

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA  
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES Y MUSEO

**REVISTA DEL MUSEO DE LA PLATA**  
(NUEVA SERIE)

TOMO IX

Antropología N° 85

**LA CONCEPCION DEL CUERPO EN EL  
CONTEXTO DEL VIH-SIDA**

LIC. MARÍA E. EPELE

## LA CONCEPCIÓN DEL CUERPO EN EL CONTEXTO DEL VIH-SIDA

LIC. MARÍA E. EPELE\*

### ABSTRACT

The conception of the body registered in the discourse of HIV-AIDS patients is different from the dominant representation (Mind/Body dualism) in Western Society and Biomedical knowledge. Such construction of the body from HIV-AIDS integrate biological, psychological and social aspects, and all of them are subjected to the same logic. This elaboration has a survival value for the patients because it is made under the same scale of illness experience.

### INTRODUCCIÓN

La antropología encuentra en el cuerpo y en sus modos de construcción socio-cultural, un espacio conceptual en el que confluyen diferentes problemáticas. Tradicionalmente, la noción de la persona en las sociedades etnográficas, constituida por elementos heterogéneos (como el principio vital, el doble y el nombre) y en su inclusión en las categorías sociales de adscripción (linaje, clan, etc.), reconoce en el cuerpo el dominio de su inscripción e integración. (Mauss, 1971; Durheim, 1982; Levi Bruhl, 1980). De este modo, el grado de individuación existente en una sociedad, la preponderancia relativa del grupo sobre el individuo, se define principalmente, en función del tipo de concepción del cuerpo como lugar de encarnación de la persona. (Le Breton, 1995). Simultáneamente, "las cualidades" del cuerpo han sido y son domesticadas socialmente, a fin de que se correspondan con valores éticos y patrones estéticos (Mauss, 1971). Su forma es modelada tanto por los discursos que sobre él se producen, como por las prácticas ordinarias y extraordinarias a que se ve sometido. Es decir, el mismo se convierte en el área de impacto de rutinas y rituales que lo disciplinan y lo aproximan al ideal dominante en una sociedad (Foucault, 1980)

Es en este sentido, que el cuerpo pierde su carácter de "objeto", de entidad biológica, universal y material, para convertirse en función de la

perspectiva antropológica en el dominio de la encarnación (Csordas, 1993), que resultante de un proceso de construcción, materializa y torna visibles, principios y discursos acerca de la persona, la sociedad, la salud-enfermedad y la ética-estética. Transformado en un "material simbólico", disponible para la representación de las implicaciones, superposiciones y contradicciones entre naturaleza y cultura, su estudio posibilita el acceso a ciertos aspectos de las construcciones imaginarias que fundamentan el modo de vida de grupos sociales particulares.

El dominio de lo corpóreo, con sus superficies, órganos, espesores y en su dialéctica interior-exterior, provee una multiplicidad de elementos, cuya selección y coordinación son la base para la elaboración de las diversas teorías sociales que dan cuenta de su funcionamiento. De este modo, el grado de homología y coherencia entre los principios que gobiernan el dominio del cuerpo y aquellos que rigen la sociedad y el cosmos, se corresponden con diversas epistemologías (holismo, monismo, dualismo) las que reconocidas por la antropología, se convierten en el criterio que le otorga inteligibilidad a las diferentes prácticas idiosincráticas referidas a la salud-enfermedad. (Schepper Hughes, 1986)

Ahora bien, la pregunta sobre el cuerpo en la sociedad occidental y en el contexto específico de la institución médica, nos remite al cuestionamiento acerca de la prevalencia del dualismo mente-cuerpo, fundante del paradigma médico y sus

Recibido: 11/96. Aceptado: 6/97

\* Ayudante Diplomada de la Cátedra Teoría Antropológica de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la U.N.L.P.

relaciones con otros saberes que elaborados desde la cotidianeidad se hacen presentes en la experiencia del proceso de la enfermedad, aunque silenciados por la dominancia de la lógica científica.

En el caso del VIH-SIDA encontramos una situación de privilegio para el tratamiento de esta problemática, debido a que tanto en los discursos sociales y médicos, en los tratamientos tradicionales y alternativos vinculados con el síndrome, como en la narración de la experiencia de la enfermedad por parte de los pacientes, confluyen diferentes perspectivas, que suponen modos específicos de pensar, vivir y sentir el cuerpo.

Esta consideración del VIH-SIDA como el ámbito de superposición de diversas nociones acerca de la corporeidad, se debe principalmente a que desde su surgimiento como síndrome, por la incertidumbre inicial y las características de la enfermedad, ha sido conmovido el modelo clásico sostenido desde el saber médico. Por esta razón, en el curso del desarrollo de la enfermedad -específicamente en la etapa de portador-, tanto en la institución médica, en las denominadas terapias alternativas, como en los agrupamientos de los pacientes con algún tipo de finalidad terapéutica, se ponen en juego saberes y conocimientos que hacen referencia de forma más o menos explícita a la relación y a modos de integración específicos entre lo social, lo psíquico y lo somático.

El objetivo de este trabajo es describir el modo de decir y de conceptualizar el dominio del cuerpo por parte de personas portadoras del virus VIH y su integración en niveles, en el marco del proceso de construcción del VIH-SIDA. A su vez, esta elaboración nos indica ciertas características del saber acerca de la enfermedad producido desde la experiencia, que si bien se diferencia de otros conocimientos -tanto médico-oficiales como alternativos- intervinientes en su desarrollo, incluye elementos de los mismos e integra sus contradicciones.

Este trabajo es parte de una investigación acerca de la problemática del VIH-SIDA, desarrollada entre los años 1993-1995, en dos Centros de Salud de la Plata.

En este estudio solo consideramos aquellos datos referidos al concepto del cuerpo registrado en los discursos producidos por los pacientes calificados como portadores del virus VIH, y que por lo tanto no estaban internados, sino que se atendían en los consultorios externos de dichos Centros de salud.

Las entrevistas, que suman cuarenta, fueron grabadas y el texto resultante fue sometido al aná-

lisis, con el fin de precisar las categorías integradas en la construcción del cuerpo como también la descripción de las variables intervinientes en su funcionamiento.

## EL CUERPO EN OCCIDENTE

La construcción del cuerpo en Occidente ha supuesto un desarrollo histórico, caracterizado por la modificación de las prácticas a las que se ve sometido, de las instituciones legitimadas para su control y por la transformación de las estrategias discursivas intervinientes en su producción. Estos cambios se manifiestan en diferentes posicionamientos respecto del cuerpo en la historia, los que se caracterizan por un proceso de individuación progresiva, que encuentra su máxima expresión en la actualidad (Giddens, 1995).

En este sentido, "la invención del cuerpo en el pensamiento occidental responde a una triple sustracción: el hombre separado de sí mismo (distinción entre el hombre y cuerpo, alma y cuerpo, espíritu y cuerpo, etc.) separado de los otros (paso de una estructura social de tipo comunitario a una estructura individualista), separado del universo (los saberes de la carne no provienen de una homología entre el hombre y el cosmos, sino que son singulares, le pertenecen sólo a la definición intrínseca del cuerpo)." (Le Breton, 1995: 178)

Con la definición del individuo como fuerza de trabajo en el sistema productivo, es a partir del S. XVII y XVIII que el cuerpo como lugar de la persona, tiende a ser cuidado y conservado, a partir del trazado de una relación sui generis entre Medicina y Estado. A través de la consideración del valor económico del cuerpo individual y de su salud a nivel político, la medicina se incorpora como mediadora y conservadora del cuerpo social (Foucault, 1990).

Previamente la tolerancia de una tasa de mortalidad elevada, por ejemplo en el caso de los niños, se expresaba en la falta de una estrategia específica acerca del cuidado de la salud (Donzelot, 1986). Los cambios en las prácticas de crianza y la intervención directa o indirecta de los conocimientos médicos a través de las prescripciones de higiene, como del control de la población en relación a las epidemias, fueron no solamente modificando las curvas de la mortalidad, sino transformando el modo de vivir y representar el cuerpo. Dejando atrás la postura holista característica del Medioevo y del Renacimiento (Le Breton, 1995),

en la que no se registra una ruptura cualitativa entre la persona y su encarnación, el cuerpo se convierte progresivamente en un objeto de posesión, cuyo propietario es el sujeto, con un modo de funcionar autónomo y dominado por la lógica científica, sistematizada en la Biología.

Este extrañamiento con respecto al orden de lo corpóreo supone la imposibilidad, por parte de la persona, de una lectura inmediata de sus signos y en base a este conocimiento, poder desarrollar aquellas acciones consideradas adecuadas desde la cotidianidad. El proceso de expropiación tiene como fundamento principal el dualismo mente-cuerpo, que si bien es de raigambre filosófica (Descartes, 1992) se encuentra en la base de la constitución del conocimiento médico clásico y en sus variantes actuales. El saber anatómo-fisiológico acerca del organismo, supone una mirada del cuerpo como entidad material, que desde una posición realista se corresponde con los modelos mecanicista y sistémicos de la física. (Kinmayer, 1992).

Este modo de construcción del cuerpo, es conservado y reafirmado en la modalidad del tratamiento de la enfermedad por parte de la institución médica. El dualismo, fundamento de la representación imaginaria del cuerpo en nuestra sociedad, conlleva un posicionamiento dual del sujeto con respecto a su propio cuerpo en el proceso de enfermedad. "El enfermo se convierte en un epifenómeno de un acontecimiento fisiológico (la enfermedad) que sucede en el cuerpo" (Le Breton, 1995: 180) el que, dominado por las causalidades de lo orgánico se desenvuelve con respecto a las patologías de modo independiente de la persona que lo porta.

Esta concepción supuesta por el paradigma médico clásico es la base de la crítica que del mismo ha sido realizada por la Antropología Médica. La centralización en los aspectos biológicos, la falta de consideración de los factores sociales e históricos, la asignación de la responsabilidad de la salud y enfermedad en el individuo, entre otros. (Menéndez, 1992; Singer, 1990)

Sin embargo, en la década del sesenta, pero más claramente en los setenta y ochenta, se registra una acentuación de la estructuración individualista en la sociedad occidental, que correlacionado con la sensibilidad narcisista dominante, tiende a producir un nuevo modelo del cuerpo, objeto de nuevas miradas y prácticas y tema de nuevos discursos sociales (Le Bretón, 1995). Sometiendo al cuerpo a diversos regímenes y controles, el sujeto se convierte en el responsable de aproximarlos a

un ideal, que amalgama lo ético a lo estético. Signado por el cuidado y la disciplina, el dominio de lo corpóreo revela materialmente una nueva moralidad, ya que una imagen corporal adecuada representa un estilo de vida valioso, fundado en la disponibilidad y aplicación de conocimientos abstractos. "El cuidado corporal significa estar constantemente 'atentos al cuerpo', tanto para sentir plenamente los beneficios de la buena salud, como para recabar las señales de que algo puede ir mal (...) Somos responsables del diseño de nuestros propios cuerpos.." (Giddens, 1995: 132).

Este movimiento social centrado en el individualismo se corresponde con modificaciones en la medicina, específicamente en los tratamientos de aquellas patologías, que por su cronicidad, complejidad, o por su carácter infeccioso muestran la insuficiencia de la concepción médica clásica. Esto se hace evidente en sectores específicos de la problemática de la salud-enfermedad (en especialidades como la psicosomática y la epidemiología) en los que se verifica la incorporación progresiva de "variables psico-sociales" y de los "estilos de vida", para dar cuenta tanto de la etiología, el desarrollo, tratamiento, el pronóstico, como la prevención de ciertas enfermedades.

Estos cambios en la estructuración del conocimiento médico y en las prácticas integradas en los tratamientos suponen una revisión de los fundamentos del paradigma clásico, específicamente en torno a la biología como único saber idóneo para dar cuenta del proceso de salud-enfermedad. Sin embargo, esta nueva perspectiva recae en un dualismo ya que, aún cuando lo somático se ve modificado por variables psíquicas y sociales (en carácter de factores intervinientes o desencadenantes), estas permanecen como instancias separadas, conservando el dominio orgánico una situación de privilegio para la inteligibilidad de las patologías.

#### LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO POR PARTE DE LOS PACIENTES VIH-SIDA

En el VIH-SIDA y en su incorporación en la institución médica encontramos el ámbito de la intersección de diversas concepciones acerca del cuerpo. Los criterios que permiten diferenciarlas giran en torno a la consideración del mismo como un objeto delimitado, como una dimensión de la experiencia vivida o como ámbito de la integración de diversas instancias (social, somática, psí-

quica). Estas concepciones diferenciales, a su vez se corresponden con la adjudicación de grados relativos de "realidad" al dominio de lo somático, la independencia otorgada a la causalidad de la biología y en relación directa, el grado de efectividad de la prácticas médicas para su tratamiento.

En primer lugar, encontramos aquel posicionamiento que se corresponde con la medicina clásica, en que el cuerpo es definido como un objeto separado del sujeto, dominado en su funcionamiento por los principios de la Biología. Por lo tanto, el médico es el que dispone del saber para su recuperación, y a éste se le delega su control y cuidado. En segundo lugar, encontramos la concepción que sostiene el cuerpo como propiedad del sujeto, siendo este el que debe depositar la atención en el mismo, cuidar(se) y controlar(se) en aquellos aspectos vinculados al SIDA por parte del conocimiento médico. Además de estas posiciones principales, se hacen presentes otras concepciones del cuerpo (holistas, bioenergéticas, entre otras), que implícitas en las terapias alternativas (como la visualización, yoga, etc), son seleccionadas por ciertos pacientes, para complementar al tratamiento médico clásico.

Sin embargo, estas distintas elaboraciones en torno al cuerpo no son asimiladas en forma directa por los pacientes. Estos se apropian de ciertos aspectos de las diversas posiciones, integrándolas en una construcción que no sólo es significativa desde la experiencia de la enfermedad, sino que tienen un valor de supervivencia en la convivencia con el síndrome, específicamente en la etapa de portador del virus.

Desde el conocimiento bio-médico, el síndrome es dividido en dos etapas mayores, la de portador y la de enfermo de SIDA. Mientras que en

la primera, la persona está infectada con el virus VIH pero no presenta ningún síntoma, la segunda se define por la presencia de algunas de las patologías marcadoras de la enfermedad (principalmente infecciones oportunistas, cánceres, etc). Sin embargo, entre ambas es posible reconocer un momento intermedio, que caracterizado por el deterioro del sistema inmunológico, (expresado en el recuento de linfocitos T4: CD4), indica la replicación del virus, por lo que se comienza con la administración de las drogas antivirales (AZT, DDI, DDC) (Cahn, 1992).

Tanto en la etapa de portador asintomático, como en esta instancia intermedia, las personas pueden proseguir con sus actividades cotidianas, por lo que no se (auto) adscriben a la categoría de enfermo de SIDA.

A continuación presentaremos la características de la construcción del cuerpo en pacientes que son calificados de portadores asintomáticos o que se inscriben en la instancia intermedia, es decir, excluyendo aquellos que se integran a la etapa de enfermo de SIDA. El proceso de construcción supone niveles de categorización de la corporeidad y de integración de instancias que remiten a una concepción idiosincrática de la misma desde la experiencia del VIH-SIDA.

#### *Primer Nivel de Integración*

En el discurso de los pacientes, se hacen presentes un conjunto de elementos que integrados en el dominio de lo somático, son categorizados y presentados como los componentes centrales de la experiencia de la corporeidad. Dentro de la multiplicidad susceptible de ser considerada sólo algunos son seleccionados, categorizados e integrados en relaciones de interdependencia.

#### *Componentes, definición y porcentaje de la construcción del cuerpo.*

COMPONENTES	DEFINICIÓN	PORCENTAJE
Defensas	Número de CD4, resultante del análisis de laboratorio.	87, 69%
Deterioro	Pérdida progresiva de los rasgos físicos que definen la identidad personal.	70, 77%
Peso	El descenso o aumento de peso en relación habitual.	80,00%
Ganglios	Aumento de su tamaño o dolor de los mismos.	36,90%
Temperatura	Referido a episodios de fiebre.	35,40%
Estado de la sangre	Específicamente vinculado a anemia.	32,31%
Trastornos digestivos	Referido a efectos secundarios de la medicación.	15,40%
Pulmones	Trastornos respiratorias indicadores de posible infección.	12,30%
Piel	Incluye diversos tipos de indicadores sintomáticos.	26,10%
Músculos	Disminución del volumen y dolor (efecto de medicación).	49,43%

Estos componentes relevados en la producción discursiva, no tienen igual importancia, sino que son jerarquizados en tres dimensiones principales, a partir de las que se les impone una organización.

### 1) La dimensión de lo inobservable

Encuentra en las defensas su ejemplo paradigmático. El análisis usualmente denominado "CD4" consiste en el recuento de los linfocitos T4, cuya variación, específicamente el descenso de su valor numérico, indica el comienzo de la replicación del virus VIH. De este modo, los CD4, que suponen un mecanismo de inferencia compleja, se convierte en el indicador central del estado de salud del paciente, ya que su variación indica el desarrollo de la enfermedad, el ingreso en la categoría de enfermo de SIDA y la posibilidad de muerte.

Además del CD4, se suman como componentes inscritos en el orden de lo inobservable de la experiencia de la corporeidad, el estado de la sangre y los pulmones, que requieren la intervención del médico para su evaluación.

### 2) La superficie del cuerpo

Esta dimensión se inscribe en el orden de lo perceptible de modo directo por parte del sujeto. Incluye una diversidad de componentes (piel, músculos, ganglios y temperatura) que son categorizados en función de las zonas de mayor probabilidad de presentación de síntomas asociados al SIDA.

### 3) La identidad corporal

Esta dimensión hace referencia a aquellas cualidades globales de la presentación del cuerpo, signado por un mirada totalizadora directamente relacionada con los rasgos físicos de la identidad. Entre estos encontramos el deterioro y el peso. El deterioro, es una categoría imprecisa con respecto al contenido, ya que incluye, según los casos, cambios en los rasgos faciales (la acentuación o disminución); modificaciones (reducciones) en la masa muscular; cambios en el peso "normal" para el paciente; la posibilidad del desarrollo de actividades habituales, el agotamiento, el cansancio y su expresión en la cotidianeidad. Este eje que implica una apreciación global del estado del cuerpo por parte de la persona, supone como modelo de comparación, su estado previo.

La importancia de esta dimensión para los pacientes, es que sus componentes constituyen los caracteres de la identidad materializada en lo so-

mático. Y por esta razón, la conservación de los mismos dentro de los intervalos "normales", no sólo implica seguir reconociéndose como la misma persona, sino que también impide que los otros lo identifiquen como infectado o enfermo, y se le asignen todo el conjunto de connotaciones que reviste el síndrome. Esto se debe a que las categorías vinculadas a la identidad son los indicadores que usualmente se asocian con el SIDA.

En síntesis, este primer nivel de integración del cuerpo en el discurso de los pacientes, está constituido por tres dimensiones principales. En primer lugar, el dominio de lo inobservable, que supone la mediación del médico para su caracterización y evaluación. En segundo lugar, la superficie del cuerpo, como dominio sometido a la mirada y al control del mismo paciente. Y por último, la identidad personal encarnada, como dominio del reconocimiento del sí mismo y de otros y eje para la adscripción por parte del paciente en el contexto de la salud.

Esta producción discursiva supone la disponibilidad por parte de los pacientes, de la información acerca de las características de la presentación del síndrome definidas por el conocimiento médico. Sin embargo, su categorización y organización en dimensiones se fundamenta en la experiencia de la enfermedad, ya que la primera responde al dominio de la corporeidad inscripto en la relación médico-paciente, la segunda está referida al dominio de la acción del sujeto sobre sí mismo, y la tercera tiende a la conservación de las cualidades globales y en modo general a la presentación de la persona en los ámbitos sociales.

### Segundo Nivel de Integración

Las categorías que se exponen en el primer nivel no pueden ser leídas aisladamente en el proceso de construcción del VIH-SIDA. Si bien, y en una primera apreciación, estos componentes parecerían ser los únicos constitutivos del cuerpo desde el VIH-SIDA, en su modo de presentación en el discurso de los pacientes, se encuentran directamente relacionados a otras categorías, a las que se le asigna cierta efectividad para modificar el dominio de la corporeidad. Entre ellas encontramos las siguientes:

*1.- Pensar.* Esta categoría asume dos formas de presentación. El "pensar demasiado" se hace referencia a pensar en la enfermedad y la muerte como contenido exclusivo y todo el tiempo, que "produce", para los pacientes, el descenso de las defensas, el surgimiento de síntomas y el deterioro

en general. Esta se opone al pensar "normal" que incluye como contenido, la posibilidad de seguir viviendo y la realización de proyectos de futuro, que tiene "supuestamente" efectos contrarios.

2.- *Asociaciones conceptuales.* Hace referencia al establecimiento de vínculo conceptuales entre el VIH-SIDA y otro tipo de representaciones. Encuentra dos formas de presentación, las asociaciones negativas, que consiste en la ligazón de la enfermedad con el deterioro, la decadencia y la muerte. En cambio, las asociaciones positivas, es la vinculación del VIH-SIDA, con la vida y la supervivencia. Las asociaciones en el signo que les es adjudicado (positivo-negativo) indica la clase de influencia sobre las componentes del primer nivel de la construcción del cuerpo.

3.- *Defensas Mentales.* Esta categoría incluye un conjunto de operaciones que tienden a la selección de la información, específicamente aquella proveniente del entorno. También son llamadas "barreras", ya que sirven de protección del sujeto, en relación a las influencias "negativas" de los más diversos orígenes. Es decir, que las defensas mentales tienden a regular e impedir la inscripción en el dominio de lo somático de los discursos, metáforas y actitudes sociales vinculadas al VIH-SIDA.

4.- *Actitudes sociales.* Esta categoría incluye el comportamiento de los otros con respecto a los pacientes VIH-SIDA. Estos se califican de dos modos: en primer lugar, de apoyo y solidaridad; y en segundo, de discriminación y rechazo. En este sentido, el comportamiento de los otros, es considerado por los pacientes, como otro de los factores centrales en la construcción del cuerpo, ya que es susceptible de modificar los caracteres del dominio de lo somático. Si estos son de discriminación promueven -para los pacientes- el deterioro y el desarrollo de síntomas, si son de solidaridad suponen la dirección contraria en el curso de la enfermedad.

5.- *Complejo de (auto)cuidado.* Esta categoría incluye un conjunto de actividades (dieta, sueño, stress, etc) las que relacionadas por el saber médico al VIH-SIDA, "deben" ser controladas por el paciente. En este sentido, la falta de cuidado en estos aspectos del modo de vida, es considerada como responsable del aceleramiento del desarrollo de la enfermedad. Este segundo nivel del proceso de construcción del dominio de la corporeidad desde el VIH-SIDA, incluye aquellas cate-

gorías que los pacientes consideran directamente implicadas en la experiencia del cuerpo y en las presentación de los síntomas del síndrome, como en el aceleramiento o detenimiento del desarrollo de la enfermedad. En la presentación en el discurso de este nivel de integración, los pacientes no utilizan una clasificación de las categorías según los criterios que habitualmente se aplica a estos términos. Es decir, el dualismo, mente-cuerpo, y su diferenciación de lo social no es pertinente en la construcción de la corporeidad y las variables intervinientes en sus modificaciones.

### *Tercer Nivel de Integración*

Este tercer nivel se presenta en el discurso de los pacientes, de un modo más impreciso, ya que supone la transposición de la construcción de la corporeidad elaborada a escala de la experiencia de la persona, a un nivel de mayor generalidad, a una escala de la sociedad. La elaboración de la corporeidad es puesta al servicio de la comprensión de procesos y dinámicas en torno al VIH-SIDA, de la sociedad en su conjunto. Esta transposición no sólo modifica la escala de los fenómenos a los que se aplica sino también supone una modificación desde una perspectiva egocéntrica (cuyo eje es el sujeto) a otra sociocéntrica (cuyo eje es la sociedad).

En esta operación conceptos y categorías constitutivas de la experiencia de la corporeidad son resignificados y aplicados a otro dominio. Es decir, que está basada en una analogía definida entre ciertos componentes de ambos ámbitos, aunque los restantes no se ajusten directamente.

El fundamento de la transposición consiste en que la experiencia del VIH-SIDA promueve un conjunto de interrogantes referidos al comportamiento de la sociedad con respecto al síndrome. Entre ellos encontramos: porqué el SIDA ha desencadenado todo un conjunto de metáforas y asociaciones en el discurso social y que sirven de fundamento para las actitudes de discriminación y rechazo?; cuál es el objetivo de esta construcción social del VIH-SIDA?.

La respuesta a estas preguntas se centralizan en dos conceptos, el de defensas y el de virus. Ambos términos, comparten ciertas cualidades - como la polisemia y la sobrevaluación simbólica - que hacen posible su aplicación en diferentes dominios, es decir, que permiten el trazado de analogías a través de ellos.

El concepto de DEFENSAS se halla inscripto en el discurso médico dentro de la descripción del modo de funcionamiento del sistema inmunológico, la que utiliza un modelo bélico para su com-

preensión (Sontag, 1989). Términos como invasión, lucha, defensa, remiten a una concepción de la guerra, que simplifica y torna comprensible para el paciente y para cualquier persona, la complejidad de los procesos implicados por la biología tanto en la infección como en el desarrollo de la enfermedad.

Sin embargo, esta estrategia representacional tiene implicaciones de otro orden, ya que el concepto de defensas se convierte para los pacientes, en virtud de su polisemia, en un término que permite integrar fenómenos de diversa índole.

De este modo, se parte de la consideración de las defensas, como un conjunto de células componentes del sistema inmunológico que tienen como función, a través de un mecanismo de reconocimiento de lo propio y lo extraño, eliminar cualquier elemento ajeno al organismo. De allí se constituye una noción de defensas o protecciones mentales con el que se representa las "barreras" que el paciente pone en funcionamiento para impedir el impacto directo sobre su persona de las consecuencias negativas de los discursos y comportamientos negativos provenientes del entorno social.

Desde aquí, y en una escala diferente a las anteriores, los pacientes utilizan el concepto de defensas para comprender los comportamientos de discriminación y rechazo por parte de la sociedad en relación a las personas asociadas a este síndrome. Fundamentado en la metáfora del SIDA como peste, la sociedad se "defiende" a través de estas conductas de todo lo que se asocia con lo desviante, lo extraño, lo diferente. Todo el juego de connotaciones (muerte, homosexualidad, adicciones) implicadas en la construcción social del VIH-SIDA, promueven y fundamentan este posicionamiento respecto de los pacientes.

Directamente relacionado con esta transposición de las defensas desde lo somático a lo personal y social y su consecuente integración, esta la reconsideración del concepto de virus, el cual goza también de una sobrecarga simbólica y de un valor representacional para diversos contextos. En primer lugar, en el lenguaje médico, el virus se ha convertido progresivamente en una de las categorías habituales para explicar las patologías. "La idea de la conspiración se traduce muy bien en metáforas de virus implacables, insidiosos e infinitamente pacientes. Al contrario de las bacterias, que son organismos relativamente complejos, se describe al virus como una forma extremadamente primitiva de vida. (...) Los virus no son sencillamente agentes de infección, de contaminación. Transportan información genética, transforman la células. Y ellos mismos, en muchos casos evolu-

cionan.(...). De hecho, virus se ha vuelto sinónimo de cambio." (Sontag, 1989: 74-75)

Esta posibilidad del virus de asumir diversas significaciones y de representar procesos complejos en diferentes ámbitos ( desde la biología, la informática, la sociedad, entre otras) tiene consecuencias específicas en el contexto del VIH-SIDA.

Al calificar a las personas infectadas como portadoras del virus, este concepto es referido por algunos pacientes como dotado de cierta ambigüedad. En primer lugar, encuentra su lugar en la construcción del cuerpo, inscribiéndose en el dominio de lo inobservable "el interior", pero registrable por indicadores indirectos como el CD4. Sin embargo en lo social, se tiende a un desplazamiento desde el calificativo de "portador del virus" a "ser" un virus. El que es "peligroso" ya que se multiplica y puede "invadir" a otros.

Esta asimilación de diversos problemas sociales respecto al VIH-SIDA, a partir del concepto del virus y defensas se sintetiza en la suposición de los pacientes, de que la estrategia social en relación al síndrome, parte de la consideración de los pacientes como virus y consiste en la implementación de defensas para impedir su multiplicación y diseminación. Frente a este modelo del posicionamiento social respecto al síndrome, las personas vinculadas al mismo tienden a oponer otro tipo de representaciones, que impida su aceptación sin ningún tipo de cuestionamiento.

"Yo no soy un virus, yo tengo un virus. No me gustan los que dicen o te dicen 'soy HIV positivo'. Yo no soy HIV, tengo un virus, soy una persona que intenta vivir con una enfermedad, como otros tienen otro tipo de cosas." (Persona portadora del VIH).

Esta homologación entre ciertos aspectos de la construcción del cuerpo y de la estrategia social en relación al VIH-SIDA, trazada a partir del interjuego de los conceptos de defensas y de virus entre el dominio somático y el social, hace posible integrar bajo el mismo esquema y la misma lógica conflictos de diverso orden. Simultáneamente esta forma de presentar el conocimiento acerca de la experiencia de la enfermedad por parte de los pacientes, les permite desarrollar una estrategia de protección de sí, para impedir el impacto directo de discursos y comportamientos sobre su cuerpo.

## CONCLUSIÓN

Desde el surgimiento del VIH-SIDA, este síndrome ha conmovido el modo clásico de la

institucionalización médica de las patologías. Líneas de investigación como la psico-neuro-inmunología, y especialidades como la psicosomática, y la epidemiología, se han convertido en los modelos principales de abordaje tanto para el tratamiento como para la prevención del síndrome.

Simultáneamente, el acceso al total de la información disponible acerca de su estado por parte del paciente, el nucleamiento de los mismos en grupos de (auto) ayuda, la utilización de diversas terapias alternativas sofisticadas tendientes a la mejora de la calidad de vida, convierten al SIDA en una enfermedad que no es susceptible de ser simplemente vivida. Es decir, compromete a los sujetos vinculados a ella en la realización de construcciones que les permita identificar, conocer y controlar ciertos aspectos considerados centrales en la experiencia del VIH-SIDA. Y que a su vez, estas elaboraciones ofician de mediadoras para reducir tanto el impacto de los discursos sociales, como la determinación biológica del síndrome. Este posicionamiento inédito se hace evidente en el discurso producido por los pacientes, específicamente referido al dominio de la corporeidad.

Es en este sentido el cuerpo deja de ser para los pacientes, un objeto material, espacio "natural" de la enfermedad, que desde una concepción dualista, está determinado exclusivamente por las leyes biológicas. Tampoco es presentado como el dominio en el que impactan factores psíquicos y sociales, es decir, como un cuerpo elaborado desde una concepción simplificada de la perspectiva psicosomática de la medicina.

Si bien, el cuerpo es construido incorporando ciertos componentes de las distintas variantes del saber médico, como también otros elementos que son categorizados como fundamentales en la encarnación del síndrome (referidos a la identidad); son integradas otras variables que para los pacientes se encuentran directamente implicadas en las modificaciones de las expresiones somáticas del síndrome.

Lo que le otorga calidad idiosincrática a esta construcción de la corporeidad son dos características. En primer lugar, este modo de presentar el cuerpo desconoce la separación de instancias biológicas, psicológicas y sociales, como ámbitos separados e interactuantes. Es decir, ue los pacientes no los diferencian como dominios que suponen saberes diferenciales para su abordaje. Los integran dentro de una misma elaboración y los consideran sometidos a una misma lógica, que le permite al sujeto disponer del conocimiento necesario para sobrellevar las contradicciones que supone ser calificado como portador de VIH o en-

fermo de SIDA.

En segundo lugar, esta elaboración de la corporeidad al ser realizada desde la experiencia del síndrome, se ajusta a las vivencias porque es efectuada a la misma escala en la que estas suceden y por este motivo tiene un valor de supervivencia en la convivencia con el síndrome.

Simultáneamente, en lo referido al tercer nivel de integración y a través de términos como las defensas y el virus, sobrevalorados simbólicamente, transponen la elaboración egocéntrica, es decir centrada en el sujeto de la enfermedad, a una sociocéntrica, que intenta dar cuenta de procesos, discursos y comportamientos en una escala social general. Por medio de este movimiento interpretativo, presente en distintos grados según los pacientes, estos pueden integrar conflictos de diferentes escalas inherentes a la experiencia del síndrome bajo una misma lógica, que les permite comprender, reducir la incertidumbre y al mismo tiempo controlar ciertos aspectos fundamentales de la experiencia de la enfermedad.

#### BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Cahn, P. 1992. Psida. Un enfoque integral. Bs.As., ed. Paidós.
- Csordas, T. 1993. *Somatic Modes of Attention*. Cultural Anthropology, 8(2): 135-156.
- Descartes, R. 1992. Discurso del Método. Meditaciones Metafísicas. México, ed. Porrúa.
- Donzelot, J. 1986. La policía de la Familia. México, ed. Pretextos.
- Durheim, E. 1982. Las formas elementales de vida religiosa. Madrid, ed. Akal.
- Foucault, M. 1980. La microfísica del poder. Madrid, ed. La Piqueta.
- Foucault, M. 1990. La vida de los Hombres Infames. Madrid, ed. La Piqueta.
- Giddens, A. 1995. Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona, ed. Península.
- Kirmayer, L. J. 1992. *The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience*. Medical Anthropology Quarterly 6(4):323-346.
- Le Breton, D. 1995. Antropología del Cuerpo y Modernidad. Bs.As., ed. Nueva Visión.
- Levo Bruhl, L. 1980. El alma primitiva. España, ed. Planeta Agostini.
- Mauss, M. 1971. Sociología y Antropología. Madrid, de. Tecnos.
- Mendez, E. 1992. *Aproximación crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina*. Nueva Antropología, 2: 56-72.
- Singer, M. 1990. *Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment*. Social Science and Medicine, 30 (2): 179-187.
- Shper Hughes, N. & M. Lock. 1987. *The Mindful Body: A prolegomenon to Future work in Medical Anthropology*. Medical Anthropology Quarterly, 1: 6-41.