

EL LENGUAJE DEL SIDA

Algunas teorías del conocimiento sostienen que el lenguaje es uno de los materiales de construcción de la realidad. Según hablamos, así nos comportamos y relacionamos. Tal vez sea el caso en el ámbito del VIH/SIDA.

Los mensajes habituales en promoción de la salud tratan al receptor de la comunicación como alguien que debe cumplir una orden: “Deberías tomar este medicamento”, “Utiliza preservativo” o “Tendrías que hacerte la prueba”. En otras fórmulas, se les intenta hacer entender que quien se dirige a ellos está mejor situado para conocer qué es bueno para él o para ella: “Esto es lo que has de saber”, “Es lo mejor para ti”, “Información que te conviene saber”. En ambos casos al sujeto objeto del mensaje no se le da cabida en la valoración del contenido: se ha de limitar a hacer caso de lo que le dicen.

Es decir, las personas que viven con VIH o quienes viven en situación de riesgo de adquirir VIH reciben órdenes, son mandados, y lo son por lo que podríamos calificar como lenguaje mandatorio: te digo lo que tienes que hacer o lo que más te hace falta, sin tener en cuenta su propia opinión.

El lenguaje mandatorio, para que sea eficiente, presupone jerarquía y la aceptación de ésta. Si el mandado o mandada se rebela abiertamente o sólo aparenta obedecer por no contrariar al mandante, o por ofrecerle una determinada imagen de sí, pero en realidad no piensa hacerlo o no con suficiente convicción en caso de influencias o condiciones contrarias al mensaje, en tal caso el mandato no surte efecto.

La nuestra es una sociedad basada en el poder. Decía Michel Foucault que toda relación personal, hasta las aparentemente más igualitarias o íntimas, son relaciones de poder, en que alguien lo ejerce y alguien acepta o resiste. Muchos y muchas han cuestionado esta aseveración, pero hay circunstancias en que esta teoría parece tener gran capacidad explicativa.

Examinemos la prevención del VIH en el medio escolar, donde los alumnos saben que una cosa es aprender y otra aprobar, y que a veces coinciden y a veces no. Se ha repetido hasta la saciedad que la educación ha de ser la vía para la transmisión de los mensajes preventivos y de promoción de la salud (¿qué querrá decir esto exactamente?), pero yo me pregunto si no puede ser contraproducente. En este medio, los estudiantes pueden ofrecer resistencia a los intentos del sistema educativo por inculcarles valores, conductas y normas. Esa resistencia puede ser variable según el grupo socioeconómico y el género, por ejemplo, siendo los varones de la tradicionalmente llamada clase obrera lo más respondones.

En este panorama, introducir la prevención del VIH/SIDA y de otras ITS, incluso como parte de la educación sexual (un término que es toda una contradicción entre discurso y experiencia, ya que el adolescente vive el sexo como descubrimiento o revelación, no como adquisición de información útil brindada por adultos) en el currículo escolar puede ser contraproducente: la construcción de la identidad en esa edad se hace en ciertas maneras contraponiendo la

búsqueda de la denominada libertad personal frente al discurso adulto normativo. Para el adolescente, su propia experiencia puede valer más que la razón social expresada por profesores y educadores, por lo que el cuestionamiento llegará a cualquier mensaje, incluidos los de salud y prevención. Si ocurre con la educación vial, donde el concepto de acción de riesgo sería más excitante que intimidatorio para, pongamos otra vez, un varón, ¿por qué no en las relaciones sexuales o el uso de drogas?

Se podría hacer una reflexión parecida con la adhesión a los tratamientos: hay personas que esperan de su médico una prescripción (es decir, una orden) clara y contundente, pero hay otras que tienden a poner en entredicho mensajes conminatorios cuya base lógica casi nunca es expuesta. A esto no es ajeno factores de extrañeza respecto al sistema sanitario de raíz sociohistórica, como los que experimentan gays y lesbianas o usuarios de drogas.

Los *counsellors* comunitarios hace tiempo que propugnamos un cambio de lenguaje que ponga el acento en la autonomía individual y en el que la persona tenga a su disposición información y apoyo para la toma de las decisiones que afectan a su salud, tanto a las condiciones de riesgo y su grado en sus relaciones sexoafectivas o de uso de drogas, como a la gestión de la infección por VIH y de otras dolencias relativa, entre otros asuntos, a si tomar tratamiento o no, cuando hacerlo, con qué, y cuándo interrumpirlo y reanudarlo.

Este nuevo lenguaje que llamamos capacitador busca que el sujeto sea el centro del poder sobre sí mismo, presentándole las opciones que tiene frente a cada situación, describiéndole qué ventajas e inconvenientes tiene cada una de las alternativas, y acompañándole en el proceso, en ocasiones sencillo y rápido, en ocasiones complejo y en el tiempo, de toma de decisiones.

El lenguaje capacitador presenta al usuario los posibles caminos a seguir en la realidad en la que se encuentra y escucha atentamente la expresión de sus deseos y el reconocimiento de sus condicionantes y limitaciones. Con estos elementos, el *counsellor* capacitador expone las opciones al alcance de quien le pide asesoramiento o ayuda y está a su lado durante los momentos que precise, ni más ni menos.

Defiendo que el objetivo último del *counselling* (y ésta es una premisa ideológica) es conseguir que el usuario te deje de necesitar. A veces se confunde la prestación de apoyo con la creación de relaciones de dependencia, en las que el profesional depende más del usuario para su propia afirmación de autoestima o para su propia supervivencia laboral que al revés. Por ello, el lenguaje capacitador puede ser un buen instrumento de relación que persiga la autonomía del sujeto y el fortalecimiento de los lazos comunitarios.

Joan Tallada, 2004.