

Coyuntura, familia y paternidad viviendo con VIH

Simón Cano Le Tiec¹

¹ UNED (Investigador).

Email de correspondencia: canosimon43@gmail.com

RESUMEN

Pese la diversidad de temáticas tratadas por la antropología, el parentesco sigue siendo una de las cuestiones más estudiadas por la disciplina. El auge de nuevos modelos de familia ha favorecido el interés de los antropólogos por conocer y comprender las alternativas a los modelos tradicionales como son, por ejemplo, los casos de las madres solteras o la homoparentalidad. No obstante, la bibliografía resulta más escasa en lo referente a la paternidad de personas seropositivas. Hasta hace relativamente poco, una persona VIH positiva veía muy complicada la posibilidad de tener descendencia sanguínea. El nuevo paradigma científico de la indetectabilidad ha permitido sortear esta dificultad, motivando este estudio de caso con la pretensión de acercarse al parentesco desde una persona seropositiva.

Palabras clave: Parentesco, coyuntura vital, VIH, persona seropositiva, familias, familias que elegimos.

Conjuncture, family and kinship living with HIV

ABSTRACT

Despite the diversity of topics treated by anthropology, kinship continues to be one of the most studied issues in the discipline. The rise of new family models has favored the interest of anthropologists in knowing and understanding alternatives to traditional models such as, for example, the cases of single mothers or homoparenting. However, the literature is scarcer regarding the parenthood of HIV-positive people. Until relatively recently, an HIV-positive person found the possibility of having blood offspring very complicated. The new scientific paradigm of undetectability has made it possible to overcome this difficulty, motivating this case study with the aim of approaching the relationship from an HIV-positive person.

Keywords: Kinship, vital conjuncture, HIV, seropositive person, families, families we choose.

INTRODUCCIÓN

Según gran parte de la literatura especializada en el tema, la consideración de la epidemia del SIDA en la década de 1980 como paradigma generacional está más que justificada. Desde junio de 1981, cuando el Centro para el Control de Enfermedades de EEUU alerta de los primeros casos, más de treinta millones de personas han fallecido a causa de esta enfermedad (Pepin, 2011). Sus dramáticos efectos han sido recogidos en el cine y en la literatura, y ha dinamizado estudios con respecto a la estigmatización de determinados colectivos. Asimismo, desde los albores de la epidemia hasta nuestros días se ha incidido en las consecuencias e implicaciones de la enfermedad en asuntos tales como la reproducción asistida, la paternidad y la maternidad (Ferreira Langendorf, 2020).

Pasados más de 40 años desde el inicio de la epidemia, los avances científicos han conseguido determinar y distinguir el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) del virus que lo ocasiona (VIH). Los progresos con respecto a la medicación y tratamiento antirretroviral han permitido mejorar considerablemente la calidad y esperanza de vida de quienes pueden tener acceso a ellos. Dichos tratamientos permiten que la persona diagnosticada con VIH se enfrente a un horizonte vital radicalmente distinto a la que lo hacía hace cuatro décadas.

Pasados 40 años, en este trabajo pretendo dar voz a algunas de las particularidades que han emergido a raíz del cambio en las cuestiones relacionadas con la experiencia vital del diagnóstico por VIH y sus implicaciones familiares, así como atender a su influencia a la hora de determinar o no los deseos de paternidad. Para ello, acudo a mi informante, Lucio, con cuya historia de vida puedan explicitarse la singularidad y los modos en los que se ha dado esta coyuntura vital (su diagnóstico de infección por VIH) así como su relevancia a la hora de influir en sus deseos, ideas y creencias sobre la paternidad y la familia.

METODOLOGÍA

El marco teórico previo empleado en este trabajo partía del concepto “vital conjuncture” y del de “families we choose”. La primera de estas nociones apertura el atender a la singularidad de los procesos reflexivos en torno a la incertidumbre y decisión que acompañan al informante al conocer su estatus. La segunda refiere a los vínculos que puede establecer Lucio como reapropiación simbólica de las relaciones de parentesco frente al dominio de la familia tradicional “procreadora”. No obstante, ambos conceptos son empleados como guía para articular una experiencia personal y subjetiva, de tal modo que no se ha buscado comprobar su operatividad. Más bien, los he empleado para corroborar la existencia de márgenes experienciales y perceptivos que solo comparecen en el relato subjetivo de esta historia de vida.

Para la elaboración de este trabajo se han concertado con Lucio la realización de seis entrevistas no dirigidas, que han versado sobre sus recuerdos, experiencias y percepciones respecto al diagnóstico de VIH. El nombre “Lucio” responde al seudónimo que el informante me ha pedido que emplee para referenciarlo. Todos los testimonios que aparecen en este trabajo corresponden a su propia voz, de modo que no he considerado necesario indicarlo cada vez que aparece. No he especificado más detalles personales del informante a petición suya. A partir de los datos obtenidos he organizado el análisis del siguiente modo:

1. El sida y las familias que elegimos: un marco inicial donde sitúo la reflexión propuesta en torno al concepto de “las familias que elegimos” propuesto por Kath Weston y su relación con el VIH (Weston, 1991)
2. Un desarrollo sobre el diagnóstico de VIH de Lucio acompañado con las consideraciones de Jennifer Johnson-Hanks respecto a la “coyuntura vital” y el papel de la familia durante el proceso (Johnson-Hanks, 2002)

3. Un acercamiento a la percepción de la paternidad para Lucio, atendiendo a los procesos de donación de esperma y búsqueda de una futura madre. En estos dos últimos puntos se contrastan los resultados obtenidos con las características de la noción de Weston (Weston, 1991).

Además de la bibliografía afín a la disciplina, he empleado bibliografía médica para fundar diversas afirmaciones con respecto a los detalles diferenciales del VIH entendido en la actualidad frente a sus primeras décadas. Esto tiene el fin de matizar la exactitud de los parámetros en los que operan los tratamientos actuales, a mi juicio muy relevantes para la comprensión del horizonte coyuntural de Lucio.

1. EL SIDA Y LAS FAMILIAS QUE ELEGIMOS

Aunque se tienen indicios de su todavía más temprana eclosión, existe cierto consenso sobre situar el inicio de la epidemia del SIDA entre los años 1981 y 1983 (Pepin, 2011). Después de 40 años, y tras los grandes avances en terapia antirretroviral, las personas afectadas por el VIH tienen la misma esperanza de vida que alguien que no se encuentra en esa situación. No obstante, eso no quita que el diagnóstico y adherencia al tratamiento no sean susceptibles de problematización, en la medida en que el virus todavía es asociado con el rechazo, el castigo por la promiscuidad y la muerte (Cotrim Segurado Paiva, 2007), (Margulies, 2010).

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido constantemente asociado a hombres gays debido a su transmisión por vía sexual y sanguínea, relacionando la homosexualidad con el SIDA y el deterioro de la salud (Watney, 1987). Al mismo tiempo, el paradigma del SIDA ha sido empleado en sendos medios de comunicación para situar, sobre los afectados, la losa de la culpa por su responsabilidad a la hora de contraerlo (Watney, 1987).

El punto más relevante de cara a este trabajo es la división efectuada por los medios a partir de la epidemia del SIDA, contraponiendo el “modelo familiar” a la “vida gay”. En este sentido, se evocan dos realidades contrapuestas, en las que gays y lesbianas parecen ser modos de vida que excluyen la posibilidad de construir una familia. Al mismo tiempo, implicaría orientar el concepto de familia y de parentesco a aquellos vínculos que entablan relaciones sexuales con vistas a la procreación (Weston, 1997).

A este respecto, el argumentario de Kath Weston resulta muy útil para situar las coordenadas teóricas y prácticas en las que acontece la significación del parentesco en personas homosexuales: “Identificando implícitamente la familia con la procreación, la ecuación “hetero es a lo gay lo que la familia es a la no familia” concede la totalidad del dominio del parentesco a la heterosexualidad” (Weston, 1997). Weston enfrenta esta concepción de la familia con la de “las familias elegidas” que, aunque no excluya los elementos que componen la familia heterosexual, se basan en la libre voluntad de sus integrantes para la inclusión de sus miembros. Por ello, las “familias elegidas” se convierten en una interesante categoría con la que aproximarse a nuevas configuraciones del parentesco en personas homosexuales, que trascienden su asociación con los lazos de sangre.

En cuanto a la paternidad y a la maternidad durante los primeros años de la epidemia del SIDA, Weston recoge diferentes testimonios sobre los deseos de hombres gays y mujeres lesbianas por tener hijos. En sus relatos, la “salida del armario” va acompañada con una profunda reflexión sobre su expectativa de futuro. Dichas expectativas incluyen el deseo de paternidad, que cubre la posibilidad de diversos escenarios que van desde la donación de esperma hasta un rol activo en el cuidado del niño (Weston, 1997).

Sin embargo, el auge del SIDA genera un ambiente de susceptibilidad con respecto a la validez de los donantes. En esta época, para considerar su dona-

ción debían pedir la realización de un test de anticuerpos previo a la inseminación (Weston, 1997). No obstante, muchos participantes acababan por renegar de tal posibilidad ante el temor a un resultado reactivo.

Esto plantea la cuestión de si una persona diagnosticada con VIH podía o no tener hijos biológicamente conectados con ella. En aquella época, se entendía que una persona con VIH no podría inseminar a una que no lo hubiera contraído, al estar poniendo en riesgo de infección tanto a la madre como a su descendencia (Cotrim Segurado y Paiva, 2007).

2. LUCIO Y LA COYUNTURA VITAL DEL VIH

Lucio es un varón homosexual de 46 años, afincado en la Costa del Sol, donde trabaja de manera estable desde hace dos años. Durante la primavera de 2016, a Lucio le diagnostican VIH:

“Pues fíjate que me enteré porque me encontré a mi doctora por la calle, porque yo no había ido a ver los resultados de los últimos análisis...se me había pasado...y me dijo que tenía que pedir cita lo más pronto posible...me habrían llamado igualmente unos días más tarde, pero por cómo me lo dijo yo sabía que algo no iba bien. Cuando me lo dijeron se me vino todo el mundo abajo. No sabía lo que me iba a pasar. Recuerdo que pasé varios días sin dormir y pensando en tirarme por la ventana de mi apartamento. No sabía lo que iba a ser de mí”.

El diagnóstico de VIH para Lucio supone, en primera instancia, un choque que cuestiona la totalidad de su devenir vital. No en vano, un diagnóstico de este tipo no forma parte de un modelo de ciclo vital universalizable, sino que representa un tipo situación fundada en la incertidumbre. A este respecto, las consideraciones de Johnson-Hanks con respecto a la denominada “coyuntura vital” parecen bastante relevantes, pues concibe el advenimiento de una enfer-

medad como una de sus formas (Johnson-Hanks, 2002). A través de este marco, el diagnóstico de VIH puede entenderse como coyuntura vital en la medida en que atiende a un momento inespecífico de la vida en la que se abren una serie de cambios potenciales, acompañados a las posibles acciones y decisiones que Lucio puede realizar.

“Al principio me dijeron que todavía no hacía falta que me medicara, pues tenía un buen sistema inmune y la medicación no era tan buena como ahora, por lo que convenía más esperar. Pero es cierto que, joder, te dicen eso y estás como: ¿qué voy a hacer? No se lo puedo contar a nadie porque el rechazo...te rayas por tantas cosas y me dije: voy a morir. Cuando digo que me iba a tirar por la ventana, lo decía en serio: ese ha sido el momento en el que más cerca he estado de la idea de suicidarme”.

En el caso de Lucio, el horizonte coyuntural de posibilidades abarcaba todo un rango de eventos futuros en los cuales su estatus podía comparecer: deterioración de la salud si no tomaba la medicación, cómo podía afectar el comunicarlo a su familia o a futuras parejas y relaciones amorosas. En palabras de Johnson-Hanks, “muchos futuros son traídos a la cuestión” en un momento donde la coyuntura enarbolaba su incertidumbre (Johnson-Hanks, 2002). Dicha incertidumbre y las decisiones parejas expresan su mayor grado de radicalidad cuando Lucio se presenta el suicidio.

No obstante, y como se ha apuntado en diversas ocasiones, el tratamiento para el VIH ha cambiado radicalmente desde la epidemia del SIDA de los años 80. El desarrollo de nuevos medicamentos antirretrovirales ha supuesto un aumento considerable en la esperanza de vida de una persona seropositiva, hasta el punto de publicitarse que no dista en absoluto de la de una persona que es seronegativa (Bastos da Silveira Reis, 2015). Sin embargo, pese a la difusión de

esta información, el diagnóstico se sigue entendiendo, en ocasiones, como una sentencia de muerte:

“Yo había oído algo de los medicamentos y que si te tomabas la pastilla pues no pasaba nada, pero de ahí a creértelo. O sea ¿cómo han podido hacerlo? ¿Cómo puede ser que de repente ellos van y sacan una pastilla que te mantiene sano e impide que se lo puedas pasar a tu pareja? ¿Y eso quien te lo asegura al 100%?”.

Incluso siendo asegurado por las autoridades médicas, el pensamiento de Lucio con respecto al VIH era que seguía siendo una enfermedad mortal y que, incluso en el caso de no serlo, tendría que ser un secreto que jamás podría comunicarle a nadie. En este último caso también se expresa un miedo al rechazo por parte de su círculo de confianza o por cómo se lo podría tomar su familia:

“Nosotros...no podemos decirles a nuestras familias todo ¿verdad? Yo creo en la mentira piadosa, en la que sirve para no hacer daño a las personas que quieres. Ellos no tienen por qué saber ciertas cosas, básicamente porque si les contásemos todo lo que hacemos o todo lo que nos pasa se acabarían desmayando”.

Aunque ser diagnosticado con VIH en el contexto de una sociedad occidental como la española (donde la Seguridad Social garantiza el acceso gratuito a una medicación que salva la vida del que la toma a diario y le permite tener una vida similar a la de alguien seronegativo) ya no sea una sentencia de muerte, es cierto que se puede seguir experimentando como una coyuntura vital en la medida en que expone al portador a una incertidumbre asociada a sus relaciones familiares y personales.

Weston aporta algunos testimonios sobre la percepción que tenían algunas personas seropositivas durante los años 80 con respecto a contárselo o no a sus familias. En algunos casos, refieren directamente al miedo o la vergüenza de que sus padres deban pasar por el tránsito emocional de ver morir a su hijo de

SIDA. Algunos aseguran que es incluso mayor el miedo a que tener que comunicarlo a los padres que contraer la enfermedad (Weston, 1997).

Las razones que justifican este cuestionar orbitan en torno a la posible reevaluación de los lazos que unen a familiares y a amigos si la persona con VIH decide comunicárselo. Sin embargo, y pese a que el tratamiento haga imposibles las consecuencias que motivaban el recelo a contarlo a familiares y amigos en décadas anteriores, la duda en torno a si revelarlo o no sigue persistiendo. De todas formas, aunque el diagnóstico de Lucio abra un horizonte coyuntural incierto donde se sopesa si comunicarlo o no, es cierto que tras un tiempo comienza a reducir esa incertidumbre concretándola, selectivamente, al elegir a quién contárselo.

“Los primeros días los pasé sin dormir, en vela, pensando todo. Pero después de tres días tu cuerpo va comprendiendo, aunque al principio te encuentres totalmente solo. Fue entonces cuando fui a ver a mi amigo J.F. y se lo conté todo...y la verdad es que fue bastante comprensivo: me invitó a una infusión y me hizo una sesión de reiki. Después de eso me quedé super tranquilo. Bueno...decir súper tranquilo tal vez sea pasarse, pero algo mejor desde luego que sí”.

Cuando le pregunto a Lucio a cuánta gente se lo ha contado, me responde que “más o menos cinco personas”. A raíz de los testimonios que cuestionaban la confianza en la familia a la hora de comunicarles su estatus, Weston plantea que la noción de “familia que elegimos” resulta útil para esclarecer el tipo de vínculos de afectividad y confianza que puede establecer una persona homosexual al margen de los lazos de sangre. Durante los años 80, era en este tipo de vínculos con amistades y conocidos sobre los que descansaban los intentos anticipatorios de la persona seropositiva por asegurar el proceder con respecto a sus posesiones y su cuerpo en caso de incapacidad o muerte (1997: 228).

Pese a que las circunstancias hayan cambiado, lo cierto es que las “familias que elegimos” en el caso de Lucio representan algo con la elección escogida (Weston, 1997).

“A ver yo se lo he contado a poca gente porque he sentido que quería contárselo a esa persona en concreto. También se lo he contado a un amigo que, cuando lo conocí, nos dijo a mí y a otro colega, abiertamente, que era seropositivo. Hay gente que se lo cuenta a todo el que pilla. Pero yo no creo que sea necesario: tu no vas por ahí diciendo que tengas psoriasis o el intestino irritable, aunque es cierto que, al principio, cuando lo contaba, notaba un gran alivio y la comprensión de quienes se lo decía me ayudó bastante”.

Las personas a quienes Lucio decide contarles su estatus pueden representar el compartir el peso de la incertidumbre coyuntural que, en el momento del diagnóstico, se presenta en forma irresoluta. La duda y negativa para comunicarlo a la familia sanguínea se contraponen a hacerlo con determinadas amistades que aseguran un trato comprensivo y que solventan, parcialmente, el efecto que podía tener en las aspiraciones relacionales de Lucio.

El empleo de la noción “familias que elegimos” pretende recalcar el carácter fundamentalmente voluntario de determinadas asociaciones, como componente y constructor de una identidad que se funda, parcialmente, en los lazos que establece la persona homosexual (1997: 71). Resulta necesario apuntar que se trata del suelo simbólico sobre el que apropiarse de un parentesco cuyo dominio ha recaído sobre la familia heterosexual. De esta forma, la “familia que elegimos” surge como aparato relacional que trata de sortear el posible rechazo de la familia sanguínea y cimentar nuevos vínculos en base a la iniciativa y selección propia de la persona.

En el caso del VIH, la “familia que elegimos” parece desempeñar un rol todavía más importante, ya que se suma una condición más a la identidad que es

susceptible de ser rechazada previamente. Por ello, no solo la “salida del armario” puede ser vista como coyuntura vital, en la medida en que expone a la persona a cierto estigma, a la posibilidad de ser expulsado del hogar o marginado por su familia o conocidos. El diagnóstico por VIH se presenta, tanto en los 80 como ahora, como un momento de fuerte incertidumbre que lleva a plantear el futuro de las aspiraciones de la persona. Por este motivo, elegir a quién contárselo constituye una de tantas formas que tiene la capacidad de elegir para conformar la “familia que elegimos” frente al posible rechazo.

En esta línea, resulta relevante mencionar el papel que desempeñan asociaciones y redes de personas que acompañan a personas diagnosticadas con VIH por los primeros compases del tratamiento.

“Después mi amigo me llevó a una de estas asociaciones donde te explican un poco mejor y de forma algo más llevadera lo que conlleva vivir con el virus y tomarte las pastillas. Y encima la gente que suele trabajar ahí es super maja y te tratan genial. Uno de ellos me dijo que no pasaba nada, que podía llevar una vida normal e incluso seguir pegándome las fiestas que me pegaba. Muchos de ellos también tienen el virus y está claro que poder hablar con gente que ha pasado por tu misma situación... ayuda una barbaridad”.

El papel de las asociaciones a la hora de orientar y comunicarse con Lucio puede destensar la radicalidad de la coyuntura vital y ofrecer un replanteamiento de las posibilidades de acción más acorde a la realidad del diagnóstico. Por otro lado, entrar en contacto con personas que han pasado por las mismas circunstancias y con la capacidad de organizar y gestionar asociaciones de voluntarios o similares permite construir un sentimiento de comunidad y de identidad colectiva (Rivas y Jociles, 2009). Este procedimiento, que permite afianzar determinados juicios y percepciones a partir de una identidad social se traduce en un empoderamiento que puede aliviar la carga coyuntural de la situación.

En este sentido, la singularidad del diagnóstico choca con la percepción afincada en la consideración de los efectos de la enfermedad durante la epidemia. La falta de referentes de personas sanas con VIH podría provocar, precisamente, que un diagnóstico en la actualidad se siga afrontado como lo era entonces. Por lo tanto, pese a que las innovaciones médicas y los avances en tratamientos hayan conseguido paliar gran parte de las afecciones de las personas seropositivas, tal cambio puede no haber ido acompañado de una comprensión de sus implicaciones. Esto se aplica tanto en el caso del diagnosticado como en el de posibles familiares y conocidos, de los que se asume que tampoco conocen la realidad actual de los fármacos para el VIH.

3. PATERNIDAD Y VIH

Como he señalado previamente, la epidemia del SIDA de los años 80 supuso un cambio de paradigma a la hora de considerar la donación de semen de determinadas personas: al no existir cura o tratamiento, la inseminación a partir de un donante seropositivo ponía en riesgo la vida de la madre y el futuro bebé (Ferreira Langendorf, 2020). De esta manera, un diagnóstico de VIH suponía la imposibilidad de proseguir una descendencia sanguínea:

“Cuando me enteré...no pensé en cómo afectaría al tema de tener hijos. La verdad es que siempre he querido ser padre y nunca he querido adoptar, pero en ese momento no lo pensé realmente. No sentí que esa puerta se me hubiese cerrado, para serte sincero “.

Cabe mencionar que desde 2014, la OMS ha publicitado el principio de identidad I=I (U=U en inglés) que refiere a la incapacidad de una persona seropositiva bajo tratamiento para transmitir el virus (OMS, 2023). Si la persona sigue la toma de medicamentos consigue el estatus de indetectable, que representa una ínfima carga viral en sangre. Al conseguir el estatus de indetectable y mantenerlo durante seis meses,

la persona es incapaz de transmitir el virus por vía sexual. Esto implica, para la persona con VIH, recuperar la posibilidad de continuar el linaje sanguíneo.

“Mira yo siempre he querido ser padre y por eso tengo semen congelado en X. El tema del tratamiento ahora es cierto que hace que el virus no se detecte y tal, pero hace unos años yo preferí que hicieran lo de la limpieza de semen. Que tú vas, les pagas y ellos te la “depuran” ¿sabes? No sé muy bien como lo hacen, pero vale una pasta. No sé si fueron 300 pavos o así”.

La limpieza de semen es uno de los procesos que forman parte de la reproducción asistida, cuyo fin es eliminar todo rastro de infección por VIH o Hepatitis C de la muestra del donante. En caso de que la persona sea indetectable, las autoridades médicas no consideran necesario este proceso (OMS 2023: 6).

En la obra de Weston se recoge el entusiasmo de las personas homosexuales ante la llegada de las Técnicas de Reproducción Asistida, ya que hacían posible la preservación de un tipo de parentesco que hasta entonces no parecía serles accesible. Bajo el paraguas conceptual de “las familias que elegimos”, es común encontrar hombres gays con la pretensión de hallar una mujer lesbiana que quiera recibir una donación de espermatozoides y en la que ambos puedan desempeñar un papel activo en la vida del niño. Los motivos para ello parecen radicar en la comprensión del factor selectivo que caracteriza a “las familias que elegimos” frente a la familia heterosexual, además de combatir la negación categórica del parentesco a personas homosexuales, que habrían sido definidas como personas “no-procreadoras (Weston, 1997).

En el caso de Lucio, me interesaba cómo podía operar este proceso de selección, que integra algunos de los rasgos característicos de “las familias que elegimos” pero que no tiene por qué seguir todas sus prerrogativas:

“En mi caso, para mí el modelo ideal es una pareja divorciada pero que está de buen rollo. Esto

ya de por si es complicado y cada vez hay menos en este plan, pero alguna me he encontrado. Yo llegaba, por ejemplo, conocí a una pareja peruana. La idea era una especie de “simulación de familia”. Después de conocernos durante un tiempo y tal, digo que tengamos un hijo. Nos vamos a ahorrar la separación, porque no va a haber ningún tipo de desamor. Tendremos diferencias de criterio, a lo mejor, porque tú quieres que el niño vaya a tal colegio...tú lo quieres llevar al Opus Dei y yo a los jesuitas, por ejemplo...pero no nos vamos a poner los cuernos ni nada. Y por otro lado yo estoy agradecido hacia ella, tanto que probablemente al final hagamos lo que tú quieras. Lo que pasa es que al principio les parece bien, pero a medida que vais quedando y les vas trayendo regalos y esas cosas...llega un momento en el que te miran de otra manera...en total se lo he planteado a 3, y al final ninguna lo ha hecho”.

El proceso de elección de la posible madre por parte de Lucio se presenta como un hecho fortuito, que depende más de las posibilidades que se van presentando a medida que va desplegando sus relaciones sociales que de un proceso intencionalmente selectivo. Las 3 mujeres a las que se lo plantea resultan de amistades de cierto tiempo en la que se termina por proponer o sugerir el escenario de la donación.

En el caso de Lucio, la determinación de la idoneidad de la madre no depende, pues, exclusivamente de un proceso de búsqueda cuyo fin último es hallar una persona de ciertas características para que ambas personas se reapropien de una noción de parentesco que, según Weston, les habría sido impedida. Más bien, parece acercarse a la idea de un pacto contractual, en el que existe un mutuo beneficio de las partes, o a la de una relación no-sexual de carácter procreativa:

“A ver, la visión que tienes en el horizonte...tú lo que quieres es que se mantenga tu linaje, pues sí...Tu progenie, de los que están, seguirán estan-

do...o sea tengo amigos que me dicen “¿por qué no adoptas? ¿por qué quieres que se parezca a ti?”. Pero vamos a ver...o sea les parece una locura seguir haciendo lo que la humanidad ha hecho desde siempre...yo quiero que se parezca a mí y punto”.

El hecho de optar por la donación de semen y a la inseminación artificial frente a la adopción ha demostrado ser una fuente de una abundante literatura al respecto. La consideración del entorno con respecto a los parecidos de los hijos con sus padres ha sido motivo suficiente para reevaluar a quien adoptar o si directamente descartar dicha opción (Rivas y Jociles, 2009). En el caso de Lucio, sin embargo, el motivo parecería estar afincado en la reflexión en torno al carácter último de la vida, una necesidad de reproducirse que, por otro lado, también resulta problemática para el hombre gay:

“Hay que ponerse en la piel de nuestros padres y de nuestras madres, que nos han criado y hemos tenido la suerte de tener un buen nivel cultural, ser inteligentes...y ellos estarán pensando que con todo eso vamos y salimos maricones. Hay que entender que, para ellos, una noticia así es un varapalo enorme: se acabó la familia. No van a tener nietos”.

Resulta complicado, por tanto, no encontrar razonable la tesis de Weston consistente en que puede existir la tendencia a reapropiarse de un parentesco que, por contraste, parecería imposible para una persona homosexual. Sin embargo, comprender que esto es así pasa por obviar la singularidad de los motivos que pueden llevar a una persona al deseo de ser padre o madre. Lucio manifiesta su comprensión por unas generaciones que no han atisbado los horizontes coyunturales que él si ha tenido que enfrentar. Por ello, creo que “familias que elegimos” y la familia que no elegimos no son mutuamente excluyentes, pero sí que terminan por diferenciarse en cuanto al umbral de comprensión esperado a la hora de comunicar determinadas cuestiones.

No obstante, tanto las coyunturas vitales como las familias que elegimos pueden concebirse como elementos conectados por la necesidad de afianzar los vínculos necesarios para hacer frente a las decisiones que establecen los marcos de acción de las primeras.

CONCLUSIÓN

Este trabajo ha tratado de poner de relieve algunas cuestiones concernientes a la vivencia del diagnóstico de VIH positivo y su relación con la paternidad y la familia. A través de la historia de vida de Lucio, la comprensión del diagnóstico como horizonte coyuntural sigue compartiendo ciertos rasgos con los que podía presentarlo años atrás. Pese a los avances médicos que garantizan la calidad y la esperanza de vida, experimentar la noticia y considerar comunicarla y cómo afectará al devenir vital siguen dependiendo de la comprensión propia y ajena de la enfermedad. La literatura a la que se ha acudido, y que apela a la identidad publicitada por los medios de comunicación entre homosexualidad, promiscuidad, SIDA y muerte, parece seguir desempeñando un papel relevante en la proyección de posibilidades personales, haciendo del diagnóstico una coyuntura vital que agrava la incertidumbre que la funda.

Por otro lado, los modos en los que se expresa la elección familiar como contraste a la familia de sangre puede entenderse como un intento por asentar una red relacional que garantice la comprensión que la segunda no puede ofrecer, bien por falta de referentes que puedan asegurar cierto conocimiento de la situación o bien por cierta incompatibilidad ideacional. No obstante, esto no implica que ambas nociones sean mutuamente excluyentes, y que una persona homosexual no pueda concebir y corresponder a ambos tipos de relación.

Puede constituir un ejemplo de ello el deseo de paternidad, que alberga consideraciones con respecto a la familia, pero que en el caso de Lucio puede estructurarse a partir de compatibilizar sus motivos personales con la pretensión de preservar su linaje a través de nuevos vínculos que trascienden la consanguinidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Cotrim Segurado A, Paiva V. Rights of HIV positive people to sexual and reproductive health: parenthood. *Reprod Health Matters*.2007; 15: 27-45.
- Bastos da Silveira Reis, C. Prevalence and factors associated with paternity intention among men living with hiv/aids in Fortaleza, Ceará. *Texto Contexto* .2015;4: 1053-60.
- Ferreira Langendorf, T. Men's sexual and reproductive health in the situation of HIV-serodiscordance. *Revista REBEN*.2020; 6: 1-7.
- Jociles MI, Rivas AM. Entre el empoderamiento y la vulnerabilidad: la monoparentalidad como proyecto familiar de las MSPE por reproducción asistida y adopción internacional. *Rev Antropol Social*.2009; 18: 127-70.
- Johnson-Hanks J. On the limits of life stages in ethnography: toward a theory of vital conjunctures. *Am Anthropol*. 2002; 104 (3):865-80.
- Margulies S. Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. *Ensayo de antropología de la medicina*. *Intersecciones Antropología*.2010;11: 215-25.
- OMS. El papel de la supresión del VIH en la mejora de la salud individual y en la reducción de la transmisión. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240055179> (consulta noviembre 2024)
- Pepin, J. *The Origin of AIDS*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
- Watney S. *Policing Desire: Pornography, AIDS, and the Media*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1987
- Weston, K. *Families we choose: Lesbians, Gays, Kinship*. New York: Columbia University Press; 1991.