

I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

# **Experiencia, clase social y VIH/sida. Un acercamiento sociológico-feminista-queer a un vínculo hetero-erótico-afectivo serodiscordante de la ciudad de México.**

Torres Cruz, César.

Cita:

Torres Cruz, César (2015). *Experiencia, clase social y VIH/sida. Un acercamiento sociológico-feminista-queer a un vínculo hetero-erótico-afectivo serodiscordante de la ciudad de México. I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-079/178>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

**Título ponencia: Experiencia, clase social y VIH/sida. Un acercamiento sociológico-feminista-queer a un vínculo hetero-erótico-afectivo serodiscordante de la ciudad de México.**

César Torres Cruz. Doctorado en Ciencias Políticas y Sociales, campo disciplinario Sociología. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Correo electrónico: [cesartorres11@yahoo.com.mx](mailto:cesartorres11@yahoo.com.mx)

Mesa temática propuesta: 31, “Experiencia, género, clase y etnia en la teoría feminista”.

Lo que hoy presento forma parte de una investigación que estoy realizando para recibir el grado de doctorado en Ciencias Políticas y Sociales en México. Teóricamente parto de intersecciones conceptuales entre la teoría feminista, los estudios *queer* y la sociología de la afectividad e interacción, para construir conceptualmente hablando, una *sociología feminista de la sexualidad* que dé cuenta del papel de la performatividad del género en la creación de vínculos erótico-afectivos serodiscordantes.

En esta ocasión me voy a enfocar en el caso de una mujer seronegativa y un varón con VIH que viven en la ciudad de México, para mostrar cómo la articulación entre género y clase social juegan un papel crucial en la producción de la experiencia serodiscordante, y cómo además la diferencia de estados serológicos de estas personas moldean sus procesos identitarios y subjetividades emocionalmente hablando en torno al género y al VIH/sida.

La tesis central de este trabajo es entonces dar cuenta de las resignificaciones, lecturas e interpretaciones corpóreo-afectivas que realiza una mujer y un varón del Distrito Federal del proceso de *abyectificación* de la serodiscordancia.

A continuación procedo a describir elementos generales sobre la pandemia del VIH/sida en México, para después hablar de los elementos conceptuales que utilizo en mi investigación y finalmente vincular las experiencias de la y el informante con la mía y enlazar el relato etnográfico con el entramado teórico propuesto y dar cuenta de las manifestaciones y resignificaciones afectivas inmersas en el proceso de construcción sociocultural de un caso mexicano serodiscordante hetero-erótico-afectivo.

- **Sobre el VIH/sida en México: entre las tecnologías y el control de los cuerpos por parte de la medicina.**

De acuerdo a la información epidemiológica (Gallego, 2007; Valdespino, García, *et al.*, 2008; Ponce, Zaragoza, 2008) se puede indicar que la historia del VIH/sida en México se puede agrupar en tres etapas que permiten observar su tránsito: surgimiento (1981-1984); crecimiento exponencial (1985-1994) y estabilización (1995- actualidad).

Empero en las primeras dos fases la asociación de enfermedad se vinculó con atributos que de por sí eran considerados negativos en la esfera sexual [“promiscuidad”, “desviación”, “homosexualidad”, “bisexualidad”] (García, Andrade, *et al.*, 2012: 31), actualmente México es considerado como un país en el que la epidemia se mantiene con una prevalencia estable, [0.3%]. La vía de transmisión más frecuente es la sexual (92.5%), comienza a estrecharse la brecha entre casos heterosexuales y de “HSH”. Han desaparecido los casos relacionados con la manipulación de la sangre en los registros (Magis, Hernández, 2008: 113; CENSIDA, 2013), asimismo el riesgo de transmisión vía perinatal puede reducirse si la madre está bajo tratamiento ARV hasta en un 95%. El aumento de la esperanza de vida de las personas que viven con VIH es más alentador y la investigación biomédica sigue buscando reducir los estragos de los efectos secundarios provocados por los ARV. Al no existir cura, la prevención es la única vía de intervención.

En México, aunque la población que presenta más casos de este padecimiento es la de varones con prácticas homoeróticas, cada vez se reduce más la brecha con las mujeres que tienen prácticas sexuales con varones. El lugar donde hay más casos y la prevalencia más antigua es la zona metropolitana de la ciudad de México (CENSIDA, 2012; Programa de VIH/SIDA de la Clínica Especializada Condesa, 2012), es decir el Distrito Federal y los municipios del Estado de México que forman parte del área conurbada.

Si bien en términos generales las enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA ocupan el quinceavo lugar en las causas de muerte de la población mexicana, en los últimos datos obtenidos en el censo de 2010 (INEGI 2011; INEGI 2013) este padecimiento fue la cuarta causa de muerte de los varones de 15 a 29 años (2.9%), y la quinta en los de 30 a 44 años (5.1%) —en total se registraron 4119 casos en ese año, y sumando varones y mujeres se

registraron 5, 043 muertes por causas atribuible al padecimiento [4.5 más razones de probabilidad en los varones que en las mujeres]—.

Además, gracias a los avances en el tratamiento antirretroviral (ARV), el padecimiento ha dejado de ser visto por muchas personas como mortal, pues los efectos de estos fármacos permiten considerarlo como una afección crónica más que permite vivir muchos años (Folch *et al.*, 2005; Reis y Gir, 2010; Halkitis, Parsons y Wilton, 2003).

En 2008, un estudio de la Comisión Federal de VIH/sida de Suiza y otros que se realizaron después (Vernazza *et al.*, 2008; Attia *et al.*, 2009; Jin *et al.*, 2010) han corroborado cómo los avances en los fármacos para tratar el VIH han contribuido a cambiar los significados del padecimiento. De acuerdo con las/os autoras/es, una carga viral indetectable, conteo de CD4 elevado y adherencia al tratamiento antirretroviral contribuyen de manera significativa a reducir la probabilidad de transmitir el virus a menos de 2%.

¿Cómo debemos entender esta nueva fase del padecimiento en el que no existe una cura, pero sí un avance significativo en los efectos de los fármacos? Propongo, en unión a trabajos de otras autoras (Flowers, 2010; Mykhalovskiy y Rosengarten, 2009; Davis y Squire, 2010; Squire, 2010; Persson, 2013) que no estamos viviendo en una fase de “estabilización” como lo propone la epidemiología, más bien, somos testigas de procesos de normalización del padecimiento, en el que las tecnologías farmacéuticas contribuyen a crear una supuesta estabilidad del mismo.

En este sentido, entiendo a las tecnologías farmacéuticas como ensamblajes de conocimientos científicos y prácticas sociales que performativamente (Austin, 1967; Butler, 2007; 2008) sitúan a la medicina como la disciplina encargada de generar de manera discursiva un padecimiento que depende de la medicalización y uso de condón como estrategia biopolítica del control de los cuerpos y la reproducción humana. Es a través de parámetros científicos como la carga viral y el conteo de CD4, que las personas afectadas por el virus entran en procesos de *sujeción* a través de relaciones de poder-saber para ser ciudadanos no infecciosos. Además la medicalización de los padecimientos con marcas sexuales como el VIH/Sida están atravesados por la heteronormatividad que repercute en la *abyectificación* de las personas mediante lógicas generizadas de precariedad.

Al dilucidar la vivencia de la serodiscordancia mediante la investigación de las prácticas hetero-erótico-afectivas<sup>1</sup> como punto de partida teórico, se da por descontado que todas las personas han sido afectadas por la hetero-norma al sufrir los estragos de ser varones e intentar adecuarse al modelo hegemónico de la masculinidad; o de ser mujeres dentro de una sociedad falogocéntrica, elemento que se evidencia con el hecho de que sólo son tomadas en cuenta de manera muy somera dentro de la investigación científica relacionada con la vivencia del VIH/sida.

Con este trabajo, pretendo entonces evidenciar mediante las experiencias de la serodiscordancia, las vulnerabilidades específicas de cada identidad, trazadas por el ejercicio del poder, los conflictos, las ambigüedades, la violencia y la diversidad propios del ordenamiento de género, a partir de las manifestaciones corpóreo-afectivas de estos procesos socioculturales. Las prácticas hetero-erótico-afectivas se complejizan cuando la serodiscordancia forma parte de éstas, debido a que el VIH/sida es un padecimiento que se relaciona con el estigma por la posibilidad de haberlo adquirido en una práctica sexual y está latente la posibilidad de transmisión a otras personas.

¿Los efectos de la medicalización son verticales y el padecimiento está controlado en términos etiológicos? Perspectivas socio-antropológicas como las de la australiana Asha Persson (2013) nos invitan a pensar que no, que es necesario evidencia los matices socioculturales presentes en un padecimiento como el VIH, en el que no sólo se pone de manifiesto su impredecibilidad biomédica, sino también otros elementos propios de las prácticas de la vida cotidiana que escapan a la intención medicalizadora de la bio-medicina como disciplina científica. Momento de explorar cómo operan estas aristas de manera microsocioal.

---

<sup>1</sup> Utilizo la categoría “prácticas hetero-erótico-afectivas” para hablar de actos donde se engloban la afectividad, las prácticas sexuales y el erotismo. Cuando aludo al término “vínculos hetero erótico-afectivos” hablo de las relaciones, construcciones socioculturales o proyectos amorosos y afectivos establecidos entre estas personas. Acudo a estos conceptos y no a “heterosexual o parejas heterosexuales” porque parto de una estrategia teórico-metodológica *queer/cuir* que no relaciona las prácticas sexuales con una identidad fija, sino que comprende a la sexualidad como un proceso en el que las personas a lo largo de sus vidas construyen sus deseos eróticos y gustos que son cambiantes, complejos, contradictorios y fluidos en los que sus cuerpos y emociones están inmersas.

- **Feminismo, afectividad, clase social y serodiscordancia.**

El siguiente apartado acude al análisis feminista y a su vinculación con la sociología para reflexionar sobre los matices sociales de la vivencia de la serodiscordancia. El foco ahora estará en la interacción, afectividad y las emociones, para pensar en el papel del cuerpo en los procesos descritos en las líneas anteriores ¿Cuáles son las repercusiones socioculturales en etapa de *normalización* del padecimiento? Buscaré elementos que me permitan pensar no sólo en la imposición de la heterosexualidad como norma y medicalización del padecimiento, sino también en sus manifestaciones, lecturas, interpretaciones y resignificaciones corpóreo-afectivas.

Para lograr lo anterior recorro a la intersección de la clase social y el género como elementos que moldean afectivamente la experiencia serodiscordante. Respecto a ésta, retomo la sugerencia de Joan Scott de no hacer “visible” la experiencia, como si fuera un concepto fundacional de la teoría, sino más bien examinar de manera crítica el sistema, sus categorías de representación y los procesos inmersos en crear categorías supuestamente inmutables (1991: 778).

Lo anterior para “atender a los procesos históricos que, a través del discurso, posiciona a los sujetos y produce sus experiencias [...] La experiencia en esta definición entonces no es el origen de nuestra explicación [...] el historizar es lo que implica escrutinio crítico de todas las categorías explicatorias regularmente dadas por sentado, incluyendo la categoría de experiencia” (Scott, 1991: 779-780). Comprensión que nos permitirá comprender cómo “los sujetos son constituidos discursivamente y la experiencia es un evento lingüístico” (Scott, 1991: 793).

Aunque concuerdo con Joan Scott en que la experiencia es un evento lingüístico y que es necesario atender a los procesos discursivos de construcción de ésta, también creo que es necesario tomar en cuenta otras dimensiones socioculturales de la experiencia que exceden lo discursivo. Por ello, complemento la llamada de atención de Scott con el aporte de Linda Martin Alcoff, quien indica también es necesario tomar en cuenta el papel del cuerpo dentro de la constitución de la experiencia, pues “la experiencia en sí misma, o el entendimiento

subjetivo de las propias experiencias de una, incluyendo experiencias afectivas, son el objeto y sitio de la ideología de género” (2000: 43).

Así, retomo su invitación a entender a la experiencia no sólo como “el producto de fuerzas estructurales mientras que la teoría de alguna manera opera como un proceso de puro pensamiento, desencarnado o des-interiorizado des-localizado, y desvinculado de la experiencia” (Alcoff, 200: 46)<sup>2</sup>. Al complementar ambos aportes, entenderemos de manera más amplia los elementos que forman parte del proceso de la *abyectificación* de la experiencia serodiscordante, ¿cómo se *interioriza* o *encarna* la medicalización en relación a las normas de género? Propongo que es a través de la ritualización del padecimiento, desde la performatividad y la interacción de la vida cotidiana, donde las emociones van de por medio.

Las manifestaciones corporales de las experiencias serodiscordantes cobran relevancia cuando tomamos en cuenta el matiz propio de la abyección como marca del VIH/sida y el estado serológico diverso que hace que estos sujetos vivan en la precariedad periférica de la matriz heterosexual (Butler, 2007, 2008), a pesar de que se asuman como heterosexuales.

Recordemos que de acuerdo con Judith Butler, la mera posibilidad de que exista cualquier identidad social y de género depende de la constitución de un espacio exterior, de un otro que marca sus límites y su interioridad [matriz heterosexual]. Al respecto, según David Córdoba, “esta necesidad de referencia a un exterior constitutivo marca el carácter incompleto [por lo tanto, fracasado] de cualquier identidad, pero a la vez muestra el carácter normativo y los efectos de exclusión de toda constitución que el sujeto genere” (Córdoba, 2003: 93). Respecto de las prácticas sexuales que se han relacionado con las identidades, la heterosexualidad ha sido el referente avalado por el capitalismo como la única vía para dar continuidad a la especie humana. Este paradigma construye como *abyectas* a las personas que no se sujetan a estas prácticas<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Es necesario apuntar que el planteamiento de Alcoff se basa en la fenomenología de Merleau-Ponty, elemento teórico que he dejado de lado en mi presentación, pues sí bien retomo su invitación a entender la experiencia también desde el cuerpo, me desligo del pensamiento fenomenológico, para hablar en clave feminista, desde Judith Butler, de los procesos corporales inmersos en la experiencia de la serodiscordancia.. (Para ver las diferencias que la autora señala entre fenomenología y el posestructuralismo respecto a la experiencia y el feminismo ver: Alcoff, 2000).

<sup>3</sup> Con este término, retomado por Butler de Julia Kristeva, se alude a algo que es repudiado, que ha sido expulsado, arrojado, desechado y excluido del cuerpo como excremento convertido en “Otro” (Butler, 2008: 19).

Así, el género no debe interpretarse como una identidad estable o un lugar donde se asienta la capacidad de acción, sino más bien, como una identidad débilmente constituida en el tiempo, instituida en un espacio exterior mediante una repetición estilizada de actos (Butler, 2007: 262, 266), que ponderan a la heterosexualidad como única vía de ser. Si bien la noción de performatividad ha cambiado a lo largo de la trayectoria académica de Butler, para esta presentación destaco la dimensión ritualizada inmersa en la performatividad, así “La performatividad, entonces no es un acto único, sino una repetición y un ritual que consigue su efecto mediante su naturalización en el contexto de un cuerpo”<sup>4</sup>.

Indica Butler que “al igual que en otros dramas sociales rituales, la acción de género exige una actuación reiterada, la cual radica en volver a efectuar y a experimentar una serie de significados ya determinados socialmente, y ésta es la forma mundana y ritualizada de su legitimación” (Butler, 2007: 271, 273, 282). Además, para el caso de la serodiscordancia la ritualización performativa opera al nivel del conocimiento biomédico que materializa los cuerpos a partir del reconocimiento y conteo del estado serológico y la carga viral (Cfr. Wilson, 2009).

Respecto a la vida cotidiana y la teoría sociológica, considero que las experiencias serodiscordantes deben ser consideradas desde las lecturas y resignificaciones corpóreo-afectivas de las personas en vínculos serodiscordantes. Para eso, retomo la noción de Randall Collins de “cadenas de rituales de interacción” (2009) quien uniendo la dimensión goffmaniana de la contingencia de los rituales de interacción que se dan en momentos esporádicos, junto a la efervescencia colectiva y la dimensión emocional en la conformación de la unión de la sociedad durkheimiana, indica que estos rituales no siempre son hechos aislados, sino más bien su unión a largo plazo nos remite a cadenas de rituales de la interacción.

---

Sin embargo, prefiero hablar de *abyectificación* para hacer énfasis en el proceso de la construcción de la abyección.

<sup>4</sup> La ritualización en la obra de Butler es importante aquí, en tanto que el carácter del ritual en todo performativo se basa en el hecho de su carácter repetible, de responder a un código reconocible, no reductible por lo tanto a ningún contexto determinado, aunque deba darse siempre en algún contexto determinado y que son susceptibles de ser localizados en la corporeización de la vida cotidiana (Cfr. Córdoba, 2003:92; Díaz, 2009).



Enfocándose en las situaciones sociales como punto de partida y no el individuo, para Collins los rituales de interacción son procesos que ocurren cuando los cuerpos humanos se acercan como que para que sus sistemas nerviosos sincronicen recíprocamente sus ritmos y anticipaciones generando un “mecanismo de foco compartido y consonancia emocional”, un ritual es un transformador que transmuta emociones- ingredientes en emociones-resultados. Los cuatro elementos son: a) dos o más personas que se encuentren físicamente en un mismo lugar, b) que existan barreras excluyentes que transmiten a los participantes la distinción entre quienes toman parte y quienes no; c) los participantes enfocan su atención sobre un mismo objeto y al comunicárselo entre sí adquieren una consciencia de su foco común; y d) comparten un mismo estado anímico o viven la misma experiencia emocional (Collins, 2009: 10, 72).

En la medida en que se cumplan con éxito estos elementos y se compartan en una o varias situaciones, los rituales de interacción tienen cuatro efectos: a) solidaridad o sentimiento de membresía; b) energía emocional individual, una sensación de confianza, contento, e iniciativa para la acción; c) símbolos que representan al grupo o las personas implicadas; y d) sentimientos de moralidad, es decir, la sensación de que sumarse al grupo o con las personas involucradas (Collins, 2009: 73). Para este autor las emociones son ingredientes esenciales de los encuentros sociales, pues los efectos que dejan en las personas pueden perdurar mucho tiempo y de estos depende la predisposición de los próximos encuentros.

Aunque las emociones como resultado de los rituales de la interacción son una dimensión crucial del aporte de este autor, considero que su enfoque no es del todo fructífero, ya que en su intento de retomar a Émile Durkheim respecto a la efervescencia colectiva, posiciona la solidaridad como la única emoción que formará parte de estas cadenas. Para subsanar esta

carencia conceptual, retomo a Sarah Ahmed para indicar que las emociones son prácticas socioculturales que moldean los cuerpos, “los cuales toman forma a través de la repetición de acciones a través del paso del tiempo y de orientaciones hacia y desde otros” (2004: 4), y que, complementa Stevi Jackson, están condicionado por bases materiales que existencia que la sociología feminista debe documentar (Jackson, 2010). Procedo a intercalar estas nociones teóricas con las experiencias de la y el informante que me brindaron sus testimonios para este trabajo.

- **Josefina y Óscar.**

Josefina tiene 63 años y Óscar 65, viven en la periferia de la ciudad de México, tienen más de 5 décadas de matrimonio, varias/os hijas/os, nietas/os y hasta bisnietas/os<sup>5</sup>. Les conocí a través de un amigo. Nuestro primer encuentro fue a finales del año pasado en su casa, la cual está ubicada en el oriente de la ciudad en un barrio popular. Recuerdo que cuando llegué tuve algunas dificultades para saber dónde estaba ubicado el domicilio, pero pregunté en la calle por ella y él y muchas personas le conocían, entré a su casa y fui recibido por varias mascotas: 2 perros, 3 gatos, cuatro niñas y dos niños que desayunaban en un comedor amplio. Tomo asiento, me presento mientras varias personas escuchan y comienzo a grabar la primera entrevista. Les di seguimiento por al menos seis meses en algunas de sus dinámicas de la vida cotidiana, para reconstruir a través de la observación, pláticas informales y entrevistas en profundidad, cuáles han sido los cambios en la construcción de su vínculo erótico-afectivo serodiscordante. Acudí a su domicilio la mayoría de las veces, les acompañé a sus actividades cotidianas como ir al mercado, recoger a los nietos en la escuela y todas nuestras conversaciones fueron audiograbadas.

Respecto al papel de la norma heterosexual y los roles de género que cada quien ha tenido que desempeñar, vale la pena indicar que Óscar fue la primera pareja sexual de Josefina, se conocieron cuando eran adolescentes y a los pocos meses deciden contraer matrimonio, el diagnóstico reactivo a VIH de él apareció hace 10 años, lo que modificó la rutina de ambos,

---

<sup>5</sup> Algunos datos como los nombres de la y el informante son falsos para preservar la confidencialidad del dato etnográfico.

afectando su economía, además del estatuto de su vínculo, pues el virus materializó las “infidelidades” de Óscar, aun así, decidieron continuar con el vínculo y se mostraron dispuestos para hablar de sus experiencias.

Es la primera vez que investigo mujeres y VIH/sida, debo indicar que ha sido más complicado de lo que pensé. Josefina y Óscar nunca pensaron que el VIH/sida fuera parte de sus vidas. Han estado en muchos grupos de auto apoyo lo que permite que hablen del tema sin ningún problema. Habitan con 3 hijas y sus familias. Hablaban del padecimiento y su relación de pareja enfrente de quien estuviera en la casa. El diagnóstico vino hace una década.

Josefina es ama de casa y hace otras actividades informales que le dan remuneración económica, como realizar el aseo en varios lugares. Cuando me refiero a ella no puedo dejar de pensar en dominación. Josefina ha sufrido durante toda su vida, se casó muy joven, esperando salir de círculos de violencia familiar, cuando entró a otros más fuertes. Pareciera que sufre porque es mujer, cuando le pregunté esto, dijo que no creía que fuera así, pero que a ella le había tocado vivir experiencias malas, que no sabía cómo evitar. Muchas veces me indicó que se sentía “la prostituta y la esclava en su casa”, no siente reconocimiento por parte de su familia a los cuidados que les ha brindado. De ella depende que los demás coman, pues es la única que prepara los alimentos.

También me manifestó sentir mucho “dolor” y tristeza por las múltiples infidelidades de Óscar, el diagnóstico del VIH fue tener la evidencia material de que él tuvo prácticas sexuales con más personas. Ella asocia el padecimiento a prácticas homoeróticas y tiene la duda de la procedencia del virus en su pareja, pues si hubiera sido con otro hombre [las mujeres trans están para ella en esta categoría] no lo podría perdonar. En varias entrevistas Josefina lloró porque siente que ya no aguanta tanto sufrimiento, se siente cansada y no sabe cómo descansar. Ha presentado malestares físicos, pero los que ocupan su tiempo y mente son los de él, quien hasta decidió que cambiaran de religión.

Los mandatos heterosexuales también resaltan en sus opiniones respecto a las prácticas sexuales. En una entrevista individual que le realicé a Josefina ella me indicó que se sentía angustiada, “no estaba enojada porque, desde el momento que yo acepté que llevaba una vida, o sea los engaños fueron miles, yo lo sabía que no, pues por algo me cuestionaba, yo me

cuestionaba bueno pues tuvo relaciones con un hombre, porque se manejaba que era por relaciones con hombres, yo me cuestionaba, nunca se lo he dicho, yo me cuestionaba, bueno entonces esto quiere decir que tuvo relaciones con un hombre y entra el que él en su alcoholismo no sabía ni lo que hacía, pero nunca hubo una, un coraje, lo que sí había era una angustia, dolor, incertidumbre de que se iba a morir pronto”.

Por el otro lado, Óscar relata una vida libre, se casó joven, pero tuvo muchas parejas sexuales, viajó por su trabajo por muchas partes del país, ingería muchas bebidas alcohólicas, pero no le había pasada nada, hasta que llegó el VIH. Cree saber con quién lo adquirió y el momento preciso. Es peculiar, que ve a su esposa como parte de su vida y quiere seguir con su vínculo erótico-afectivo. Reconoce que han tenido muchos problemas, sobre todo por celos de ella e infidelidades de él, pero continúan en la relación y eso le hace feliz.

Sobre el papel de las tecnologías de la medicina, el género y el diagnóstico, me parece conveniente resaltar que a Óscar le diagnosticaron el virus a una edad y etapa avanzada porque como se asumía como heterosexual el personal médico intentó descartar cualquier enfermedad, menos VIH, hasta que llegó a etapa de SIDA y dieron con el padecimiento. Años después, a pesar de que superó la etapa de SIDA y regresó a VIH, ha manifestado enfermedades graves derivadas del padecimiento, lo que ha repercutido en su empleo, lo perdió y ahora busca otros medio de trabajo informal para poder sobrevivir.

El diagnóstico apareció cuando por accidente, se le cayó una máquina encima en el trabajo. Aunque ese día no apareció nada relevante para el médico que le atendió, Óscar empezó a manifestar síntomas como diarrea, vomito e infecciones en las vías urinarias durante dos años, proceso que les remitió a distintos los hospitales públicos de la ciudad de México,

“[...] bueno yo iba con cuanto doctor particular me recomendaban, me mandaron a hacer estudios de la tiroides y nada, seguía orinando sangre, seguía la baja de peso, diarrea, candida, herpes, y pues ya estaba yo desesperado y qué es, y pues ningún doctor se le ocurría a nadie de hágase la prueba de VIH, hasta una vez un día platicando con mi hija la mayor le dije, ¿no será sida?, porque bueno no he sido un santo”, me comenta en la primera entrevista junto a Josefina.

Cuando supo que el resultado fue reactivo, acudió a una clínica especializada en VIH “desolado, porque pensaba que en seis meses me iba a morir pero no, y ya salgo y estaba mi hija, mi esposa, y les digo vamos aquí al parque, ya nos fuimos caminando y pues ya fue algo pues devastador para todos, para mí verlas a ellas, el imaginar, si yo no conocía, pues ellas tampoco, nadie, teníamos este ningún conocimiento sobre qué era y fue algo muy tremendo y fue empezar una gran lucha, porque yo no sé si tú has visto o conocido que cuando llegas a una fase terminal y además a mi edad y el desgaste era tremendo”.

Aunque se encontraba en condiciones física y emocionales complicadas, su inserción a los servicios de salud tardó unos meses, “tardaron en la clínica como tres meses en darme los retrovirales por qué no sé, fue una onda ahí de los doctores”. Cuando empieza a ingerir los fármacos Óscar experimenta las ventajas de las tecnologías médicas, pues al poco tiempo su carga viral se hace indetectable, y sus se elevaron. Él experimentó entonces el cambio de su corporalidad, de una “infecciosa” que evitaba el contacto con otras personas a otra “sana”, en el que las lecturas médicas de su cuerpo jugaron un papel crucial

En este proceso, Josefina indica que fue más grave el desgaste emocional, “porque verlo que no quería, se cortaba y no quería que lo agarráramos, el miedo en ese tiempo por la hija de mi hijo, estaba bebecita, mi hijo estaba en Estados Unidos, fue algo muy doloroso y en la incertidumbre de pues no sabíamos si de repente decir ya se va a morir y ha sido así, por eso ahora yo pienso que cuando vienen las crisis decir no, vas a salir, porque si has salido de otras, vas a salir de ésta y si no puedes salir, pues ni modo, es algo que ya se sabía que iba a pasar, Recuerdo que una de las psicólogas de la clínica me dijo ¿sí sabe a lo que se queda? Le digo, sí, ¿y está dispuesta a aguantar? Y yo sí, y ¿está segura? Se le vienen cosas muy difíciles... [además sentía] la impotencia de no poder hacer nada, yo decía dios mío que me pase a mí, pásame un poquito de lo que tiene él”. Mientras Óscar estaba convaleciente y experimentado un proceso de adaptación a un nuevo diagnóstico, los efectos de las lecturas médicas de su padecimiento fueron distintos en Josefina. A ella, por ser mujer, le tocó ser la responsable de cuidar a su esposo. En su testimonio podemos ver incluso, que le parecía más importante en ese entonces el bienestar de él y ella casi no figura en el relato de su propia experiencia. “Fue también decisión mía de quedarme, porque yo recuerdo que él me dijo bueno vamos a hablar bien ahora tú y yo, porque yo no quiero reproches si vamos a estar juntos es sin reproche”.

Un elemento más que me permite pensar en el papel de subordinación de Josefina ante el padecimiento de su esposo lo veo cuando ella me indica que en los primeros meses después del diagnóstico, pensaba que había adquirido la dimensión infecciosa del VIH de Óscar y que podía “contagiar” a alguien en cualquier momento, aunque tuviera claro que el diagnóstico no se había efectuado en su cuerpo “[...]en esos días me corto, cortando unas bolsas, yo trabajaba en una fábrica que hacía bolsas para productos de limpieza, al cortar una bolsa, me corto y yo no quería que me tocaran, yo sabía que yo no estaba infectada y llega el supervisor y le digo, no señor, yo no puedo y me dice Josefina, no puedes hacer eso, el hecho de que te cortes no va a pasar nada, entiende cuando tu sangre sale, eso me dice él de que el virus se muere en la sangre no va a pasar nada, yo ya me había echado sal, café, porque no me paraba la sangre y no me paraba la sangre y no dejaba que me tocaran”.

Esto se hace más evidente cuando indagué en por qué decidió seguir con él. Ella indica, “No, no, no, hasta la fecha, yo se lo he dicho a él, yo no estoy con él por lastima, ni por compasión, estoy con él porque dijera Cristina Pacheco, aquí me tocó vivir, me ha tocado que por sus diarreas hemos cambiado cinco veces la cama en la noche, no hay asco, no hay nada de eso, te digo, mis corajes con él han sido de otra forma y sí ha habido mucho coraje, pero no ha sido por la enfermedad”.

Otra dificultad de acuerdo a Óscar y Josefina para las lecturas e interpretaciones médicas, respecto a la serodiscordancia, es la asociación del padecimiento con las prácticas homoeróticas. Óscar menciona “Casi no hubo negligencia, por parte de los doctores sí ha habido, pero como discriminación no, le llamo negligencia siendo un doctor que no pueda decir eso[...]si llega un hombre gay al doctor con tos, a lo mejor lo primero que te mandan a hacer es la prueba de VIH. Si llega un heterosexual con diarrea, vómito y todo, le van a hacer y todo nunca le van a mandar a hacer la prueba de VIH... y aún 12 años después todavía no quita la etiqueta como te comentaba, VIH=gay”.

Las tecnologías que la medicina ha habilitado para las personas seronegativas radican en el seguimiento de su estado serológico, prevención sólo a base del condón, en algunos casos profilaxis pre- y post-exposición y si existiera seroconversión su rápida inserción al esquema antirretroviral. “O tu médico familiar está viendo que estás constantemente con eso, sabes qué hazte la prueba ah no que doctor, es por tu bien, también ya depende de que el paciente se

la quiere hacer o no, pero yo pienso que es la obligación del médico de hazte la prueba, yo pienso, porque fíjate que hasta eso el médico que tengo seguro por mi hija yo le dije doctor que ya me toca y es que ya te la hiciste y saliste negativa, sí doctor, pero yo me la tengo que estar haciendo”. Estos elementos de lecturas e interpretación médicas se dan mediante la ritualización performativa que forman parte de la interacción entre médico-paciente, así como la que se da en las personas involucradas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes mediante las cadenas de rituales de interacción. El realizarse pruebas de detección del virus cada seis meses a Josefina, es equivalente en cierto sentido a las dinámicas de la vida cotidiana de Óscar respecto a la realización de estudios de laboratorio para contabilizar la carga viral y CD4. La medicina utiliza estos mecanismos para controlar, revisar y “conocer” a los cuerpos mediante el conteo de las células de la sangre.

Quizá la muestra más evidente de la materialización del papel que ha tenido el uso de las tecnologías biomédicas del VIH/sida es cuando el avance en los antirretrovirales permite que Óscar y Josefina piensen que ella es “inmune” a la adquisición del virus. “[...]mi esposa es inmune al virus que yo traigo, no asumimos que al virus que traiga fulano, sutano o equis, si ella tuviera relaciones con otra persona que tiene VIH a lo mejor el virus de aquella persona sí se infecta porque no es inmune a ese virus”. Cuando les pregunté los motivos por los que no utilizaban condón en algunas de sus prácticas sexuales, ella comentó, “Las pocas veces, Óscar tiene un problema, le hicieron una operación de uretra y eso ocasionó que el pene quedara como curvo, entonces no hay erección, no hay manera de poner condón, el otro día le decía yo, aquí no va a ser tu culpa tuya si llego a salir con mi domingo siete, va a ser culpa mía por aceptarlo, ya tenemos mucho tiempo así y no ha pasado nada, si no, de qué otra forma se puede explicar” [la supuesta inmunidad].

### **Conclusiones.**

¿Qué elemento juega un papel importante en la construcción de la experiencia serodiscordante de Josefina y Óscar? Además del género, que ampliamente ha sido expuesto aquí, la clase social. Si bien a lo largo del texto no argumenté desde dónde se puede entender el papel de la clase social, considero que los argumentos aquí vertidos dan pistas de que la clase social es performativa en tanto que es construida y materializada a partir de una serie de discursos y prácticas iterables que posicionan a las/os sujetas/os en distintos lugares. En este caso, fue

gracias a la clase social que las condiciones de posibilidad de estas personas permitieran primero, no tener información sobre el diagnóstico, debido, entre otras cosas, a su baja escolaridad; y segundo, no tener acceso a los servicios de seguridad social, ya que Óscar perdió su empleo debido a las enfermedades que el diagnóstico tardío del VIH dejó en su cuerpo.

En el mismo tenor, otro elemento que es crucial para Josefina y Carlos se relaciona con la heterosexualidad como experiencia corporal. Las condiciones materiales de sus vidas contribuyeron a que se conocieran en la adolescencia en la misma escuela y decidieran casarse, dejando su formación académica de lado. En una de las pláticas que tuve con ella, me indicó que se casó joven porque estaba “enamorada”, pero porque además quiso escapar del contexto violento en el que vivía con su madre y padre. El matrimonio representó en un inicio una salida al dolor que experimentó, situación que se complicó todavía más al ver que también vivió violencia en su matrimonio y que además se presentó la experiencia serodiscordante.

En otras ocasiones pude ver cómo Josefina y Carlos interiorizaron los mandatos heterosexuales de género al permitir que la vida sexual de él fuera, al menos en apariencia, más libre y creativa, mientras que ella sólo debía dedicarse al hogar. Además el diagnóstico llegó muy tarde, ya cuando Óscar había entrado en la fase de sida porque creían que alguien “heterosexual” no podía adquirir el virus. Esto todavía se intensifica más cuando apreciamos que Josefina tiene cierto rencor y desprecio hacia las prácticas homoeróticas. Ella considera que las mujeres trans son hombres y que seguramente su esposo adquirió el virus con alguno de ellos y que eso haría que Óscar sea “homosexual”.

Son los mismos mandatos y roles que forman parte de la construcción de la heterosexualidad los que hacen que Josefina se convierta en la cuidadora de Óscar. En muchas pláticas que tuvimos pareciera que estaba harta de hacerlo. Aunque en muchas ocasiones me indicó que ella decidió seguir con él y continuar con la experiencia de la serodiscordancia y que no sufría por ser mujer, tuve la impresión de que en su caso fue así. Creo que la clase social también contribuyó a que ella no vea que tiene otras alternativas para vivir fuera de la casa de su esposo. Reconozco que en espere punto hace falta un análisis más profundo de las



dimensiones de la violencia y su incorporación que exceden el espacio destinado para este trabajo.

Estas vicisitudes son también resultado de la nueva fase de normalización de la pandemia y del uso de las tecnologías biomédicas que está muy presente en zonas urbanas de grandes ciudades<sup>6</sup>. Es necesario indicar que éstas tienen efectos ambiguos, pues no sólo crean cuerpos productos del conocimiento biomédico, también estas tecnologías permiten que la gente que tiene acceso a los antirretrovirales siga viva y que cambie la dimensión de lo infeccioso a lo crónico y manejable, contribuyendo en algún sentido a cambiar el estigma propio del VIH/sida.

Sin embargo, como lo han mostrado otras investigaciones (Flowers, 2010; Mykhalovskiy y Rosengarten, 2009; Squire, 2010; Persson, 2013) el VIH/sida no es un padecimiento tan estable como la medicina quisiera. Hay otros elementos propios de la etiología del virus, como los efectos secundarios y colaterales que pueden aparecer de repente en la vida de las personas afectadas por éste<sup>7</sup>. Quizá esto también forme parte de la condición ritualizada performativa que hace la medicina del mismo, pues es en su condición iterable que materializa ciertos cuerpos, pero que también es en la repetición donde otros escapan a la imposición de la norma (Cfr. Butler 2007; 2008).

A través de estos testimonios podemos observar la relevancia de las cadenas de los rituales de la interacción que crearon Josefina y Óscar para crear sus experiencias corporales del padecimiento. Fue mediante sus interacciones de la vida cotidiana que ambos entendieron al VIH, lo incorporaron a sus vidas y utilizaron el discurso médico, psicológico y religioso para hacer lecturas, interpretaciones de los cambios que sus identidades y cuerpos han experimentado.

Indiscutiblemente, la serodiscordancia es una experiencia emocional que ha moldeado los cuerpos de Josefina y Óscar (Cfr. Ahmed, 2004). Las enfermedades que él ha experimentado

---

<sup>6</sup> Es necesario indicar que para el caso de México, y seguramente de otros países de América Latina, hay muy poca información sobre el VIH/sida en poblaciones rurales, lo que sugiere que este padecimiento puede ser en muchos casos mortal para las personas que habitan estos contextos geográficos. (Para el caso mexicano cfr. Ponce y Núñez, 2011).

<sup>7</sup> Por cuestiones de espacio dejé éste y otros temas fuera.

producto del virus, los cambios corporales y estragos que ésta ha dejado, así como la convivencia con ella ha hecho que este proceso sea altamente emocional. Josefina y Óscar han transitado entre el miedo, la culpa, el coraje, la incertidumbre, los cambios del “amor” entre ellos que han hecho que sus cuerpos experimenten la serodiscordancia desde la carne y sus manifestaciones afectivas.

Al respecto, si bien me parece que el aporte de Collins (2009) respecto a la solidaridad como único efecto emocional de las cadenas de rituales de interacción no es acertado, tampoco quiero pensar que sólo existe dominación de Óscar hacia Josefina, creo que es necesario reformular este matiz del aporte de Collins y buscar elementos sociológicos que nos permitan hablar de los diversos efectos emocionales de la interacción. Considero que las pistas están en la evidencia etnográfica de los casos a investigar contribuye a ampliar el análisis sociológico de las emociones y debe ser tomado en cuenta.

Finalmente, me gustaría anotar que es necesario un enfoque interdisciplinario sociológico-feminista-queer para dar cuenta de las complejidades inmersas en la afectividad y sus manifestaciones corporales en la vida cotidiana de las personas. El VIH/sida y sus implicaciones no debe quedar fuera de esta agenda teórica que dé cuenta del papel del riesgo, contaminación y contagio propio de las sociedades capitalistas contemporáneas donde los cuerpos están atravesados por [bio]políticas corporales propias de las pandemias modernas.

### **Referencias bibliográficas.**

Ahmed, Sara (2004). *The Cultural Politics of Emotion*. Edimburgo: Edinburgh University Press.

Alcoff, Linda. (2000). “Phenomenology, post-structuralism and feminist theory on the concept of experience”. En Fisher, Linda y Embree, Lester, eds. *Feminist Phenomenology*. Kluwer. Boston/Londres: Kluwer, 2000: 39-56.

Attia, Suzanna, Egger Matthias, Monika Müller, Marcel Zwahlen y Nicola Low (2009). “Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis”. *AIDS*, 23: 1397-1404.

Austin, John (1971). *Cómo hacer cosas con palabras: palabras y acciones*. Madrid: Paidós.

Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós.

Butler, Judith (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del <<sexo>>*. México: Paidós.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. CENSIDA. (2012) *Sección de Epidemiología*. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/semana52-2012.pdf> [Consultado en diciembre, enero y febrero de 2013].

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. CENSIDA (2013). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de junio de 2013*. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_2o\\_trim\\_2013.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2o_trim_2013.pdf) [Consultado en noviembre 2013].

Collins, Randall. (2009). *Cadenas de rituales de interacción*. Antrophos. UAM-A. UNAM. México.

Córdoba, David (2003). “Identidad sexual y performatividad”. *Athenea Digital*. 4: 87-96. Disponible en: <http://antalya.uab.es/athenea/num4/cordoba.pdf> [Consultado en diciembre 2012, enero 2013].

Davis, Mark y Corinne Squire (2010). “HIV technologies”. En *HIV Treatment and Prevention Technologies in International Perspective*, editado por Mark Davis, Corinne Squire, 8-35. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Díaz, Rodrigo (2009). “Sobre la performatividad del género. Judith Butler o la crítica a una metafísica de la sustancia”. En *Pensar lo contemporáneo: de la cultura situada a la convergencia tecnológica*, coordinado por Miguel Aguilar, Eduardo Nivón, María Portal y Ana Winocur, 180-194. Barcelona, México: Anthropos, UAM-Iztapalapa.

Flowers, Paul (2010). “HIV transitions: consequences for self in an era of medicalisation”. En *HIV Treatment and Prevention Technologies in International Perspective*, editado por Mark Davis, Corinne Squire, 109-125. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Folch, Cinta, Jordi Casabona, Rafa Muñoz y Kati Zaragoza (2005) “Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales”. *Gaceta Sanitaria Española*, 19(4):294-301.

Gallego, Gabriel . (2007). *Patrones de iniciación sexual y trayectorias de emparejamiento entre varones en la Ciudad de México. Una mirada biográfica-interaccional en el estudio de la sexualidad*. Tesis de Doctorado en Estudios de Población. El Colegio de México, México.

García, Miguel, Magdalena Andrade, Ricardo Maldonado y Claudia Morales (2012). *Memoria de la lucha contra el VIH en México. Los primeros años*. CONAPRED. Historiadores de las Ciencias y las Humanidades, A.C. México.

Halkitis, Perry, Jeffrey Parsons and Leo Wilton (2003). "Barebacking Among Gay and Bisexual Men in New York City: Explanations for the Emergence of Intentional Unsafe Behavior". *Archives of Sexual Behavior*, 32 (4), 351-357.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2011). *Consulta sobre datos de mortalidad*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/def04.asp?t=15&c=12062> [Consultado en noviembre 2013].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2013). *Estadísticas a propósito del día de muertos*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/muertos0.pdf?s=inegi&c=2893&ep=143> [Consultado en noviembre 2013].

Jackson, Stevi, (2010). "Love, social change and everyday heterosexuality". En *Love in Our Time – A Question for Feminism. GEXcel Work in Progress Report.*, 99-109. Disponible en: [http://www.gexcel.org/pdf/LoveFem\\_publications.pdf](http://www.gexcel.org/pdf/LoveFem_publications.pdf) [Consultado en marzo de 2015].

Jin, Fengyi, James Jansson, Matthew Law, *et al.* (2010). "Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART". *AIDS* 24: 907-913.

Magis, C., Hernández, M. (2008). Epidemiología del SIDA en México. En *25 años de SIDA en México*. José Córdova, Samuel Ponce y José Valdespino, editores, 101-123.. México: Secretaría de Salud, INSP, CENSIDA.

Mykhalovskiy, Eric y Marsha Rosengarten (2009). "Editorial. HIV/AIDS in its third decade: Renewed critique in social and cultural analysis- An introduction", *Social Theory & Health*, 7: 187-195.

Persson, Asha (2013). "Non/infectious corporealities: tensions in the biomedical era of <<HIV normalization>>", *sociology of health & illness*, 35 (7): 1065-1079.

Ponce, Patricia y Guillermo Núñez (2011). "Presentación. Pueblos indígenas y VIH-Sida". *Desacatos. Revista en Antropología Social*. Número 35: 7-10.

Ponce, Samuel y Antonio Lazcano (2008). "La evolución del SIDA: una suma de epidemias". En *25 años de SIDA en México*. José Córdova, Samuel Ponce y José Valdespino, editores, 17-27. México: Secretaría de Salud, INSP, CENSIDA.

Programa de VIH/sida de la Ciudad de México de la Clínica Especializada Condesa. (2012). *El VIH/sida en la Ciudad de México*. Disponible en: <http://condesadf.mx/distrito-federal.htm> [Consultado el 1 de enero de 2013].

Reis, Renata y Elucir Gir (2010). "Living with the difference: the impact of serodiscordance on the affective and sexual life of HIV/AIDS patients". *Rev Esc Enferm USP*, 44(3):748-754.

Scott, Joan. (1991). "The evidence of experience". *Critical Inquiry* 17.4: 773-797.

Squire, Corinne (2010), “Being naturalised, being left behind: the HIV citizen in the era of treatment possibility”, *Critical Public Health*, 20 (4): 401-427.

Valdespino, José, María García y Manuel Palacios (2008). “El diagnóstico epidemiológico: 1981-1995”. En *25 años de SIDA en México*. José Córdova, Samuel Ponce y José Valdespino, editores, 27-59. México: Secretaría de Salud, INSP, CENSIDA.

Vernazza, Pietro, Bernard Hirschel, Enos Bernasconi et Markus Flepp (2008). « Les personnes séropositives ne souffrant d’aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle ». *Bulletin des médecins suisses*, 89 (5): 165-169.

Wilson, Elizabeth (2009). “Materialization in the medical field: the challenge of performativity for HIV”. Disponible en: <http://laurwelsh.com/PCSWAward.pdf>. Consultado en junio de 2015.