

Representaciones sociales y procesos de medicalización en varones homosexuales: experiencias con antirretrovirales para tratamiento y prevención del VIH*

Social representations and medicalization processes in homosexual men: experiences with antiretrovirals for HIV treatment and prevention

CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ-NAVARRETE**

Abstract

This article offers a comparative analysis of the experiences of gay men who use antiretroviral drugs (ARVs) either for HIV treatment or as pre-exposure prophylaxis (PrEP), with the aim of understanding how social representations and processes of medicalization are constructed. Using a qualitative ethnographic-narrative approach, eleven interviews were conducted in Mexico City and Guadalajara between January and April 2025 and analyzed through thematic and interpretive strategies. The findings show that ARVs function as ambivalent cultural objects: in treatment contexts, they are experienced simultaneously as life-saving technologies and sources of bodily burden under biomedical surveillance; in preventive contexts, they are framed as tools for autonomy, pleasure, and shared care, albeit shaped by moral stigma and institutional tensions. The study has important implications for public health policies, highlighting the need for culturally informed, non-stigmatizing prevention and care strategies that recognize agency, desire, and lived experience. Overall, the article demonstrates that ARVs mediate not only health outcomes but also subjectivities, care practices, and forms of health citizenship

Keywords: self-care, biopolitics, subjectivation, adherence

Resumen

Análisis comparativo de las experiencias de varones homosexuales que utilizan medicamentos antirretrovirales (ARV) tanto para el tratamiento del VIH como en forma de profilaxis preexposición (PrEP). El objetivo es comprender cómo se construyen las representaciones sociales y los procesos de medicalización. Con un enfoque cualitativo etnográfico-narrativo se realizaron once entrevistas en la Ciudad de México y Guadalajara en 2025. Los hallazgos muestran que los ARV funcionan como objetos culturales ambivalentes: en el tratamiento, se viven simultáneamente como tecnologías que salvan la vida y como fuentes de desgaste corporal bajo regímenes de vigilancia biomédica; en la prevención, se configuran como herramientas de autonomía, placer y cuidado compartido. El estudio tiene implicaciones relevantes para las políticas de salud pública, al subrayar la necesidad de estrategias de prevención y atención culturalmente informadas y libres de estigmatización, que reconozcan la agencia, el deseo y la experiencia vivida. El artículo demuestra que los ARV median no sólo los resultados en salud, sino también la producción de subjetividades, las prácticas de cuidado y las formas de ciudadanía sanitaria.

Palabras clave: autoatención, biopolítica, subjetivación, adherencia

* Artículo recibido el 20/05/25 y aceptado el 17/09/25.

** Universidad de Guadalajara, Centro Universitario Tlaquepaque. Leocares s/n esq. con Pérez Reynoso, col. Cerro del Cuatro, 45599 San Pedro Tlaquepaque, Jalisco <carlos.gonzalez@academicos.udg.mx>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6166-2716>.

Introducción

Desde su aparición en los años ochenta, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha estado acompañado por procesos de estigmatización y control social, especialmente hacia poblaciones sexodisidentes como los hombres homosexuales. Si bien los tratamientos antirretrovirales (ARV) han transformado el VIH en una condición crónica controlable, esta transformación biomédica no ha estado acompañada por un cambio lineal en los imaginarios sociales. Los ARV se han convertido en objetos simbólicos ambivalentes, cargados de significados que oscilan entre la salvación y el desgaste, la seguridad y el estigma. Este artículo propone un análisis comparativo de las representaciones sociales y las prácticas de medicalización entre dos grupos de hombres que se identifican como homosexuales: aquellos que viven con VIH y están en tratamiento, y quienes utilizan antirretrovirales como forma de prevención (PrEP). A partir de un enfoque etnográfico y narrativo, se busca comprender cómo estos sujetos resignifican el medicamento en relación con sus cuerpos, sus experiencias institucionales y las prácticas simbólicas vinculadas al cuidado y la sexualidad.

Investigaciones previas en México han mostrado que los hombres gays que viven con VIH enfrentan una doble estigmatización vinculada a la seropositividad y la orientación sexual, que condiciona la manera en que significan el tratamiento (Flores-Palacios y Leyva-Flores 2003; Flores Palacios 2006), y que los jóvenes que acceden a pruebas de VIH incorporan significados de afecto y autocuidado (Herrera-Herrera y Figueroa Varela). En el ámbito preventivo, la literatura reciente evidencia que la conciencia y disposición a usar PrEP es elevada, pero desigual, y está asociada a mayor escolaridad e ingreso (Chapin-Bardales *et al.* 2024); además persisten barreras de estigma y desconocimiento institucional. A nivel regional, el proyecto ImPrEP (2022) en Brasil, México y Perú demostró la factibilidad de su implementación con estrategias como el inicio el mismo día, mientras que, en México, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (Censida) ha contribuido a institucionalizar su acceso en clínicas públicas y organizaciones civiles. Estos antecedentes permiten situar nuestros hallazgos sobre representaciones sociales y medicalización –hegemónica en el tratamiento y electiva en la prevención– dentro de un campo atravesado por desigualdades educativas, tensiones morales y arreglos institucionales heterogéneos.

Desde la teoría de las representaciones sociales (Moscovici 1979; Jodelet 1983) y los estudios so-

bre medicalización crítica (Menéndez 2005; Farmer 2003) se argumenta que tanto el tratamiento como la prevención constituyen formas diferenciadas pero complementarias de medicalización: una forma más estructural, impuesta tras el diagnóstico, y otra electiva, anticipatoria y cargada de agencia. Sin embargo, ambas están atravesadas por regímenes de vigilancia, estigmatización moral y tensiones institucionales que moldean la experiencia del cuidado y el deseo. El valor del presente estudio radica en mostrar que los ARV no operan sólo como tecnologías clínicas, sino también como artefactos culturales que configuran identidades, relaciones y formas de subjetivación.

Metodología

Este estudio se inscribe en el paradigma cualitativo, desde una perspectiva etnográfica crítica orientada a comprender los sentidos y prácticas sociales construidos en torno al uso de medicamentos antirretrovirales (ARV) por parte de hombres que se identifican como homosexuales, ya sea en el marco del tratamiento tras un diagnóstico de VIH o como estrategia de prevención mediante la profilaxis preexposición (PrEP).

La investigación se realizó entre enero y abril de 2025 en la Ciudad de México y Guadalajara, dos contextos urbanos seleccionados por su relevancia en la respuesta institucional y comunitaria frente al VIH. En la capital, el acceso a la PrEP ha sido impulsado sobre todo por instituciones como la Clínica Condesa y, más recientemente, por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En Guadalajara, en contraste, el acceso se encuentra vinculado al trabajo de organizaciones civiles como CHECCOS A.C., El Mesón A.C. y Códice A.C., que proveen antirretrovirales preventivos a personas no derechohabientes. Estas diferencias no sólo justifican la elección de ambas ciudades, sino que también influyeron en las posibilidades de reclutamiento y en las formas en que los participantes se relacionan con los medicamentos.

Se trabajó con once varones homosexuales, de entre 21 y 39 años, seleccionados mediante un muestreo teórico-intencional. El número de entrevistas respondió al criterio de saturación teórica, alcanzado cuando los relatos comenzaron a reiterar categorías sin aportar variaciones sustantivas, privilegiando la profundidad interpretativa sobre la representatividad numérica. Si bien el rango etario de los participantes abarca casi veinte años de diferencia, ello responde tanto a las condiciones de acceso a los testimonios –no siempre fáciles de obtener debido al estigma– como a la necesidad de incorporar la diversidad de experiencias dispo-

nibles. Esta amplitud generacional, lejos de ser una limitación, constituye una oportunidad para observar cómo la edad y las trayectorias vitales marcan procesos diferenciados en las representaciones sociales sobre el uso de antirretrovirales.

Un elemento significativo del perfil de los participantes es que todos cuentan con estudios universitarios o se encuentran en proceso de concluirlos. Este rasgo no es casual: diversos estudios en México han mostrado que el conocimiento y acceso a la PrEP se concentran entre hombres homosexuales de mayor escolaridad e ingresos, lo que apunta a un sesgo socioeconómico en la adopción de esta estrategia preventiva. En una encuesta con participantes del proyecto ImPrEP en la Ciudad de México, 83% reportó nivel universitario o superior (Chapin-Bardales *et al.* 2024). Del mismo modo, un análisis multipaís, con corte para México, documentó que tanto la educación universitaria como el nivel de ingresos medio o alto se asocian significativamente con la conciencia y disposición a usar PrEP (Assaf *et al.* 2021). Estos hallazgos, sumados a que la oferta de PrEP en México se concentra en clínicas urbanas como la Clínica Condesa y en organizaciones no gubernamentales (ONG) locales, ayudan a explicar que la muestra seleccionada se ubique de manera predominante en un estrato socioeconómico de clase media. Este aspecto resulta clave para comprender que el acceso a la prevención y al tratamiento mediante ARV está atravesado por condiciones de desigualdad: no todos los sectores sociales tienen la misma posibilidad de acceder, informarse y sostener un régimen farmacológico (Chapin-Bardales *et al.* 2024; Assaf *et al.* 2021).

El acceso a los participantes no fue sencillo. Muchos hombres que viven con VIH enfrentan temor a ser identificados, mientras que quienes recurren a los antirretrovirales como prevención suelen resistirse a participar debido a los juicios morales asociados a la PrEP. En este sentido, los contactos generados a partir de investigaciones previas fueron fundamentales para establecer confianza y posibilitar la colaboración, haciendo viable el trabajo en ambas ciudades.

Los participantes fueron identificados mediante pseudónimos, de acuerdo con su condición de uso de antirretrovirales:

- Usuarios de tratamiento ARV (personas que viven con VIH): Omar (39 años), Ernesto (25), Aldo (30), Armando (35), Jared (21).
- Usuarios de PrEP (personas que utilizan ARV como prevención): Andrés (37), Diego (23), Udri (30), Jorge (22), Aldo (28), Luis (33).

Las entrevistas fueron abiertas y narrativas, con una duración de entre sesenta y ciento veinte minutos, realizadas en espacios seguros acordados con cada participante. Los ejes temáticos incluyeron el inicio del tratamiento o de la PrEP, los efectos físicos y emocionales, la relación cotidiana con el medicamento, los imaginarios sobre el VIH y la prevención, las experiencias de cuidado, los vínculos con el sistema médico y la resignificación del cuerpo y la sexualidad. Para resguardar la identidad de los participantes se utilizaron pseudónimos y se garantizó el consentimiento informado, conforme a los criterios éticos de investigación social en salud.

El análisis de los testimonios se realizó en dos niveles complementarios. El primero, un análisis temático-narrativo permitió identificar unidades de sentido comunes y divergentes en torno a categorías como cuerpo, control, deseo, prevención, enfermedad, vida, muerte, resistencia y agencia. Posteriormente, un análisis teórico-interpretativo permitió comprender cómo los participantes significan el medicamento antirretroviral –como salvación, castigo, aliado, enemigo, escudo o vigilancia– y cómo se articulan formas diferenciadas de medicalización, ya sea hegemónica o de autoatención, en el sentido planteado por Eduardo Menéndez (2005, 2018). Esta doble estrategia metodológica posibilitó construir una matriz interpretativa compleja que vincula el plano simbólico con el estructural, revelando las prácticas y discursos que rodean a los ARV, así como las tensiones éticas, políticas y existenciales que los acompañan.

Enfoque teórico

El análisis se sustenta en dos marcos conceptuales centrales: la teoría de las representaciones sociales y la noción crítica de medicalización. Ambos permiten comprender la forma en que los antirretrovirales operan no sólo como fármacos con una función biomédica, sino también como artefactos culturales que generan significados, emociones y disputas simbólicas.

La teoría de las representaciones sociales, desarrollada por Serge Moscovici (1979) y ampliada por Denise Jodelet (1983), parte de la premisa de que el conocimiento cotidiano no se limita a reproducir discursos científicos, sino que construye sentidos compartidos que orientan prácticas, decisiones y afectos. Las representaciones sociales del VIH y de los antirretrovirales permiten comprender cómo estos objetos se cargan de significados ambivalentes –vida y muerte, salvación y deterioro, cuidado y estigma– que organizan las narrativas y prácticas de los sujetos. En este sen-

tido, además de ideas, las representaciones son experiencias encarnadas en el cuerpo, en las emociones y en los vínculos sociales.

La medicalización es entendida aquí desde la antropología médica crítica, en particular a partir de los aportes de Eduardo Menéndez (1990, 2005, 2018). A diferencia del concepto de medicación –que alude únicamente al uso de fármacos–, la medicalización se refiere al proceso mediante el cual situaciones, conductas y experiencias sociales pasan a ser definidas, explicadas y tratadas en términos médicos. En el caso del VIH, la medicalización implica que la vida cotidiana de los sujetos queda atravesada por tecnologías biomédicas, regímenes de vigilancia, prescripciones institucionales y dispositivos de control que configuran la experiencia del cuerpo y la sexualidad. Esta noción permite diferenciar entre la *medicalización estructural* –cuando el tratamiento se impone como condición vitalicia tras un diagnóstico– y la *medicalización electiva* –cuando sujetos deciden incorporar un régimen farmacológico como estrategia de prevención, del modo en que ocurre con la PrEP.

El cruce entre representaciones sociales y medicalización posibilita analizar cómo los antirretrovirales son apropiados, resistidos o resignificados por los varones homosexuales. Mientras la teoría de las representaciones permite acceder a los sentidos que los sujetos otorgan a los medicamentos, la crítica a la medicalización visibiliza las relaciones de poder, los regímenes de control y las desigualdades estructurales que los atraviesan. Esta articulación permite mos-

trar que los antirretrovirales no son meras tecnologías clínicas, sino también objetos culturales que median entre agencia, deseo, disciplina y subjetividad.

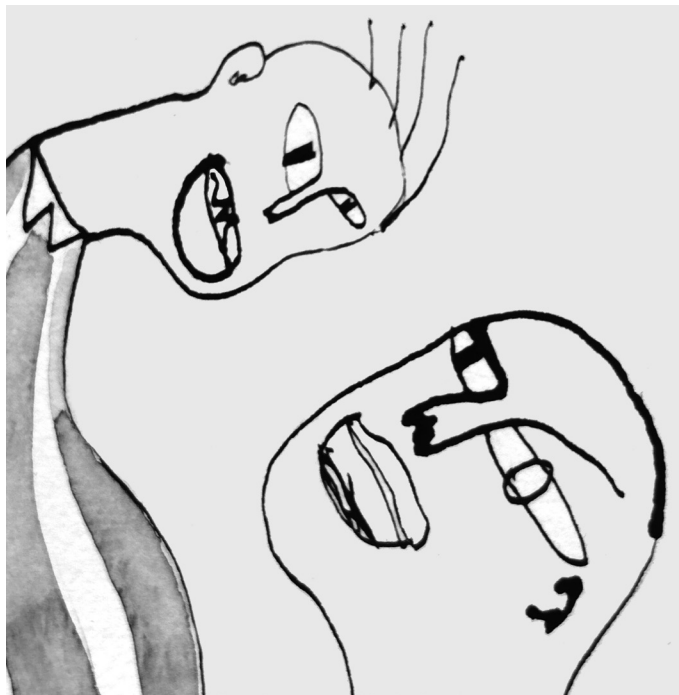
Representaciones sociales del tratamiento antirretroviral en varones homosexuales con VIH

La teoría de las representaciones sociales, desarrollada originalmente por Serge Moscovici, proporciona un marco robusto para analizar los modos en que los sujetos y los colectivos se apropian de, resignifican y actúan frente a fenómenos sociales complejos como el VIH y sus tratamientos (Moscovici 1979). En particular, la representación social no es una simple opinión o creencia individual, sino un sistema de significados compartido que traduce lo extraño o amenazante en formas de conocimiento familiar y útil. Tal como lo plantea Denise Jodelet, estas representaciones permiten reconstruir lo real y establecer un “saber práctico que guía las conductas y la comunicación social” (Jodelet 1983: 474).

En el caso de los varones homosexuales que viven con VIH, los medicamentos ARV al mismo tiempo que son insumos biomédicos con una función terapéutica son también objetos sociales cargados de significados, cuyas representaciones están ancladas en experiencias corporales, históricas y culturales profundamente penetradas por el estigma, el temor a la muerte, la esperanza de recuperación y la precariedad institucional. Los testimonios analizados evidencian que las representaciones de los ARV no son unívocas, sino ambivalentes, dinámicas y situadas, y operan como marcos que orientan tanto la adherencia como las formas de resistencia o resignificación del tratamiento.

El medicamento como objeto ambivalente: entre vida y deterioro

Uno de los núcleos representacionales más relevantes que emergen en los testimonios es el carácter ambivalente del tratamiento. Tal como lo sugiere Moscovici, cuando un objeto social es novedoso o disruptivo, las personas lo integran en marcos preexistentes mediante procesos de *anclaje* (vinculación con categorías conocidas) y *objetivación* (traducción simbólica y sensible de lo abstracto) (Moscovici 1979). En ese sentido, con frecuencia los ARV son anclados a significados contradictorios: salvación y desgaste, salud y toxicidad, normalidad y medicalización.



Omar (39 años) relata cómo el efavirenz¹ le provocó sueños vívidos y una sensación de confusión entre la vigilia y el sueño, lo cual representa, según sus palabras, “seguir vivo, pero pagando un precio”. De forma similar, Ernesto (25 años) asocia su tratamiento con un aumento de peso significativo y la sensación de estar atrapado entre necesidad y deterioro corporal.

Esta representación social del medicamento condensa una experiencia de doble valor: por un lado, el tratamiento es vital para evitar la muerte; por otro, introduce un régimen de vigilancia corporal y una carga simbólica de “erosión”. La objetivación se manifiesta en signos físicos (sueños, inflamación de ganglios, recuentos de CD4)² que dotan de evidencia a la ambivalencia subjetiva.

Ernesto (25 años) lo expresa así: “Desde que empecé a tomar el Biktarvy³ subí casi 10 kg [...]. Estamos entre la espada y la pared: por un lado, necesitas el antirretroviral, pero por el otro sabes que va a generar estragos en tu cuerpo”.

La noción de *estragos* apunta a una percepción del cuerpo como terreno de conflicto entre la necesidad de intervención biomédica y sus consecuencias físicas. Esta figura del cuerpo intervenido remite a lo que Jodelet denomina *incorporación representacional*, donde la representación no es sólo mental sino también vivida en la carne, marcada por los efectos del tratamiento (Jodelet 1983).

Renacimiento y reorganización biográfica

En contraste con los relatos que expresan ambivalencia o desgaste, otros testimonios de varones homosexuales resignifican el tratamiento antirretrovi-

ral como símbolo de una segunda oportunidad vital. En estos casos, la representación del medicamento se orienta hacia el polo positivo del objeto, inscribiéndolo en narrativas de salvación, reconstrucción subjetiva y proyección hacia el futuro. Este tipo de representación puede comprenderse como emancipadora, en el sentido que Denise Jodelet (1983) le da al concepto: permite al sujeto reelaborar activamente el sentido de su experiencia con el virus, rompiendo con las imágenes dominantes del VIH asociadas a la decadencia o la muerte.

Aldo (30 años), diagnosticado en etapa avanzada del virus, relata: “Yo considero que si me ves ahorita jamás te imaginarías que estuve a punto de morir [...]. Para mí, el medicamento antirretroviral significa milagro y una segunda oportunidad [...]. Volví a nacer.”

Aquí, el ARV adquiere una connotación simbólica que combina lo espiritual y lo biomédico. No se trata sólo de una mejora física: el medicamento es también mediador de un proceso de reconstrucción identitaria. La noción de *renacer* articula una experiencia subjetiva de transformación radical, en la que el cuerpo, el deseo y la biografía encuentran un nuevo marco de sentido.

Este proceso de resignificación también aparece en la trayectoria de Armando (35 años), quien pasó del ocultamiento a la afirmación pública: “Hoy me he empoderado y digo que tomo antirretrovirales [...]. Si eso le causa conflicto a la gente, que ellos lo solucionen”.

En este caso, el tratamiento se convierte en herramienta de autoafirmación y ruptura con el estigma. El empoderamiento se expresa a nivel discursivo, pero también se vincula con información científica –como el conocimiento sobre la indetectabilidad igual a intransmisible (I=I)⁴– que refuerza la agencia, la autoestima y la legitimación social del sujeto. La represen-

¹ Efavirenz es un antirretroviral clasificado como inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNT), utilizado en el tratamiento del VIH en combinación con otros medicamentos. Actúa interfiriendo con la enzima que el virus necesita para multiplicarse en el cuerpo. Fue ampliamente utilizado desde finales de la década de 1990, pero ha sido objeto de debate por sus efectos neuropsiquiátricos adversos, como sueños vívidos, insomnio, ansiedad y alteraciones en el estado de ánimo, sobre todo durante las primeras semanas de tratamiento (“Efavirenz”, [clinicalinfo.hiv.gov](https://clinicalinfo.hiv.gov/en/drugs/efavirenz/patient); WHO 2016).

² CD4 es el nombre común de los linfocitos T cooperadores tipo 1, un subtipo de células del sistema inmunológico que juega un papel crucial en la defensa del organismo contra infecciones. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ataca específicamente a estas células, utilizándolas para replicarse y destruyéndolas en el proceso. La medición del conteo de células CD4 en sangre es un marcador clínico esencial para evaluar el estado inmunológico de una persona que vive con VIH: valores bajos indican inmunosupresión severa, mientras que valores normales o elevados sugieren una respuesta efectiva al tratamiento antirretroviral (UNAIDS 2020; CDC 2022).

³ Biktarvy es un antirretroviral de esquema único compuesto por bictegravir (inhibidor de la integrasa), emtricitabina y tenofovir alafenamida (ambos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa). Está indicado para el tratamiento del VIH-1 en personas adultas y adolescentes, casi siempre con una sola tableta diaria. Aunque es bien tolerado por la mayoría de los pacientes y presenta un alto perfil de eficacia virológica, entre sus efectos secundarios más reportados se encuentran el aumento de peso, insomnio, dolor de cabeza, diarrea y náuseas. Estudios recientes también han señalado que el aumento de masa corporal puede ser significativo en ciertos grupos poblacionales (Buzón-Martín 2020; Sax *et al.* 2020).

⁴ La indetectabilidad igual a intransmisible (I=I) es un principio respaldado por evidencia científica que sostiene que las personas con VIH que mantienen una carga viral indetectable mediante tratamiento antirretroviral no transmiten el virus.

tación del medicamento como “aliado” se encarna así en prácticas cotidianas de cuidado, visibilidad y resistencia simbólica.

De la vergüenza al empoderamiento: trayectorias representacionales

Un aspecto clave en la vivencia del tratamiento es la transformación de las representaciones a lo largo del tiempo. Armando (35 años) lo expresa con claridad al recordar sus emociones iniciales tras recibir el diagnóstico: “Yo veía a los antirretrovirales como algo que me causaba vergüenza [...] temía ser rechazado”.

Esta percepción inicial remite a la estigmatización histórica del VIH y al miedo social al “descubrimiento”. La reacción inmediata fue la ocultación, incluso mediante el engaño sobre el tipo de medicamentos consumidos. Sin embargo, con el tiempo y a través del acompañamiento médico, afectivo y comunitario, esta representación se transforma. Armando afirma ahora que se siente empoderado y que no le importa lo que la gente piense de que toma ARV.

Este giro representacional pone en evidencia cómo el tratamiento antirretroviral puede pasar de ser una marca vergonzante a convertirse en emblema de fortaleza. En palabras de Jodelet (1983), las representaciones emancipadoras son aquellas que permiten a los sujetos romper con imaginarios dominantes, reconfigurar sus condiciones de existencia y reapropiarse del significado de su corporalidad y experiencia.

El peso del estigma y la precariedad institucional

Además de su dimensión simbólica o emocional, las representaciones sociales del tratamiento antirretroviral en varones homosexuales que viven con VIH están fuertemente condicionadas por los contextos institucionales y las circunstancias materiales de acceso. Tal como advierten Monteiro *et al.* (2016), en entornos marcados por la desigualdad estructural y la desconfianza hacia el sistema de salud, las representaciones del tratamiento incorporan elementos de crítica institucional, precariedad y biopolítica.

Omar (39 años), por ejemplo, expresa su preocupación sobre la calidad de los medicamentos suministrados en servicios públicos: “La calidad de los medi-

camentos ha disminuido [...]. Las marcas similares agravan aún más los efectos secundarios”.

Este testimonio revela cómo el antirretroviral es representado no sólo como objeto terapéutico, sino también como síntoma de un sistema de salud precarizado. La experiencia con medicamentos genéricos se convierte en una metáfora de la desigualdad en la atención médica, y activa una representación del tratamiento como “medicina de segunda”, lo cual erosiona la confianza institucional y refuerza la percepción de una biopolítica diferencial. En términos foucaultianos (Foucault 1976: 133), se trata de una gestión de los cuerpos marcada por jerarquías en el acceso a la vida digna.

Asimismo, el relato de Armando pone de manifiesto cómo el estigma social se inscribe en las formas de uso y manejo cotidiano del medicamento: “Me provocaba mucha vergüenza que vieran que yo estaba llevando medicamento para VIH [...]. Llegué a decir que eran suplementos alimenticios”.

Este tipo de estrategia de ocultamiento expresa una representación del ARV como marca de desviación o peligro social. El tratamiento, más que una rutina médica, se convierte en un acto de exposición potencial, frente al cual el sujeto responde con mecanismos de protección simbólica: mentir, esconder, desviar la mirada pública. La representación se genera tanto en el discurso biomédico como en la intersección entre la vivencia corporal y la mirada social que patologiza.

En este sentido, la medicalización no es vivida como una política universal, sino como un régimen desigual, vigilado y atravesado por imaginarios punitivos. Las representaciones sociales del tratamiento, reflejan simultáneamente los significados subjetivos del medicamento y de igual modo los límites institucionales del cuidado en contextos de exclusión, desinformación y violencia estructural.

Medicalización desde la infancia: vivir con el ARV como marca de origen

El testimonio de Jared (21 años) introduce una dimensión temporal fundamental para comprender las representaciones sociales del tratamiento antirretroviral: la del sujeto que no inicia tratamiento tras un diagnóstico reciente, sino que nace con el virus y con la medicación como parte constitutiva de su biografía. En este caso, el tratamiento no es un evento médico

por vía sexual. Esta afirmación ha sido confirmada en estudios como HPTN 052 (Cohen *et al.* 2011), PARTNER (Rodger *et al.* 2016) y Opposites Attract (Bavinton *et al.* 2018), y es reconocida por organismos internacionales como ONUSIDA y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) como una estrategia clave de prevención del VIH.

episódico, sino una condición permanente, naturalizada desde la infancia y cargada de significados afectivos, morales y corporales.

“Considero que el medicamento antirretroviral y yo somos uno mismo”. Esta afirmación sintetiza una representación fusionada entre el yo y el tratamiento, que desborda la noción clásica de medicalización. En términos de Serge Moscovici (1979: 24), no se trata aquí de un objeto nuevo que debe ser anclado en categorías conocidas, sino de un marco originario de sentido: el medicamento deviene parte del sí mismo desde los primeros años de vida.

Durante su infancia, Jared tomaba el medicamento sin saber por qué, por obediencia. Pero, al conocer a los trece años el motivo de su tratamiento, se produce una ruptura emocional y simbólica. Como plantea Jodelet (1983), hay un momento crítico cuando el conocimiento sobre un objeto resignifica la relación con él y, por extensión, con el propio cuerpo: “Cuando ya creces y te dicen que esa medicina te va a ayudar a seguir viviendo, algo se rompe dentro de ti”. Este quiebre genera una representación cargada de afectividad negativa. El antirretroviral deja de ser una rutina inexplicada para convertirse en un símbolo de imposición, destino no elegido y pérdida de control sobre la propia biografía.

“Lo veía como una condena de la cual ni siquiera yo era responsable”. Aquí se evidencia cómo las representaciones del tratamiento están marcadas por una agencia limitada: Jared no tuvo elección sobre su cuerpo medicalizado. A diferencia de otros varones homosexuales que inician tratamiento como decisión consciente tras un diagnóstico, él ha vivido una medicalización estructural sin posibilidad de elección. El medicamento representa, entonces, un dispositivo de sujeción existencial.

Sin embargo, con el tiempo, Jared comienza un proceso de reconciliación con el tratamiento, no desde la aceptación pasiva, sino desde una comprensión estratégica de su función vital: “Tuve que reconciliarme con los antirretrovirales y entender que sin ellos tampoco podría vivir”. Este giro no borra la ambivalencia, pero permite una resignificación funcional en términos de autocuidado y continuidad vital. Como señala Jodelet (1983), las representaciones sociales evolucionan junto con las trayectorias biográficas, y son capaces de integrar contradicciones, emociones y resistencias.

Jared también construye una práctica performativa del secreto: revela su tratamiento sólo en círculos de confianza, como mecanismo de protección ante el estigma. Esta estrategia combina tres dimensiones clave: identidad, reserva y supervivencia. El medica-

mento es parte de su cuerpo y de su historia, pero no necesariamente de su exposición pública.

Este caso permite ampliar la comprensión de las representaciones sociales del antirretroviral: no todos los varones homosexuales llegan al tratamiento desde el mismo lugar biográfico, emocional o simbólico. En quienes nacen con VIH, el ARV no es un episodio aislado, sino un compañero conflictivo, persistente y modelador de vínculos, elecciones y formas de habitar el cuerpo y la vida.

Hasta aquí, los testimonios analizados corresponden a varones homosexuales que viven con VIH y cuya relación con los medicamentos antirretrovirales está marcada por la necesidad vital de sostener un régimen de tratamiento. Estas experiencias muestran la forma en que la medicalización se vive como condición estructural, en muchos casos impuesta, aunque también resignificada en clave de empoderamiento y autocuidado. Sin embargo, los antirretrovirales no sólo constituyen parte de las trayectorias de quienes han recibido un diagnóstico. En años recientes, la introducción de la profilaxis preexposición (PrEP) abrió la posibilidad de una medicalización de carácter electivo, en la que los sujetos deciden incorporar un régimen farmacológico para prevenir la transmisión del VIH. A continuación, se describen las representaciones sociales de la PrEP en varones homosexuales, con el fin de contrastar cómo se configuran sentidos y prácticas cuando el uso del medicamento se ubica en el terreno de la prevención voluntaria y no en el de la supervivencia obligada.

“Prevenir no es pecado”: representaciones sociales de la PrEP en varones homosexuales

La introducción de la profilaxis preexposición (PrEP) en el campo de la prevención del VIH ha transformado de manera significativa el panorama de las estrategias biomédicas disponibles, sobre todo entre varones homosexuales, uno de los grupos más históricamente afectados por la epidemia. No obstante, como sucede con toda innovación social y médica, la PrEP no es recibida como un mero instrumento técnico o neutral.

Retomando una vez más la idea de anclaje de Serge Moscovici (1979), cada objeto nuevo que irrumpe en la vida social debe ser procesado simbólicamente mediante mecanismos de representación colectiva. Es decir, debe ser anclado en categorías culturales ya existentes y objetivado a través de imágenes, metáforas y prácticas que le otorguen sentido, inteligibilidad y posibilidad de acción. En ese proceso se configuran

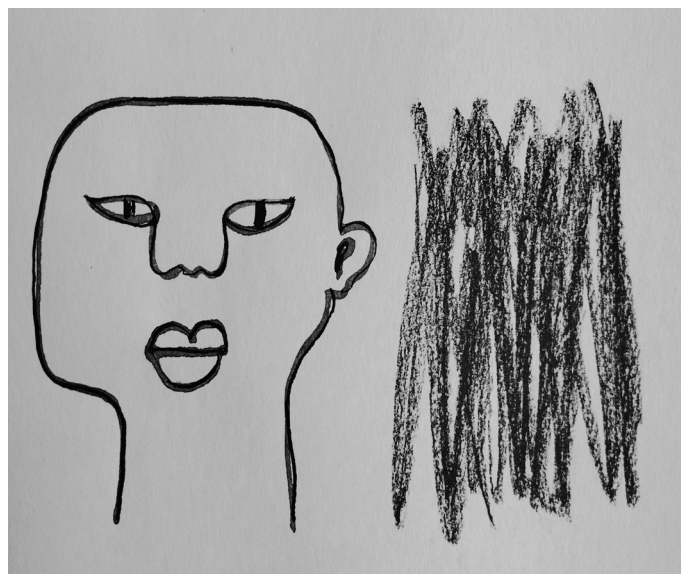
las representaciones sociales; retomando a Denise Jodelet (1983), no son ideas abstractas, son formas vividas, sentidas y actuadas de relación con el mundo, mediadas por la historia, el cuerpo y los afectos.

El análisis de los testimonios recolectados de varones homosexuales que usan PrEP muestra una constelación compleja de significados que desborda el discurso biomédico, y que se inscribe en tramas morales, políticas, relacionales y subjetivas. La PrEP, en este contexto, no es sólo un agente farmacológico: es también un símbolo, un gesto, una decisión cargada de implicaciones culturales.

A continuación, se analizan cinco núcleos representacionales relevantes que emergen en estas narrativas: la PrEP en cuanto forma de autonomía sexual y cuidado ético; como símbolo de reparación intergeneracional y responsabilidad colectiva; como objeto de estigmatización moral; como experiencia de contradicción institucional; y, por último, como aliado afectivo y simbólico en la vivencia del placer y la prevención.

Autonomía y responsabilidad sexual

Uno de los núcleos representacionales más recurrentes entre los varones homosexuales que utilizan PrEP es el que articula la prevención biomédica con la libertad sexual, resignificando el uso de antirretrovirales no desde el miedo a la transmisión, sino desde el derecho al placer, a la tranquilidad emocional y al cuidado mutuo. En esta representación, el medicamento no aparece como una forma de control externo, sino como una herramienta de autonomía, autorregulación ética y afirmación del deseo, mediada por la conciencia del riesgo y la reciprocidad afectiva.



Desde la teoría de las representaciones sociales (Moscovici 1979), esta configuración puede comprenderse como un anclaje positivo, donde un objeto nuevo –la PrEP– es integrado a esquemas previamente asociados al autocuidado, el bienestar y la agencia sexual. A su vez, como plantea Jodelet (1983), estas representaciones no se limitan al discurso: se inscriben en el cuerpo, las prácticas y los vínculos cotidianos.

Andrés (37 años) sintetiza esta articulación entre placer y responsabilidad: “La PrEP me permite vivir mi sexualidad de manera libre, pero con cuidado. Es una forma de cuidarme a mí y cuidar a los otros”.

Diversos testimonios destacan que la PrEP es vivida como una tecnología que habilita el ejercicio del deseo sin culpa, mientras promueve una ética del cuidado compartido. Esta resignificación se presenta también en las palabras de Aldo (28 años): “Siempre fui muy consciente del riesgo que implicaba tener sexo sin condón, pero es la forma en la que me gusta. [...] Desde que uso la PrEP me siento más tranquilo e incluso he difundido sus beneficios con mis parejas sexuales”. En este relato, la tranquilidad emocional es parte integral de la práctica preventiva, y el placer se reinscribe como un derecho vinculado al cuidado informado. La PrEP aparece como un mediador simbólico que desarma las dicotomías tradicionales entre prevención y goce.

Udri (30 años) introduce una mirada generacional crítica: “Nuestra generación corre con mucha suerte [...]. Seamos sinceros: a la mayor parte de la población no nos gusta utilizar el condón y lejos de los juicios morales ésa es la realidad”. Su testimonio desestabiliza el discurso preventivo centrado exclusivamente en el condón y propone un enfoque realista, en el que la PrEP no niega la responsabilidad, sino que redefine sus formas materiales y simbólicas (Race 2018).

Jorge (22 años), por su parte, cuestiona la idea de que la PrEP se asocia únicamente a prácticas sexuales “promiscuas”: “Se debe normalizar el uso de antirretrovirales como forma de prevenir la infección [...]. Muchos casos de infección se dan en relaciones que supuestamente son exclusivas”. Este testimonio propone una prevención informada incluso dentro de relaciones sexoafectivas, donde el riesgo puede estar invisibilizado por discursos de monogamia. En este sentido, la PrEP opera al mismo tiempo como barrera biomédica y como herramienta para sostener vínculos desde la transparencia y el cuidado.

Finalmente, Luis (33 años), desde su doble experiencia como usuario y trabajador de salud, subraya: “La PrEP es prevención y también es tranquilidad [...]. Nos permite ejercer nuestra sexualidad sin miedo, pero con responsabilidad”. Luis incorpora un discurso

que desestabiliza la dicotomía entre lo biomédico y lo moral, posicionando a la PrEP como un objeto simultáneamente técnico y ético, con un papel fundamental en la construcción de nuevas formas de salud sexual situada y autónoma.

Símbolo generacional y cuidado colectivo

Más allá de su eficacia farmacológica, para muchos varones homosexuales la PrEP adquiere una carga simbólica que trasciende su dimensión biomédica. Para algunos, su uso constituye una forma de continuidad intergeneracional, como lo expresa Diego (23 años): “Mi tío vive con VIH y siempre me dijo que si hubiera existido la PrEP cuando él era joven, la hubiera tomado”. Esta representación inscribe a la PrEP en una narrativa de reparación afectiva, donde el medicamento se convierte en símbolo de lo posible no vivido por generaciones anteriores, como si su existencia actual ofreciera una forma de justicia simbólica frente a las vidas truncadas por la epidemia.

Luis (33 años), desde su doble lugar como usuario y trabajador de la salud, afirma: “Entiendo que la utilización de la PrEP a la larga disminuirá el gasto público [...]. Pero más allá de eso, también entiendo lo que esto significa para que no haya más personas con VIH a edades cada vez más tempranas”. Aquí se conjugan la visión estructural de la prevención con una preocupación por las juventudes futuras, reforzando el valor colectivo del medicamento como herramienta de transformación social y cuidado intergeneracional.

Esta conciencia histórica aparece también en el testimonio de Udri (30 años): “Nuestra generación corre con mucha suerte de contar con una pastilla que te va a ayudar a prevenir la infección por VIH [...]. Indudablemente esto no era posible todavía hace cinco años”. En su relato, el uso de la PrEP se resignifica como parte de un proceso de avance biomédico que, además de proteger, repara heridas del pasado, integrando el presente en una cadena de continuidad histórica.

Aldo (28 años) aporta una dimensión de autoafirmación identitaria: “Desde que uso la PrEP me siento más tranquilo e incluso he difundido sus beneficios con mis parejas sexuales. Para mí significa poder ser yo mismo y poder coger como a mí me gusta”. La PrEP, en este caso, representa una vía para habitar la sexualidad sin culpa ni temor, facilitando la expresión del deseo en cuanto forma legítima de existencia.

Para Jorge (22 años), el medicamento es directamente un “guardián” simbólico: “Me protege del VIH y puedo ejercer mi sexualidad como a mí me gusta”. Luis (33 años) refuerza esta idea al señalar: “La PrEP

me permite tener tranquilidad [...] y ejercer la sexualidad con responsabilidad”. Estos relatos evidencian cómo la PrEP es representada como escudo, aliado o gesto de cuidado compartido, en una lógica que incorpora tanto la protección individual como el compromiso ético hacia los otros. Andrés (37 años) lo resume con claridad: “Es una forma no solamente de cuidarse uno, sino de cuidar a esas otras personas con las que tienes encuentros sexuales”.

En este contexto, la categoría de autoatención propuesta por Eduardo Menéndez (2005) permite comprender cómo los sujetos integran el medicamento a sus prácticas cotidianas no desde la imposición médica, sino como una estrategia situada de cuidado, resistencia y afirmación del deseo. La PrEP se transforma así en un objeto relacional que condensa memorias, afectos y responsabilidades compartidas.

Estigma y contradicciones institucionales

La noción de medicalización, desarrollada por Eduardo Menéndez, constituye una herramienta crítica clave para comprender cómo los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención son apropiados, transformados y regulados por discursos, instituciones y tecnologías biomédicas. Menéndez distingue entre dos modalidades: la medicalización hegemónica, entendida como la incorporación de prácticas y saberes biomédicos en la vida cotidiana mediante imposición o persuasión institucional; y la autoatención, como el conjunto de acciones y decisiones que los sujetos realizan sobre su salud desde marcos culturales propios, muchas veces en tensión con el modelo médico dominante (Menéndez 1990; 2005).

En el caso de los medicamentos antirretrovirales, ya sea utilizados como tratamiento para quienes viven con VIH o como profilaxis preexposición (PrEP), la medicalización no se presenta de forma homogénea. Por el contrario, los testimonios recogidos entre varones homosexuales muestran una diversidad de trayectorias, significados y resistencias que permiten mapear cómo esta categoría opera de manera diferenciada según la posición que el sujeto ocupa frente al virus, al sistema médico y a su vivencia corporal.

Mientras que, en algunos casos, como el de Jared –quien ha estado medicalizado desde la infancia por haber nacido con el virus–, el tratamiento aparece como una forma de sujeción existencial cargada de ambivalencias afectivas, en otros se manifiesta como un dispositivo electivo, resignificado en clave de agencia, autonomía y responsabilidad sexual, como lo relatan Diego, Aldo o Andrés. Así, la medicalización no

debe entenderse exclusivamente como una imposición vertical del saber médico, sino también como un entramado complejo de negociaciones, reapropiaciones simbólicas y prácticas situadas.

Desde la perspectiva crítica propuesta por Menéndez, estas formas diferenciadas de vivir el tratamiento permiten hablar tanto de medicalización como de procesos de *apropiación cultural de lo médico*, en los cuales los sujetos reconfiguran activamente su relación con el cuerpo, el riesgo, la salud y el placer (Menéndez 2009). De este modo, los antirretrovirales –tanto en su uso terapéutico como preventivo– no sólo representan la incorporación de lo biomédico en la vida cotidiana, sino también la posibilidad de disputar sus sentidos, resignificar sus efectos y construir nuevas formas de subjetividad, cuidado y resistencia afectiva.

Convergencias y tensiones entre formas de medicalización

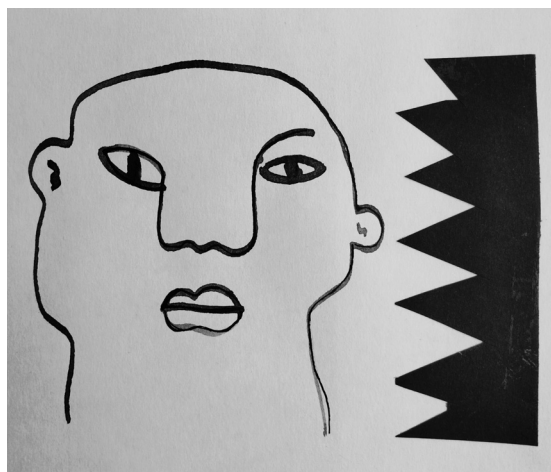
En los testimonios de varones homosexuales que viven con VIH y consumen ARV, la medicalización se presenta como una experiencia estructurante de la biografía corporal y subjetiva. Los ARV encarnan una oportunidad de sobrevivencia y, al mismo tiempo, un dispositivo de regulación permanente del cuerpo, que exige vigilancia, disciplina y adaptación fisiológica y emocional. Como afirma Omar (39 años): “El medicamento antirretroviral significa seguir vivo, pero pagando un precio, el cual es el desgaste de mi cuerpo”. Este testimonio revela la ambivalencia del proceso medicalizador: por un lado, salvación y continuidad de la vida; por otro, la incorporación forzada de un régimen farmacológico que transforma al cuerpo en objeto de seguimiento constante. En términos de Eduardo Menéndez, esto corresponde a una medi-

calización impuesta, en la cual el modelo biomédico interviene en la cotidianidad de los sujetos con prácticas terapéuticas y con lógicas normativas sobre el cuerpo, el riesgo y la vida (Menéndez 1990; 2009). Esta modalidad impone una racionalidad biomédica hegemónica que condiciona las decisiones terapéuticas bajo una lógica de permanencia, inevitabilidad y dependencia tecnológica.

El testimonio de Armando (35 años), quien narra su transición desde la vergüenza inicial hasta una reapropiación del tratamiento como herramienta de control y seguridad, muestra cómo este proceso también implica una negociación subjetiva con el mandato médico: “Hoy por hoy le he dado un resignificado al medicamento, el cual es mi aliado [...]. Me empodera el saber que gracias a él no transmito el virus”. Este tipo de experiencia ilustra lo que Menéndez denomina autoatención subordinada: una forma de apropiación del dispositivo biomédico que, aunque se enmarca en el régimen prescriptivo institucional, es resignificado desde la subjetividad del paciente (Menéndez 2005). Esta autoatención no implica autonomía plena, sino una incorporación estratégica de saberes médicos dentro del universo simbólico y afectivo del sujeto.

En el caso de Jared, quien nació con VIH y consume ARV desde su infancia, la medicalización se inscribe en una biografía impuesta, sin agencia inicial ni comprensión del régimen al que fue sometido: “Los antirretrovirales eran mi mayor enemigo porque no me permitían vivir mi juventud como yo quería”. Estas palabras reflejan una experiencia de alienación corporal, donde el tratamiento no fue inicialmente elegido, sino heredado como parte de una condición existencial. Menéndez advierte que, en estos casos, la medicalización adquiere un carácter totalizante, inscribiéndose en la identidad del sujeto como una obligación de por vida que afecta sus vínculos sociales, su autopercepción y su vivencia del cuerpo (Menéndez 2009). No obstante, el proceso de Jared también da cuenta de una forma tardía de autoatención, en la que el sujeto recupera cierta agencia al establecer estrategias de gestión simbólica y social sobre su tratamiento: “Tuve que reconciliarme con los antirretrovirales [...]. Únicamente con las personas que soy muy cercano saben que los tomo”. Aquí, la autoatención se articula como una práctica selectiva de visibilidad, que permite al sujeto ejercer control sobre los límites del estigma, la confidencialidad y la exposición corporal.

En conjunto, estos testimonios evidencian que la medicalización en varones homosexuales que viven con VIH no es un fenómeno homogéneo, sino una experiencia plural, situada y en constante tensión entre



disciplina biomédica y apropiación subjetiva. Como señala Menéndez, es en esta zona ambigua entre imposición y resistencia donde se configuran las formas más complejas de vivir el tratamiento, revelando que la medicalización, además de ser un dispositivo estructural, es también una forma de habitar el cuerpo, el tiempo y la identidad (Menéndez 1990; 2005).

*Medicalización estructural:
tratamiento como imposición vitalicia*

El uso de antirretrovirales como profilaxis preexposición (PrEP) constituye una forma emergente de medicalización en el ámbito de la sexualidad. A diferencia de la medicalización impuesta que acompaña al tratamiento del VIH, en la PrEP se configura una modalidad electiva de medicalización, donde el sujeto adopta voluntariamente el uso de un fármaco como parte de su estrategia de autoatención y regulación del riesgo. Esta práctica implica agencia, anticipación y planificación subjetiva, aunque no está exenta de tensiones.

Desde la perspectiva de Eduardo Menéndez (1990; 2005), esta relación con la medicina se inscribe dentro de la categoría de autoatención, entendida como el conjunto de acciones que los sujetos realizan sobre su salud a partir de sus saberes, experiencias y condiciones sociales. En este marco, los varones homosexuales que utilizan PrEP activan un proceso de medicalización anticipatoria, sustentado en la racionalidad del riesgo (Castel 1991) y el deseo de ejercer su sexualidad desde la información y el autocuidado.

Esta medicalización parte de una decisión consciente por mantener el control sobre el cuerpo y la salud y no desde el miedo. Como señala Diego (23 años): “La PrEP para mí es significado de seguridad, de libertad y de poder ejercer mi sexualidad de manera responsable cuidándome a mí y desde luego a los demás”.

Aquí el medicamento se representa como herramienta de cuidado mutuo y no sólo individual, integrando una ética del deseo informada y afectiva. Sin embargo, esta elección se ve tensionada por los contextos institucionales y los marcos morales en los que opera. Jorge (22 años) expresa: “Creo que se debe normalizar el uso de los antirretrovirales como forma de prevenir el VIH, y no necesariamente porque se tengan múltiples parejas sexuales”. Este testimonio revela cómo el acto voluntario de medicalizar el cuerpo desafía representaciones estigmatizantes que asocian la PrEP con promiscuidad. A pesar de ser una estrategia autónoma, los usuarios enfrentan dispositivos de control simbólico como el juicio social, el estigma y la ignorancia institucional.

Luis (33 años) sintetiza el sentido dual del medicamento como protección individual y responsabilidad colectiva. La PrEP aparece, así como una estrategia de autoafirmación ética y sexual, elegida desde el conocimiento y no impuesta por la patología. El medicamento, en este sentido, se convierte en una herramienta que articula salud, deseo y agencia subjetiva. Aldo (28 años) destaca además la dimensión placentera de esta práctica: “La PrEP significa poder ser yo mismo y coger como a mí me gusta”. Esta afirmación sitúa la medicalización en el campo del deseo y la autenticidad, habilitando una sexualidad libre de culpa y riesgo, donde el cuerpo es un espacio legítimo de goce y expresión.

No obstante, la medicalización electiva enfrenta obstáculos estructurales. Udri (30 años) advierte: “No todos los médicos saben qué es la PrEP [...] y si no sabes cómo explicarlo, es probable que no te crean o te juzguen”.

Aquí se evidencia una contradicción: los sujetos se autoatienden de forma anticipada, pero el sistema médico no siempre está preparado para validar esta elección. En términos de Menéndez (2005), se trata de una medicalización sin legitimación institucional, donde el medicamento es incorporado como estrategia vital, pero sin respaldo simbólico ni operativo de las estructuras de salud. Este desfase genera incertidumbre, refuerza el estigma y limita el ejercicio pleno del derecho a la prevención.

**Medicalización electiva:
prevención como estrategia de agencia**

Las experiencias en torno al uso de antirretrovirales –tanto en varones homosexuales que viven con VIH como en aquellos que utilizan la profilaxis preexposición (PrEP)– revelan un proceso de medicalización múltiple, donde se entrelazan dispositivos de poder, afectividad, normatividad y agencia. En este contexto, el medicamento no actúa simplemente como tecnología biomédica, sino como operador de subjetivación que incide en las prácticas, los sentidos y la relación con el cuerpo (Menéndez 2005; 2018). Esta medicalización se expresa como una lógica de intervención que transforma la cotidianidad de los usuarios, exigiendo monitoreo clínico, disciplina corporal y adherencia sostenida, en una relación no siempre voluntaria ni exenta de conflicto.

Desde una perspectiva crítica de la antropología médica, Menéndez (2005) sostiene que la medicalización hegemónica se caracteriza por la incorporación –frecuentemente coercitiva– de saberes y prácticas

biomédicas en la vida de los sujetos, bajo regímenes estructurales desiguales. En el caso del tratamiento antirretroviral, esta lógica se traduce en un régimen de autorregulación donde el cuerpo deviene objeto de vigilancia constante. Como expresa Omar (39 años): “El medicamento significa seguir vivo, pero pagando un precio, que es el desgaste del cuerpo”. Testimonio que refleja cómo la vida sostenida mediante el tratamiento es, al mismo tiempo, una vida regulada por el biopoder, sometida a monitoreo y efectos secundarios. Es lo que Menéndez (2005) conceptualiza como medicalización estructural vitalicia.

Por otro lado, en los usuarios de PrEP se observa una modalidad electiva de medicalización: una incorporación voluntaria del medicamento como estrategia anticipatoria. Sin embargo, esta elección no se libra de restricciones simbólicas o materiales. Luis (33 años) comenta: “La PrEP me da tranquilidad, pero hay que cumplir con los chequeos constantes”.

Aunque existe agencia, se mantienen las exigencias institucionales que reproducen la lógica biomédica del control, situando también a estos sujetos dentro del campo de la medicalización, aunque con mayores márgenes de elección.

Estos contrastes evidencian un *continuum* de medicalización que va desde la imposición terapéutica (en los tratamientos por VIH) hasta la prevención electiva (en el uso de PrEP), atravesado por formas diferenciadas de disciplina, deseo y subjetivación. Jared (21 años), quien, como ya se dijo, consume ARV desde la infancia, afirma: “Los antirretrovirales eran mi enemigo, no me dejaban vivir mi juventud como yo quería”. Frente a ello, Aldo (28 años), usuario de PrEP, dice: “La PrEP significa poder ser yo mismo y coger como a mí me gusta”. Tales narrativas muestran cómo el medicamento no sólo representa una tecnología médica, sino también un símbolo ambivalente que puede encarnar control o libertad, castigo o placer.

Esta ambivalencia se articula con lo planteado por Waitzkin (1991), quien argumenta que la medicina también actúa como reproductora de ideologías dominantes, regulando cuerpos y prácticas disidentes desde lo sexual y lo afectivo. En este sentido, los varones homosexuales se enfrentan a dispositivos morales que condicionan su acceso al medicamento, su representación pública y su vivencia subjetiva del cuerpo.

Sin embargo, los sujetos no son pasivos. A través de procesos de resignificación simbólica, resistencia afectiva y reapropiación del discurso médico, muchos transforman el medicamento en un aliado, un guardián simbólico o un acto ético de cuidado compartido.

En síntesis, la medicalización de los cuerpos que viven o están expuestos al VIH no es un fenómeno

homogéneo. Se trata de un campo de disputa simbólica donde los significados del medicamento, la salud y la sexualidad se negocian continuamente. Esta disputa –atravesada por relaciones de poder, agencia y afectividad– sólo puede comprenderse mediante una mirada situada que articule lo biomédico con lo sociopolítico y lo emocional.

Conclusiones

El uso de antirretrovirales ha transformado la expectativa de vida de quienes viven con el virus de inmunodeficiencia humana y también los modos en que los cuerpos, las sexualidades y las decisiones sobre el cuidado son reguladas, negociadas y resignificadas. A partir de una aproximación etnográfica y crítica desde la antropología médica, este artículo ha puesto en evidencia que la medicalización del cuerpo no es un proceso homogéneo ni exclusivamente técnico, sino una experiencia situada, cargada de afectividad, tensión institucional y marcada por trayectorias biográficas diversas (Menéndez 2005; Farmer 2003).

En el caso de los varones homosexuales que viven con VIH, el tratamiento antirretroviral configura una forma de medicalización estructural y vitalicia. Aunque garantiza la continuidad de la vida, impone regímenes de vigilancia médica, adherencia constante y resignificación del cuerpo seropositivo. En los relatos analizados, el medicamento es vivido como figura ambivalente: salvación y carga, protección y castigo, control institucional y empoderamiento personal. Esta complejidad está atravesada por el momento del diagnóstico, la historia corporal y el acceso o no a redes de apoyo comunitario (Abadía-Barrero 2004).

En contraste, los varones homosexuales que utilizan la PrEP como estrategia de prevención configuran una experiencia de medicalización electiva, donde el medicamento se asocia a la libertad sexual, la tranquilidad emocional y el cuidado compartido. No obstante, esta modalidad también se ve afectada por discursos morales, barreras institucionales y formas persistentes de estigmatización, incluso dentro de la propia comunidad LGBTQ+ (Waitzkin 1991: 145). De este modo, la PrEP revela una tensión entre la biopolítica del riesgo y el deseo de autonomía: aun cuando es promovida como herramienta de salud pública, su legitimidad simbólica sigue siendo disputada.

En ambos casos, los antirretrovirales se convierten en tecnologías de subjetivación que median no sólo el cuerpo físico, sino también el cuerpo emocional, social y político. La medicalización debe entenderse, por tanto, como un proceso bioético y cultural, en el que

se disputan sentidos sobre la vida digna, el derecho al placer, la gestión del riesgo y la autonomía sobre el cuerpo (Menéndez 2018; Foucault 2008).

Este análisis confirma lo planteado por Menéndez (2005), Farmer (2003) y Abadía-Barrero (2004): toda tecnología médica está imbricada en relaciones de poder. Por ello, se vuelve urgente pensar políticas de salud pública culturalmente informadas, emocionalmente sensibles y políticamente justas, que garanticen el acceso a estas tecnologías sin estigma, reconociendo su papel tanto en la prevención o el tratamiento como en la construcción de subjetividades, vínculos y formas de vida en contextos de profunda desigualdad.

Fuentes

- Abadía-Barrero, César Ernesto. 2004. "Políticas y temas del sida en Brasil y Colombia". *Revista Colombiana de Antropología* 40: 123-154. doi: <https://doi.org/10.22380/2539472X.1217>.
- Assaf, D. Ryan *et al.* 2021. "Are men who have sex with men at higher risk for HIV in Latin America more aware of PrEP?". *PLOS ONE* 16, núm. 8, e0255557. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255557>.
- Bavinton, Benjamin R. *et al.* 2018. "Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: An international, prospective, observational, cohort study". *The Lancet HIV* 5, núm. 8, e438e447. doi: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30132-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30132-2).
- Buzón-Martin, Luis. 2020. "Weight gain in HIV-infected individuals using distinct antiretroviral drugs". *AIDS Rev.* 22, núm. 3:158-167. doi: <https://doi.org/10.24875/AIDS-Rev.M20000036>.
- Castel, Robert. 1991. "From dangerousness to risk". En *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, editado por Graham Burchell, Colin Gordon y Peter Miller, 281-298. Chicago: University of Chicago Press.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 2022. "About HIV". <https://www.cdc.gov/hiv/about/index.html>.
- Chapin-Bardales, Johanna, Ángel B. Algarín, Ricardo Baruch-Domínguez, Laramie R. Smith, Mauricio Hernández-Ávila y Travis Sánchez. 2024. "Awareness, willingness to use pre-exposure prophylaxis, and use of post-exposure prophylaxis for HIV prevention among men who have sex with men in Mexico". *International Journal of STD & AIDS* 35, núm. 9: 675-688. doi: <https://doi.org/10.1177/09564624241248254>.
- Cohen, Myron S. *et al.* 2011. "Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy". *The New England Journal of Medicine* 365, núm. 6: 493-505. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1105243>.
- Farmer, Paul. 2003. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.
- Flores-Palacios, Fátima. 2006. "El sida y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales". *Salud Mental. Publicación Oficial del Instituto Nacional de Psiquiatría* 29, núm. 3. https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/1110.
- Flores-Palacios, Fátima y René Leyva-Flores. 2003. "Representación social del sida en estudiantes de la Ciudad de México". *Salud Pública de México* 45 (supl. 5), S624-S631. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100007&lng=es&tlng=es.
- Foucault, Michel. 1976. *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel. 2008. *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Herrera-Herrera, Miguel Ángel y María del Rocío Figueroa-Varela. 2022. "Representaciones sociales de la salud sexual: encuentros y desencuentros al realizarse la prueba de VIH". *Acta Universitaria* 32, e3408. https://www.researchgate.net/publication/362787817_Representaciones_sociales_de_la_salud_sexual_encuentros_y_desencuentros_al_realizarse_la_prueba_de_VIH.
- ImPrEP Study Group. 2022. "Factores asociados con la participación y la adherencia a la profilaxis preexposición al VIH a largo plazo entre mujeres transgénero en Brasil, México y Perú: Resultados del estudio ImPrEP". *Revista de la Sociedad Internacional del SIDA* 25, S5. doi: <https://doi.org/10.1002/jia2.25974>.
- Jodelet, Denise. 1983. "La representación social: fenómenos, conceptos y teoría". En *Psicología social II; pensamiento y vida social: Psicología social y problemas sociales*, de Serge Moscovici, 469-494. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Menéndez, Eduardo L. 1990. *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menéndez, Eduardo L. 2005. "El modelo médico y la salud de los trabajadores". *Salud Colectiva* 1, núm. 1 (enero-abril): 9-32.
- Menéndez, E. L. 2009. *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Menéndez, Eduardo L. 2018. "Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos". *Desacatos* 58: 104-113. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&tlng=es.
- Monteiro, Simone, Wilza Villela, Livia Fraga, Priscilla Soares y Adriana Pinho. 2016. "The dynamics of the production of AIDS-related stigma among pregnant women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil". *Cadernos de Saúde Pública* 32, núm. 12: e00122215. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00122215>.
- Moscovici, Serge. 1979. *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul.
- Race, Kane. 2018. *The Gay Science: Intimate Experiments with the Problem of HIV*. Nueva York: Routledge.
- Rodger, Alison J. *et al.* 2016. "Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy". *JAMA* 316, núm. 2, 171-181. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148>.
- Sax, Paul E. *et al.* 2020. "Weight gain following initiation of antiretroviral therapy: Risk factors in randomized comparative clinical trials". *Clinical Infectious Diseases* 71, núm. 6, 1379-1389. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciz999>.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS). 2020. *Understanding fast-track: Accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030*. UNAIDS. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/understanding-fast-track>.
- Waitzkin, Howard. 1991. *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems*. New Haven: Yale University Press.
- WHO (World Health Organization). 2016. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach* (2ª ed.). S/1: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825>.