cuenta principalmente de dos puntos. Por un lado, las prácticas como el sexo a pelo son consideradas como un privilegio que socialmente se encuentra limitado para ciertos cuerpos, entre ellos y bajo cierto registro, los cuerpos VIH indetectables.

En ese sentido propongo que prácticas como el coger sin condón, en las narraciones de los chicos sostienen su eroticidad en ese registro de privilegio, pues dicha práctica parece ser significada como un placer que fue arrebatado por la pandemia del VIH/ sida y que con la indetectabilidad deja de ser exclusiva del sexo monógamo y reproductivo que sería el contexto socialmente ideal para dicha práctica sexual.

En ese sentido y como segundo punto, me pareció muy interesante la tensión o contradicción que se establece cuando algunos de los colaboradores dejan ver que para violar la recomendación clínica de coger solo con preservativo, se hace necesario apegarse al tratamiento ARV con el objetivo de lograr la indetectabilidad, condición que sostiene la realización de prácticas como coger a pelo y con uso de cristal. Es decir, para romper con una norma sanitaria es necesario el cumplimiento de otra. Y es importante dar cuenta de ello porque puede concluirse que en estos casos el ejercicio de la sexualidad se convierte en un espacio donde se negocian el placer sexual, los cuidados de la salud y las recomendaciones clínicas. Durante sus encuentro de sexo con metanfetamina, entre las pertenencias de los colaboradores se encuentran las pipas y/o jeringas para el consumo de cristal pero también el frasco con los ARV.

Aunque esos no son los únicos espacios donde los sujetos llevan a cabo este tipo de negociaciones. Las propias consultas médicas en el CAPASITS Puebla también resultan escenarios de tensión para los sujetos, quienes en su gran mayoría no desean hablar de su consumo de cristal frente a su médica o médico tratando. En algunos casos los sujetos incluso temen ser sancionados con la negación del ARV si las autoridades médicas supieran de su consumo, con lo cual les haría perder su condición indetectable y con ello no solo se acercarían al fallecimiento por sida, sino que muchas de las prácticas que hoy realizan serían suspendidas.

En ese sentido los temores y el mantener en secreto el consumo de cristal en la atención institucional da cuenta, entre otras cosas, de la ausencia del placer sexual como una dimensión legítima dentro de la atención sanitaria y las políticas de salud pública.

El placer metanfetamínico como una categoría de análisis

Para el cuarto y último capítulo las reflexiones giran más en torno al trabajo etnográfico enfocado en las prácticas de sexo con consumo de metanfetamina de los colaboradores y la búsqueda del placer con la sustancia.

El primer punto de reflexión son las rutas de sexo y consumo en la ciudad. Estas rutas reflejan varias cosas. Por un lado su particularidad con respecto a otras dinámicas para el encuentro sexual entre varones. En este caso, los sujetos no solamente acuden a un antro o un lugar de encuentro y permanecen ahí durante algunas horas o hasta fines de semana ligando y teniendo encuentros sexuales con otros asistentes para luego retornar a sus domicilios. Tampoco son espacios fugaces donde la gente acude en determinadas horas incluso en los descansos previos o posteriores de sus actividades laborales y escolares.

En este caso, los espacios de encuentro para el sexo casual, antros, bares, reuniones particulares, zonas de cruising, hoteles y moteles funcionan como puntos ya sea de inicio, intermedios o finales dentro de las jornadas de sexo con cristal que pueden llegar a durar varios días.

Pero además es destacable que no solo se trata de una forma particular de experimentar el territorio y la movilidad entre éste, sino que también las jornadas de sexo con cristal dan cuenta de un uso particular de la economía legal e ilegal de la capital poblana, al establecer interacciones económicas con los diversos establecimientos recién nombrados y con el crimen organizado en su modalidad de narcomenudeo para la adquisición de la sustancia y otras más que incluso incluyen medicamentos como el sindenafilo y psiquiátricos.

Las rutas también habilitan un uso específico de las tecnologías a través de la utilización de aplicaciones de ligue como Grindr, y otras como Telegram y WhatsApp. Es decir, las rutas para las jornadas de sexo con cristal no solo fluyen por territorios geográficos sino también y al mismo tiempo por espacios digitales. Aquí resulta interesante la vinculación entre el territorio, la tecnología y la economía que a su vez se une con el registro afectivo. Es la búsqueda de experimentar un *placer metanfetamínico* lo que orienta a los sujetos de la investigación por estas rutas de las jornadas de sexo y cristal.

En ese sentido experimentar el placer metanfetamínico no se reduce solo a prácticas sexuales con el uso de una determinada sustancia. Incluye también la habilitación de rutas geográficas y digitales para las jornadas de sexo y cristal así como la interacción con el narcomenudeo el cual ha construido a su vez un mercado cuyo abastecimiento parece contar con protocolos específicos para la atención a sus clientes.

Pero también engloba la producción de un cuerpo sexuado determinado. Por una lado, este cuerpo se constituye a partir de los efectos de la sustancia. Un cuerpo sexuado y diferenciado desde los registros de la vigorosidad y el aguante para las jornadas sexuales prolongadas, con una mayor sensibilidad y excitación sobre todo enfocada en la genitalidad, así como la aceleración y prolongación del tiempo sexual, que en ese sentido podría entenderse como ruptura del tiempo lineal pues se enfoca en la intensificación y la repetición de las prácticas sexuales. Todo ello como producto del efecto de la sustancia.

Pero a su vez, esta corporalidad producto del placer metanfetamínico, emerge también de los rituales necesarios para consolidar los encuentros y es también un cuerpo que posibilita

la disolución de los límites establecidos por los roles sexuales *activo y pasivo*, denotando la performatividad de los encuentros sexuales entre varones. Roles que muchas de las veces resultan ser limitantes para el goce de los cuerpos.

Ahora bien. estéticamente, el placer metanfetamínico también produce un cuerpo diferenciado a través de lo que en el texto se denomina como *rostros de cristal* que al mismo tiempo remarca la diferenciación de los cuerpos en una categoría jerárquica que los coloca por debajo de aquellos que no son consumidores, pero también se vuelve un código de lectura corporal que de alguna manera garantiza un encuentro sexual placentero no solo por compartir el gusto por la metanfetamina, sino que ello significa una desinhibición en el ejercicio sexual.

Por otro lado, ya enfocándome en un espacio específico del placer metanfetamínico como el motel Del mar, no solo me interesó dar cuenta de las dinámicas para el encuentro en este espacio y la manera en que se articula con la administración del establecimiento y el narcomenudeo, sino que llamó mucho mi atención el tema de la confianza y la desconfianza en diálogo con Ahmed para considerarlos elementos culturales, tomando en cuenta precisamente la condición del motel como un espacio de secrecía y consumo ilegal.

En este punto me interesó reflexionar en torno a la confianza como algo no esencial de los cuerpos y las relaciones sociales, sino político y cultural. Esto en el sentido de que ciertos cuerpos son leídos de manera interseccional como confiables o como poco confiables. Pero en el motel y en las interacciones para el sexo con cristal de los colaboradores, la desconfianza se articula, por un lado, con la economía de la propia sustancia: los chicos desconfían de quien no puede proveerse de cristal y potencialmente puede aprovecharse de ellos para consumirla de manera gratuita. Ello da cuenta de que las vinculaciones en las jornadas para el placer metanfetamínico están articuladas también al poder adquisitivo de los participantes en los encuentros de sexo y a una *apropiación oportunista* de la sustancia, acción que es significada por los colaboradores desde el registro del *chichifeo*, término cargado de historia, deseo, economía afectiva y códigos sociales dentro de la historia gai. Me parece importante entender esta desconfianza desde la acción de *chichifear* porque da cuenta de que no es solo una práctica, sino incluso una categoría cultural que revela cómo se negocian el cuerpo, el placer e incluso el poder en contextos del sexo entre varones.

De esta manera, los sujetos que son leído como más confiables son aquellos que no se aprovechan durante las interacciones donde aparece la sustancia y eso no solo incluye a compañeros sexuales, sino también a los mismos proveedores del cristal. Esto me parece interesante porque podría plantearse como una suerte de negociaciones en contextos de vulnerabilidad como lo es el motel u otros lugares de encuentro donde suelen ocurrir las jornadas de sexo con cristal.

Pero por otro lado, la desconfianza también se adhiere a los cuerpos que son considerados *con problemas de consumo*. En ese sentido se activan varias lecturas. Está primero la

clasificación a partir de cómo se consume la sustancia donde los colaboradores consideran que inyectarse denota poco control del sujeto con el cristal a diferencia de su versión fumada. Y un segundo signo para este criterio es la presencia de síntomas propios de la metanfetamina como la paranoia y el delirio de persecución, la ansiedad o las alucinaciones. En ese sentido la desconfianza parece articularse con el temor de ser dañados por quien sufre los efectos desagradables del cristal o que éstos sean tan fuertes que peligre la propia vida del afectado. Todo ello dibuja los contornos corporales de aquellos que son considerados con un *consumo problemático* dentro de las mismas dinámicas de los usuarios de cristal.

Por último y para el cierre de las conclusiones de este trabajo, me parece pertinente plantear si el *placer metanfetamínico* experimentado por personas bajo tratamientos ARV podría ser considerado como categoría analítica. Esto implicaría que no solo se observara el consumo de cristal para el ejercicio sexual meramente desde un enfoque de riesgo o considerándolo como una patología. Tampoco es una propuesta que deje de lado la vulnerabilidad y el daño emocional y orgánico o la exposición por las condiciones o por sobredosis. Mas bien lo que se propone al considerarlo como tal, es buscar abrir una vía para entender cómo el cuerpo, el deseo, la temporalidad y la subjetividad e incluso la identidad se transforman con dicho placer metanfetamínico y las prácticas para conseguirlo.

Considero que las experiencias en torno a este placer sexual habilitado por el uso del cristal permiten cuestionar porqué en nuestras sociedades entendemos al ejercicio de la sexualidad – y con ello le damos forma- bajo determinados parámetros de vigorosidad, sensaciones y sensibilidad, temporalidades, aguante y potencia sexual. Al considerar que el sexo con esta sustancia desborda los límites comunes en las prácticas sexuales, es decir, significar que las prácticas donde se busca al placer metanfetamínico son extraordinarias porque escapan de lo que consideramos parámetros comunes del sexo, da cuenta de qué es y cómo es la forma de lo que solemos considerar como *ejercicio de la sexualidad*.

En ese sentido resulta también interesante pensar que, a pesar de sus diferencias, el sexo de cristal no escapa a la genitalización o la centralidad y limitación del ejercicio sexual a los genitales. Las sensaciones mayormente valoradas y ensalzadas producto de la metanfetamina parecen ser aquellas enfocadas en el pene, el ano y la eyaculación, aun cuando como se ha mencionado ya, este sexo desborda ciertos límites performativos en la sexualidad entre varones. Esta reflexión también resulta importante porque, a pesar de que en su momento el mismo Foucault consideró al uso de sustancias psicoactivas en el sexo como uno de los campos de posibilidad que pudieran abrir nuevas formas de placer sexual que escaparan a la genitalización, algo sucede en este caso que no logra *desgenitalizarse*.

Pero por otro lado, como categoría analítica, más allá de la intensidad y temporalidad de las sensaciones corporales que se ponen en tensión, también permite cuestionar nuestras vinculaciones entre el ejercicio sexual y el cuidado de la salud, pues muestra que no se tratan

de polos opuesto ni complementarios bajo ciertos lineamientos, sino más bien de espacios de negociación, tensión y hasta contradicción. Pero es precisamente bajo estos parámetros de tensión y contradicción que puede funcionar un ejercicio sexual, lo que resulta importante para reflexionar en torno a nuestras concepciones de prevención e incluso de Educación Sexual Integral.

En ese mismo sentido, cabe otra cuestión que este placer pone en la mesa: los procesos sociales y culturales para legitimar determinadas prácticas sexuales y criminalizar otras. Además también cuestiona la manera en que los capitales económicos, culturales, sociales y eróticos de los sujetos se articulan en el desarrollo de las prácticas sexuales y la vivencia de placeres a la par del cuidado de la salud. En ese sentido, me parece que es muy interesante pensar que el placer metanfetamínico tal como se expone a través de las experiencias de los colaboradores de este trabajo, permite preguntarnos qué cuerpos multidimensionales emergen a de él.

Por ejemplo, este placer genera un tipo de paciente VIH que no solo negocia su tratamiento y su placer sino que se habilitan en torno a él una serie de medias institucionales al ser considerado como una problemática de salud. Al mismo tiempo, también se genera un tipo de corporalidad VIH profundamente vinculada a la indetectabilidad, bajo las contradicciones de cuidado y autocuidado que se han expuesto anteriormente. En ese mismo orden de ideas se trata también de un tipo de cuerpo vulnerable y expuesto a determinada dañabilidad, precaridad y precariedad que sostiene además procesos de negociación y significación que le permiten moverse en búsqueda de tal placer.

Así, este placer metanfetamínico no se reduce a las sensaciones fisiológicas que como acabo de exponer también significan un campo productivo, sino que también está articulado por aspectos políticos, históricos, económicos y sociales.

Y por último - y fue intencional dejarlo al final- emerge un tipo específico de usuario de metanfetamina que dista de aquellos que consumen exclusivamente por motivos laborales y productivos, sociales o recreativos o en situación de calle y entornos violentos para sobrevivir (sin excluir a los sujetos de estos otros tipos de consumo). Es un tipo de usuario que sostiene una atención sanitaria, institucional, personal y comunitaria, en torno a un padecimiento históricamente cargado de estigma y rechazo social.

En ese sentido, permite analizar entonces las diversas categorías de consumo que puede habilitar una sustancia como el cristal y por ende pensar la existencia de formas vinculadas de rehabilitación. Este es un punto que me interesa de sobre manera y que dejo como puerta abierta para futuras reflexiones: ¿Qué papel juega el placer metanfetamínico como uno articulado a la atención VIH en los contextos de rehabilitación por *consumo problemático* de cristal?

Me parece que la manera en que termino estas conclusiones me permiten también un cierre que exponga mi posicionamiento final frente a la problemática. Por lo menos con lo hasta aquí expuesto. Creo que es prudente partir que el placer metanfetamínico genera también determinadas relaciones y vinculaciones que no se limitan al placer entre pares, sino que también se extienden a las redes en torno al cuidado y atención a la salud de los sujetos, es decir, los círculos familiares, amorosos y de amistad.

Lo expongo así porque después de varios años frente a este tema, realizando diversas actividades y en distintas condiciones que se han expuesto a lo largo de este trabajo, considero habitar en por ahora y quizás sea así por bastante tiempo, en espacios de tensión y contradicción. Como mencione antes, critico al discursos biomédico pero apelo a la atención institucional. Es más, me considero un paciente que cumple o trata de cumplir con las indicaciones médicas y confía en las promesas de la indetectabilidad. Empatizo con los enfoques de *reducción de daño* de drogas frente a los modelos prohibicionistas, pero sigo experimentando mucha angustia cuando detecto en Pancho el mínimo signo de que ha consumido, y cuando no lo hace me mantengo en la expectativa. Además considero que su internamiento en una clínica de rehabilitación con este último enfoque fue algo que le ayudó en su proceso. Mantengo mi distancia frente al consumo de psicoactivos ilegales pero abrazo los tratamientos psiquiátricos legitimados por autoridades clínicas. Escucho las experiencias de placer sexual de los colaboradores pero sigo sin considerar el uso del cristal u otras sustancias en mis prácticas y más aún, tengo mucho que trabajar emocionalmente como cuerpo sexuado que vive con VIH, situación que me sigue pesando bajo ciertos registros a casi 10 años de mi diagnóstico.

Quizás enunciarme políticamente desde la contradicción y la tensión suene a una salida fácil. Pero más bien, la apuesta sería por dejar de considerar estos espacios ambivalente como lugares efímeros y otorgarles la solidez que le dan experiencias como las que construyen esta investigación.

Referencias

- Ahmed, S. (2015). La política cultural de las emociones (C. Olivares Mansuy, Trad.). Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM. (Original publicado en 2014)
- Augé, M. (1995) Los “no lugares”: espacios del anonimato. Una antropología de la sobre modernidad. Traducción de Margarita Mizraji. Barcelona: Editorial Gedisa. ISBN: 84-7432-459-9.
- Badillo, D. (2 de Octubre del 2022). El Seguro Popular murió. El INSABI enfrenta enfermedad catastrófica y el IMSS- Bienestar no tiene claro su sustento. El economista. <https://www.economista.com.mx/politica/El-Seguro-Popular-murio-el-Insabi-enfrenta-enfermedad-catastrofica-y-el-IMSS-Bienestar-no-tiene-claro-su-sustento-20220930-0092.html>
- Báez, M. y Gallur, S. (2023). Vulnerabilidad y riesgo del trabajo sexual masculino en contextos de turismo de sol y playa en el caribe. Revisión de literatura. Universidad nacional de Colombia.
- Bauman, Z. (2002) La sociedad individualizada: Vidas contemporáneas entre la incertidumbre y la fragmentación. Traducción de María Condor. Madrid: Ediciones Cátedra. (Original en inglés: Liquid Modernity, 2000). ISBN: 978-84-376-1976-7.
- Becker, H. (2009) Outsiders: Hacia una sociología de la desviación. Siglo XXI
- Benhumea González, E. (2019). El pacto por México: una reflexión sobre el sistema precario de salud Mexicano SAPIENTIAE: Revista de Ciencias Sociais, Humanas e Engenharias, vol. 5, núm. 1, pp. 5-30, 2019. Universida de Óscar Ribas
- Bianchi, E. y Farone, S. (2019). Salud Mental, ciencias sociales e infancias. Aportes teórico metodológicos para el estudio de los diagnósticos y fármacos. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.
- Bobadilla, J. (2017). Migración y transgresiones. Sexualidades periféricas en contextos de alta migración, Calvillo, Aguascalientes. Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Bobadilla, J. (2021). Cuerpo, placer y deseo. Una mirada etnográfica al homoerotismo en Aguascalientes. Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Bourdieu, P. (1986) The forms of capital. En J. Richardson (Ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education (Nueva York, Greenwood)
- Braz, C. (2019) “Acá yo soy un pibe normal” - Narrativas sobre la espera y el acceso a derechos entre varones trans en Argentina Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), núm. 31, 2019, pp. 119-138. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ)
- Broch-D. y Ystanes, M. [eds]. (2016) Trusting and Its Tribulations: Interdisciplinary Engagements with Intimacy, Sociality and Trust. Nueva York: Berghahn Books, ISBN: 978-1-78533-099-5.
- Bruckner. P. y Finkielkraut, A. (1977). El nuevo desorden amoroso. Anagrama. Barcelona.
- Cabrera, R. [Creador] (2023). Amor de cristal. [Episodio de podcast en audio]. En Así como suena.

<https://open.spotify.com/episode/32XIYjNxp6ZqrXby5Lcmt?si=he36-aTgSbOqCcCd8BPXPg&nd=1>

- Canseco, Alberto [Beto]. (2017) *Eroticidades precarias: La ontología corporal de Judith Butler*. Córdoba (Argentina): Asentamiento Fernseh / Sexualidades Doctas. ISBN: 978-987-425-076-6. 249 páginas.
- Carrillo, E y Villegas, A. (2004). El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del sida. *Rev. invest. clín.* vol.56 no.2 Ciudad de México, abr. 2004
- Carvajal, B. (2021). Cristal, el lado oscuro del auge agrícola. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2021/06/13/economia/015n1eco>
- Castro, D. (1989). La regulación de la sangre en México: entre la salud pública y la economía moral. En *Revista Salud Pública de México*, vol. 31, núm. 6, pp. 589–596.
- Castro, E. (2004) *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Prometeo / Universidad Nacional de Quilmes, 2004. ISBN: 987-574-042-2.
- CENSIDA. (2006). *Manual de organización específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del sida e Infecciones de Transmisión Sexual*. Secretaría de Salud.
- CEPAL. (12 /07/2011). Los resultados de un innovador ensayo clínico confirman que el tratamiento para el VIH previene la transmisión del virus. <https://www.cepal.org/fr/node/43012>
- Código Penal Federal [CPF]. (1940). Artículo 199 bis
- COLMEX. (8 de mayo del 2020). Capítulo 4. El VIH en México. *Arte y activismo en el cenit de la epidemia* por Gabriela Cano. {video}. YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=qYFjvcLBLHQ&ab_channel=ElColegiodeM%C3%A9xicoA.C.
- COLNAL (25 de junio del 2024). El cristal se popularizó en el 2018 y se convirtió en la principal droga durante la pandemia: María Elena Medina-Mora. <https://colnal.mx/noticias/el-cristal-se-popularizo-en-2018-y-se-convirtio-en-la-principal-droga-durante-la-pandemia-maria-elena-medina-mora/>
- Constant, C. (2021). Sexualidad y violencia de género: algunas de mis experiencias de investigación desde lo penitenciario. En *La investigación sobre el sexo. Aportes analíticos, metodología y experiencias en trabajo de campo*. Mauricio List y Manuel Méndez coordinadores. Fides
- Córdova, R. y Pretelin, J. (2017). *El Buñuel. Homoerotismo y cuerpos abyectos en la oscuridad de un cine porno en Veracruz*. Ítaca.
- Cvetkovich, A. (2018) *Un archivo de sentimientos: Trauma, sexualidad y culturas públicas lesbianas*. Traducción de Javier Sáez del Álamo. Barcelona: Edicions Bellaterra. ISBN: 978-84-7290-893-2.
- Dean, Tim. (2009). *Unlimited Intimacy: Reflections on the Subculture of Barebacking*. Chicago: University of Chicago Press. ISBN: 978-0-226-13939-6.
- Diario Oficial de la federación [DOF]. (25 de octubre del 2022). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR).
- Espejel, A. (9 de mayo del 2024). *Metanfetamina, cristal y marihuana, las drogas más aseguradas en Puebla. El sol de Puebla*.

<https://oem.com.mx/elsoldepuebla/local/metanfetamina-cristal-y-marihuana-las-drogas-mas-aseguradas-en-puebla-13903575>

- Esteban, ML. (2004). Antropología encarnada, antropología desde una misma. Papeles del CEIC. núm. 12. Junio. (ISSN: 1695-6484)
- Farrell, G. (19 de agosto del 2023). La 4T enfrenta más de 300 demandas de pacientes con cáncer y VIH. Revista Proceso. <https://www.proceso.com.mx/nacional/2023/8/19/la-4t-enfrenta-mas-de-300-demandas-de-pacientes-con-cancer-vih-312809.html>.
- Fernández Alonso C, et. al. (2019) . Intoxicación aguda por nuevas drogas de abuso en probables casos de sumisión química oportunista o mixta y chemsex en pacientes con VIH atendidos en urgencias. Emergencias.
- Foucault, M. (1977). Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber. Siglo XXI editores. CDMX.
- Foucault, M. (1978) Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977–1978). Edición establecida por Michel Senellart bajo la dirección de François Ewald y Alessandro Fontana. Traducción de Horacio Pons. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franquet, X. y Hernández, J. (2011). Cuando Barcelona también latió a 120 pulsaciones por minuto. Barcelona: SIDA STUDI.
- Gagliolo, A. y Margulies, S. (2020). Entre el control y la incertidumbre: la producción cotidiana de la indetectabilidad. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- García, M. Et.al. (2022). La sociedad civil organizada y la lucha contra el sida en México, 1983 -2004. En *Los efectos sociales del VIH y el sida en México. Cuatro décadas de pandemia*. Miguel García Murcia, Juan Carlos Mendoza Pérez, Héctor Miguel Salinas Hernández, Coordinadores. HCH
- González J.N. (2014). Jóvenes Gay y VIH, La sexualidad después del diagnóstico. Tesis para obtener el título de maestría en Antropología Social. Colegio de Antropología Social. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Graham, G. y Plankey, M. (2023). Adherencia a la terapia antirretroviral entre personas con VIH en situación de calle. Revista médica de Georgetown. Vol. 7, núm. 1, diciembre 7. <https://gmr.scholasticahq.com/article/90758-antiretroviral-therapy-adherence-among-people-living-with-hiv-while-experiencing-homelessness>
- Hakim, C. (2019). Capital erótico. El poder de fascinar a los demás. Editorial Debate.
- Harding, S. (1998). ¿Existe un método feminista? En *Feminismo y metodología*. Universidad de Indiana.
- Hernández, B. (3 de agosto del 2019). Años 80, la llegada del SIDA, y la popularización del condón. La Crónica de Hoy.
- HIV.info. (3 de julio de 2025). Prevención del VIH profilaxis preexposición (PrEP). [Tarjeta informativa]. <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/profilaxis-preexposicion-prep>
- Ingold, T. (2007) Lines : A Brief History. Londres y Nueva York: Routledge, ISBN: 978-0-415-42687-7.
- Instituto de Salud para el Bienestar. (17 de marzo del 2022). Día Mundial del Sueño/18 de marzo. Gobierno de México <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-mundial-del-sueno-18-de-marzo>

- Jiménez, K. y Castillo, P.I. (2011). A través del cristal, La experiencia del consumo de metanfetaminas en Tijuana. *Región y sociedad* / vol. XX111 / no. 50.
- Karam Toumeh, D. (2008). El sistema de protección social en Salud y VIH/Sida. En 25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, CENSIDA.
- Langarita, JA.(2015). En tu árbol o en el mío. Una aproximación etnográfica a la práctica del sexo anónimo entre hombres. Bellatierra.
- List, M. (2014). La sexualidad como riesgo. Apuntes para el estudio de los derechos sexuales en el contexto del neoconservadurismo. BUAP.
- Magis C, et. al. (2000). El Sida en México en el año 2000. Centro de recursos de educación y salud de la UNESCO. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/2000_El_SIDA_en_Mexico.pdf](https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/2000_El_SIDA_en_Mexico.pdf)
- Magis, C y Parrini, R. (2003). Nuestra epidemia: el sida en México 1983-2002. México: Colegio Nacional. SIDA STUDI
- Márquez, E. (2025). Envejecimiento, corporalidad y relaciones sexoafectivas en varones homosexuales en la “mediana edad” de la Ciudad de Puebla. [Tesis de doctorado no publicada] BUAP.
- Martínez, A. (2023). Reflexionar a pelo: sexualidad y negatividad en la teoría queer antisocial. *Debate Feminista*, año 33, vol. 65, e2328. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones y Estudios de Género.
- Méndez, M.(2023).Silencios homoeróticos. El desastre de amar y cortocircuitos del sexo. Universidad de Leída.
- Mol, A. y Law, J. (2012). Acción encarnada, cuerpos actuados. El ejemplo de la hipoglucemia. En *Cuerpos y diferencias*. Rebeca Ibáñez Martín y Eulalia Pérez Sedeño. 2012
- Muñoz, N. (13 de febrero del 2020). El condón en México: ¿cómo llegó el globito a la fiesta? *Homosensual*. <https://www.homosensual.com/cultura/historia/el-condon-en-mexico-como-llego-el-globito-a-la-fiesta/>
- Najar, A. (9 de febrero del 2012). Metanfetamina, el productivo negocio de los cárteles mexicanos. *BBC News*. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2012/02/120209_metanfetaminas_carteles_mexico_an
- Olivares, E. y Jiménez, N. (25 de febrero del 2025). Anfetas, la droga más usada de México. *Periódico La jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2025/02/25/politica/004n3pol>
- OMS (2023) VIH y sida. *Panorama General*. https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/hivaids?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA3ZC6BhBaEiwAeqfvyhQvpzhKw3dhZ5PVxON_zt6gk1PYmNAah-uchuw92wtkWpcywnRoC54AQA_vD_BwE
- ONUSIDA. (20 de julio del 2018) Indetectable = intransmisible. La salud pública y supresión de la carga vírica del VIH. <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable>

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. VIH/SIDA. <https://www.paho.org/es/temas/vih sida>
- Ortega, JJ. Et. al. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles* vol.16 no.3 México jul./sep.
- Osorno, G. (2014). *Tengo que morir todas las noches: Una crónica sobre los años ochenta, el undergroud y la cultura gay*. México: Editorial Debate. ISBN: 978-607-312-268-9.
- Ospina, A. (2022). Personas que se inyectan drogas: del sujeto epidemiológico al sujeto de derechos. En *Los efectos sociales del VIH y el sida en México*. UNAM HCH. CDMX. (Ospina, 2022)
- Perello, R. et. al. (2018) Intoxicación aguda por drogas de abuso en el paciente VIH: papel del chemsex. https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2018_30_6_405-407-407.pdf
- Pinzón, A. [@Alainwho]. (2021, 15 de septiembre). *Texto del mensaje o una breve descripción si no hay texto disponible*. X.
- Pisani, E. (2008). *La sabiduría de las putas. Burócratas, burdeles y el negocio del sida*. Sexto piso, España.
- Ponce de león y López Zaragoza (2008) 25 años de sida en México, el tiempo en movimiento. . En *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, CENSIDA.
- Prieto, J: (2006) Desarrollo de antirretrovirales. Una carrera de fórmula 1. *Sociedad Española de Quimioterapia*. <https://seq.es/curiosidades-en-la-historia-de-los-antimicrobianos/desarrollo-de-antirretrovirales-una-carrera-de-formula-i/>
- Proal, JP. (20 de diciembre del 2005). Cambian de puesto a titular de Cisida acusada de discriminar homosexuales. *La Jornada de Oriente*. <https://www.lajornadadeoriente.com.mx/2005/12/20/puebla/puen1-03.html>
- Reyes, A.C. (2025). Más allá de las consultas: necesidades en salud y procesos de subjetivación de hombres trans en puebla a la luz de la biopolítica. [tesis doctoral no publicada] BUAP
- Roberts, M. (16 de noviembre del 2021). El extraordinario caso de la paciente argentina que “eliminó el VIH sin tratamiento”. *BBC News*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-59314418#:~:text=Centroam%C3%A9rica%20cuenta-,El%20extraordinario%20caso%20de%20la%20paciente%20argentina,elimin%C3%B3%20el%20VIH%20sin%20tratamiento%22&text=Una%20paciente%20argentina%20parece%20haber,cura%20definitiva%20para%20el%20VIH.>
- Rodríguez Rivera, E. (2022). *La recentralización del sector salud: una aproximación a sus implicaciones en el funcionamiento organizacional de un centro de salud*. Universidad Autónoma Metropolitana
- Rodríguez, E. (27 de junio del 2024). El consumo de metanfetamina y éxtasis aumenta en México un 400% durante la última década. El país – México. <https://elpais.com/mexico/2024-06-27/el-consumo-de-metanfetaminas-y-extasis-aumenta-en-mexico-un-400-durante-la-ultima-decada.html>

- Rodríguez, ME. (2022). La recentralización del sector de salud: una aproximación a sus implicaciones en el funcionamiento organizacional de un centro de salud. Universidad Autónoma Metropolitana, Revista Gestión y estrategia número 62.
- Rose, N. (2012). Políticas para la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata, UNIPE. Editorial universitaria.
- Ruíz, A; Del Río, A; Castro, D; Magis, C; Valdespino, J. *Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995*. (1989). *Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 6, noviembre, pp. 556–571.
- Sánchez, f. (18 de agosto del 2023). Avanza transición de personal de salud al IMSS bienestar. Periódico El universal. <https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/avanza-transicion-de-personal-de-salud-al-imss-bienestar/>
- Santoro, P. (2019). Encarnar el virus. Exclusión, normalización y medicalización en las políticas de salud públicas en torno al VIH/sida. en *Cuerpos marcados vidas que cuentan y políticas públicas*. Bellaterra
- Secretaría de Salud / CENSIDA. (2006). Guía para la aplicación de la prueba rápida. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), 2006. ISBN: 970-721-385-X.
- Secretaría de Salud [SS]. (18 de abril del 2023). Metanfetaminas problema de salud pública, puede poner en riesgo la vida. <https://www.gob.mx/salud/prensa/104-metanfetaminas-problema-de-salud-publica?idiom=es>
- Secretaría de salud del estado de Puebla. (20 de agosto del 2025). Panorama epidemiológico de VIH en el estado de Puebla. [documento en línea] <https://ss.puebla.gob.mx/prevencion/informate/item/4123-panorama-epidemiologico-de-vih-del-estado-de-puebla>
- Sepúlveda J, Rico B. (1989). El SIDA en México. Una introducción. In: Sepúlveda J, ed. SIDA, ciencia y sociedad en México. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1989:17-29. ISBN-968-16-3105-6.
- Soler, C. y Stanislawski, C. (1989). *Pruebas de laboratorio para detectar infección por VIH*. En Sepúlveda Amor, Jaime (coord.), *SIDA: ciencia y sociedad en México* (pp. 103–117). México: Fondo de Cultura Económica. (Colección Biblioteca de la Salud. Serie Formación e Información). ISBN: 968-16-3662-4.
- Srinivasan, A. (2021). “O direito ao sexo”. En: O direito ao sexo. Feminismo no século vinte e um. Todavía.
- Strathern, M. (2021). *Relations: An Anthropological Account*. Durham y Londres: Duke University Press. ISBN: 978-1-4780-1253-4.
- Tamez, S. y Eibenschutz, C. (2009). El seguro popular de salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. Centro Universitario de ciencias de la salud, Universidad de Guadalajara. Recolector de conocimiento Latinoamericano, Universidad de Nuevo México.
- Téllez -Pon, S. (junio 2022). De maricón, puñal y otras joterías. *Confabulario*. El universal edición digital. <https://confabulario.eluniversal.com.mx/de-maricon-punal-y-otras-joterias/#:~:text=Aqu%C3%AD%2C%20E2%80%9Cchichifear%E2%80%9D%20se%20entiende,alguien%2C%20alguien%20cerca%20a%20estafar.&text=y%20est>

%C3%A9%20m%C3%A1s%20gastada%2C%20Hilo,orgullosa%20de%20su%20exagerada%20verga.

- Teutle, A y List, M. (2015). Húmedos placeres. Sexo entre varones en saunas de la ciudad de Puebla. La cifra, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Teutle, A. (2010). Representaciones de los homosexuales con sida en la Ciudad de México. (1982-1988). Una perspectiva desde la historia cultural. Tesis para obtener el grado de maestro en Historia y Etnohistoria. Escuela Nacional de Antropología e Historia. CDMX.
- UNAIDS. (22 de Julio del 2024). *Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia del sida*. [hoja informativa]. Recuperado de <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.
- Valdespino, J; García, M; Del Río, A; Loo, E.; Magis, C.; Salcedo, R. Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995. (1995) Publicado en Salud Pública de México, vol. 37, núm. 6, noviembre-diciembre de 1995, pp. 556–571. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Valencia, S. (2010) Capitalismo gore. Barcelona: Editorial Melusina. ISBN: 978-84-96614-64-1.
- Vance, CS. (1985). Pleasure and Danger: Toward a Politics of Sexuality. En Pleasure and Danger: exploring female sexuality. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Vidarte, P. (2007). Ética marica: Proclamas libertarias para una militancia LGTBQ. Madrid–Barcelona: Editorial Egales. ISBN: 978-84-88052-52-0.
- Weichselbraun, A. Seshia, S. Ramha, M. (2023). Introduction Technologies and infrastructures of trust The Cambridge Journal of Anthropology Volumen 41, Número 2, invierno de 2023: 1–14 doi:10.3167/cja.2023.410202