



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

DOCTORADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES  
ORIENTACIÓN SOCIOLOGÍA

VULNERABILIDAD, CUERPO Y AFECTIVIDAD EN VÍNCULOS HOMO Y  
HETERO ERÓTICO-AFECTIVOS SERODISCORDANTES EN LA CIUDAD DE MÉXICO

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR EN:  
CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

PRESENTA:

CÉSAR TORRES CRUZ

TUTORA: DRA. HORTENSIA MANUELA MORENO ESPARZA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE GÉNERO

COMITÉ TUTOR:

DRA. IRENE REGINA CASIQUE RODRÍGUEZ

CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS

DRA. ZENIA YÉBENES ESCARDÓ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, CUAJIMALPA

DRA. OLGA ALEJANDRA SABIDO RAMOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, AZCAPOTZALCO

DR. JORGE LIONEL GALINDO MONTEAGUDO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, CUAJIMALPA

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO, 2017.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## **Agradecimientos**

Primero quiero agradecer a mi familia, quienes me han apoyado por más de dos décadas en mi formación profesional. Mi madre y mi padre me enseñaron cómo ser disciplinadx y lograr mis metas. Mis hermanos han sido una fuente de inspiración constante: ambos se esfuerzan por vivir como quieren, José me ha enseñado más que nadie cómo ser paciente, luchar en la vida y disfrutar cada instante que aquí tenemos. De Alfonso he aprendido a ser perseverante. Tías/os, primas/os y mi abuelo han estado muy atentos a mi quehacer profesional, desde la admiración, la complicidad y el respeto. Gracias Mr T por brindarme los insumos emocionales y materiales para esta investigación.

Iniciar una investigación transdisciplinaria no ha sido una tarea fácil; estar acompañadx por un comité tutorial de lujo hizo que esta tarea fuera ejecutada de manera más tranquila y creativa. La Dra. Hortensia Moreno dirigió esta investigación con mucho ímpetu e interés. Estas páginas son resultado de su constante formación académica, apoyo y cariño. El trabajo de revisión de este texto fue artesanal; ella explotó mi capacidad teórica y me incitó a investigar y pensar de manera seria y potente. Horte es una fuente de inspiración para mí muy importante. La Dra. Irene Casique supervisó esta tesis de manera muy profesional, siempre tuvo sugerencias muy buenas y se mantuvo al pendiente de mi proceso de formación académica. La Dra. Zenia Yébenes también fue muy relevante en esta etapa de mi vida, su elocuencia, creatividad teórica y talento me han inspirado mucho desde que la conocí en 2011 en la UAM-Cuajimalpa. La Dra. Olga Sabido fue muy notable para este texto, a través de sus consejos y maneras de entender a la sociología y los estudios sociales del cuerpo. El Dr. Jorge Galindo me ha enseñado lo valioso del pensamiento sociológico, su formación desde 2011 y sus tenaces comentarios me han apoyado de manera crucial en mi formación académica. Gracias a ellas y a él por tanto aprendizaje y apoyo.

También agradezco a la Dra. Helena López del Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG) de la UNAM por su cariño y enseñanzas, con ella aprendí mucho sobre feminismos y afectividad. Vale la pena extender mi

agradecimiento a ese centro de investigación que me permitió aprender mucho sobre teoría feminista por más de cuatro años. Siempre me sentí allí en casa aprendiendo más sobre los feminismos y la teoría social. La Dra. Lucero Jiménez Guzmán de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales fue un apoyo en mi inserción en el doctorado. Gracias al Dr. Martín Boy de la Universidad de Buenos Aires (UBA) Argentina, al Dr. Eduardo Mattio de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) Argentina y a la Dra. Regina Facchini de la Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil, por tanto aprendizaje en mis estancias de investigación doctoral. Sus críticas, sugerencias y aportes fueron muy atinadas y me dieron luz en el camino de esta tesis.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca que permitió esta tesis y mi formación doctoral y a los apoyos económicos de la UNAM para asistir a congresos. También extendo el agradecimiento para la Clínica Especializada Condesa de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, que me permitió hacer trabajo etnográfico en sus instalaciones. La Dra. Andrea González, el Lic. Steve y la Mtra. Nathalie fueron muy receptivxs. La gente que forma parte del proyecto “asesoría de pares” no solo me inspiró con el trabajo corporal y emocional que hacen para ayudar a personas con diagnóstico reciente a VIH, su amistad y conversaciones han sido muy relevantes. Su calidez humana es incomparable. Las/os interlocutoras/es de esta tesis me enseñaron tantas cosas que no tengo cómo retribuir su apoyo: esta investigación es suya.

Amigas/os, gracias por ser mis cómplices, no pongo nombres por temor a que olvide el nombre de alguna, pero ustedes saben lo valiosas que son para mí.

## ÍNDICE

Introducción .....	9
1. Sociología, feminismos, cuerpo, género y sexualidad .....	13
2. Capitulado .....	18
CAPÍTULO I Ontologías corporales performativas contemporáneas: cuerpo, género, [hetero]sexualidad, biomedicalización y VIH/sida .....	21
1. Judith Butler y su ontología socio/corporal: vulnerabilidad, violencia y precaridad.. .....	22
1.1. Vulnerabilidad y la condición <i>extática</i> del yo .....	22
1.2. Vulnerabilidad y precaridad .....	25
2. El régimen político-discursivo de la heterosexualidad .....	28
2.1. La matriz heterosexual y la performatividad del género .....	29
2.2 La mente <i>straight</i> y la regulación de la intimidad .....	31
2.3 El régimen político-discursivo de la heterosexualidad en la serodiscordancia.....	38
3. El dispositivo de la sexualidad y el dispositivo biomédico en la construcción del VIH/sida y la serodiscordancia en México .....	39
3.1 El dispositivo de la sexualidad .....	42
3.2 El dispositivo biomédico del VIH/sida .....	44
3.2.1 Biomedicalización .....	45
3.2.2 Tecnologías del VIH/sida .....	47
3.3 El VIH/sida en México y la serodiscordancia.....	59
3.3.1 Acercamientos teórico/metodológicos a la serodiscordancia..	66
3.3.2 De vuelta a la vulnerabilidad y el género .....	71
CAPÍTULO II La dimensión emocional de la vulnerabilidad: rituales, prácticas y cuerpos en la configuración de la serodiscordancia.....	75
1. Sobre la afectividad y las emociones .....	78
1.1 Feminismos y la performatividad de las emociones .....	78
1.2 Entre los afectos y los sentimientos: un acercamiento a la socialidad de las emociones .....	84

2. Configuración sociocultural de las emociones: rituales y prácticas en el encarnamiento de las normas biomédicas y de género en la serodiscordancia	90
2.1 La dimensión social de las emociones	90
2.2 Rituales, cuerpo y emociones	93
2.2.1 La interacción y sus cadenas de rituales	95
2.2.2 Ritualización, prácticas corporales y poder	100
2.3 Vulnerabilidad, emociones y serodiscordancia	111
3. Emociones y serodiscordancia	118
3.1 Abyección y afectividad	119
3.2 Amor	123
3.3 Miedo y serodiscordancia	128
CAPÍTULO III Encuentros afectivos de la serodiscordancia: etnografía, saberes localizados y emociones	133
1. Estrategia metodológica: etnografía feminista/ <i>queer</i>	133
2. Etnografía y serodiscordancia	141
2.1 Grupo de auto apoyo y primera/os interlocutora/es	147
2.2 Segunda fase trabajo de campo: la clínica y la búsqueda de acercamientos con otras mujeres y más testimonios	155
2.3 Presentación de las/os interlocutoras/es	170
A) Isaac y Josué	171
B) Ramiro y Esteban	171
C) Josefina y Óscar	172
D) Edgar y Bernardo	173
E) Germán y Héctor	173
F) Virginia	173
G) Diana y Juan	174
H) Luis y Martín	174
I) Inés y Aldo	175
J) Adriana y Alberto	175
K) Gabriela	175
L) Mauricio y Alejandro	176

2.4 Conclusión .....	177
CAPÍTULO IV Estrategia analítica: la “teoría fundamentada” y la codificación de la información cualitativa .....	179
1. Estrategia analítica .....	179
1.1 Sobre la teoría fundamentada .....	179
1.1.1 El método de comparación constante .....	182
1.1.2 Muestreo teórico .....	184
1.2 Teoría fundamentada revisitada .....	186
2. Proceso de codificación .....	188
a) Codificación abierta .....	190
b) Codificación axial .....	191
c) Codificación selectiva.....	191
2.1 Pasos de la codificación cualitativa y la creación de categorías de análisis.....	193
2.1.1 De los datos brutos a la categorización inicial .....	195
2.1.2 Desarrollo de las categorías iniciales .....	200
2.1.3 Integración de categorías y delimitación de la escritura teórica .....	203
CAPÍTULO V Resignificaciones corpóreo-afectivas de la biomedicina.....	207
1. Biomedicalización, vulnerabilidad y tecnologías de la serodiscordancia .....	210
1.1 Diagnóstico reactivo al VIH .....	211
1.2 Práctica biomédica y serodiscordancia .....	233
2. Antirretrovirales, efectos y sujeciones .....	241
2.1 Relaciones corporales con los fármacos.....	242
2. 2 Manejo del riesgo del VIH/sida, fármacos y complicaciones .....	249
3. Los grupos de auto apoyo y redes afectivas .....	254
4. Otras ritualizaciones corpóreo-afectivas.....	262
CAPÍTULO VI Vinculaciones afectivas y serodiscordancia .....	267
1. Interacción, emociones y vinculaciones de la serodiscordancia.....	269
2. Reactivación de vínculos erótico-afectivos después del diagnóstico.....	276



3. Amor, cuerpo y significados .....	283
3.1 Dándole sentido a la diferencia.....	289
3.2 Conflictos e interacción en la vida cotidiana .....	295
3.3 Resignificando la serodiscordancia.....	304
4. Prácticas sexuales: significados, cuerpo y serodiscordancia.....	307
Conclusiones .....	325
1. Relacionamientos corporales con horizontes normativos .....	325
2. El VIH/sida, lo femenino y lo masculino.....	332
3. Estrategia metodológica y analítica, y temas pendientes .....	336
4. Emociones y afectos .....	339
ANEXO I .....	341
Cuadros con datos de las/os informantes y notas metodológicas .....	341
ANEXO II .....	345
Guías de entrevista .....	345
Carta de consentimiento informado.....	355
Referencias bibliográficas .....	359

## Introducción

A partir de la década de 1990, la comprensión de los padecimientos, la salud y la enfermedad está regida por las industrias farmacéuticas de manera cada vez más patente (Rose, 2007b; Preciado, 2008; Dumit, 2012). El poder que ejerce la biomedicina desde sus tecnologías se ha extendido incluso a otras áreas de la vida cotidiana. Hoy en día, las sociedades contemporáneas viven marcadas por discursos sobre el riesgo (Beck, 1998), el manejo y el control de las adversidades a las que el cuerpo humano se ve expuesto.

El VIH/sida da cuenta de lo anterior si reflexionamos en las maneras en que la ciencia implementa cambios en el refinamiento de sus tecnologías para dar la impresión de manejo y control del riesgo de manera simbólica y ritualizada (Crawford, 2004). A partir de 2008, la Comisión Federal de VIH/sida Suiza y otros estudios que se hicieron después, sentaron las bases para un cambio en la comprensión de la pandemia: quien se adhiera al tratamiento antirretroviral, aumentará sus cd4 y reducirá en más de 95% la probabilidad de transmitir el virus (Vernazza *et al.*, 2008; Attia *et al.*, 2009; Vernazza, 2009; Jin *et al.*, 2010). Este hallazgo inició un nuevo paradigma que pondera al tratamiento como prevención (*The Lancet*, 2011), dándole gran relevancia a los antirretrovirales, pues no solo reducen las copias del VIH en el organismo, sino que también hacen que las defensas se incrementen y además no se transmita de manera fácil.

Ante este nuevo panorama, el VIH/sida ha dejado de ser considerado, en muchos contextos –sobre todo urbanos– un padecimiento mortal para convertirse en uno más bien crónico y que es manejable (cfr. Halkitis, Parsons y Wilton, 2003; Folch *et al.*, 2005; Reis y Gir, 2010). Al disminuir la mortalidad asociada a la pandemia se incrementan las probabilidades de socialización entre personas con distinto estado serológico. La serodiscordancia aparece entonces como un espacio propicio para la investigación, pues permite entender cómo se experimenta la diferencia y cómo algunas personas dan sentido al virus.

Que la biomedicina intente controlar el padecimiento quiere decir que despliega relaciones saber-poder con las personas afectadas. Sin embargo, hay

otros elementos socioculturales que complejizan esto. Parto en esta investigación de que el análisis de las relaciones corpóreo-afectivas que establecen las personas con las normas biomédicas y de género puede dar cuenta de procesos en los que las emociones, los cuerpos y las ritualizaciones surgen como efecto de situaciones sociales.

En tanto estamos expuestas/os a horizontes normativos, somos vulnerables ante el poder que se ejerce sobre nosotras/os. Analizar al cuerpo debe hacernos comprender la vulnerabilidad diferenciada que de manera violenta nos produce como sujetos (Butler, 2001). Entiendo el cuerpo desde su dimensión relacional, pues depende de los otros para existir, y desde su dimensión performativa, pues necesita del lenguaje para que, gracias a la interpelación, se enmarque su existencia social mediante relaciones de poder que son rastreables en las asignaciones y actuaciones de género (Butler, 2004: 21; 2009).

En los casos aquí estudiados estamos hablando de cuerpos abyectos, pues estas personas viven los estragos de la ininteligibilidad por implicaciones socioculturales en la vivencia de la serodiscordancia que se construyen mediante la interacción y la ritualización de la vida cotidiana (Collins, 2009; Bell, 2009) y que, analíticamente hablando, nos ayudan a comprender cómo asimilamos ciertos mandatos y también cómo los incorporamos y resignificamos.

Empecé a investigar algunas implicaciones socioculturales de la serodiscordancia en 2011. Asumirme como sujeto de deseo que está marcado por la heteronorma y convivir con gente cercana al padecimiento me hizo darme cuenta de la vulnerabilidad que vivimos todas/os ante el virus, pero sobre todo, de la vulnerabilidad diferenciada que hace estragos muy importantes en algunos cuerpos precarios. Me pareció necesario investigar cómo impactan las normas biomédicas y de género en vínculos erótico-afectivos donde hay diferencia en el estado serológico para indagar cómo se experimentan estos mandatos y cuáles son las implicaciones emocionales de por medio.

La inmersión en el estudio de la serodiscordancia comenzó con varones en prácticas homoeróticas (véase algunos resultados en Torres, 2013, 2014) y ahora, con esta investigación, comparé las vivencias homo con las hetero a partir de

2014. Resalto algunos procesos de asimilación y reformulación de los mandatos de género y biomédicos a partir de las vivencias de lo femenino y lo masculino que experimentaron personas que viven en la Ciudad de México.

La pregunta de investigación que pretendo responder es:

- ¿Cómo se construyen algunos de los vínculos erótico-afectivos serodiscordantes entre mujeres y varones en comparación con los formados entre varones, en la Ciudad de México, a partir de sus relacionamientos corpóreo-afectivos y con las normas biomédicas y de género?

El objetivo general de esta investigación es:

- Describir y analizar cómo se construyen los vínculos erótico-afectivos serodiscordantes entre mujeres y varones en comparación con los formados entre varones, en la Ciudad de México, a partir de sus relacionamientos corpóreo-afectivos y con las normas biomédicas y de género.

Los objetivos específicos son:

- Analizar y comparar, mediante herramientas conceptuales –como performatividad, género, cuerpo, interacción, emociones y sexualidad–, cómo se vive la diferencia de estado serológico, la violencia, el ejercicio del poder, los conflictos, las ambigüedades y las resignificaciones de las experiencias serodiscordantes en la vida cotidiana, destacando las especificidades socioculturales de cada caso.
- Describir y analizar las prácticas sexuales de algunas personas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes; cómo han cambiado a lo largo de su vínculo respecto al riesgo de transmisión del VIH y uso de condón, así como sus significados.

La contribución que se espera dar al conocimiento a través de esta investigación tiene varias aristas: en primer lugar, pretende dilucidar la experiencia de la serodiscordancia mediante la investigación científica de prácticas homo y hetero.

Pretendo evidenciar, a partir de testimonios basados en la vivencia 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, pues las prácticas homo y hetero se complejizan cuando la serodiscordancia forma parte de estas, 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, además de que está presente la posibilidad de transmisión a otras personas.

En segundo lugar, conocer las prácticas sexuales, afectivas y de la vida cotidiana de estas personas proporciona un valioso aporte empírico a otros campos, como los relacionados con las políticas públicas, lo cual posibilitaría la creación de programas y espacios destinados a vínculos erótico-afectivos a partir de las necesidades de las personas que los conforman: los testimonios de quienes participaron como informantes en esta investigación podrían contribuir a dar pistas en los caminos que deben seguir las estrategias de prevención respecto al VIH/sida.

Decido enfocarme en vínculos serodiscordantes homo y hetero por razones de acotamiento metodológico, pues estos casos comparten dos rasgos: están presentes los varones, en quienes el padecimiento representa una de las primeras causas de muerte (INEGI, 2013, 2015), y las complejidades de vivir y convivir con el virus se hacen más evidentes cuando existe la serodiscordancia. Sin embargo, reconozco que es necesario investigar otro tipo de vínculos que no han sido tomados en cuenta, como los formados entre mujeres, así como los constituidos entre personas seroconcordantes (en los que las personas implicadas tengan el mismo estado serológico).

Como punto de partida, se da por descontado que todas estas personas han sido afectadas por la heteronormatividad: los afiliados al homoerotismo por no asumir la heterosexualidad como guía de sus prácticas, los asumidos como hetero por sufrir los estragos de ser varones —e intentar adecuarse al modelo hegemónico de la masculinidad— y las mujeres al estar en una sociedad

falogocéntrica, elemento que se evidencia por el hecho de que solo son tomadas en cuenta de manera muy somera dentro de la investigación científica relacionada con la vivencia del VIH/sida. A continuación describo las directrices teóricas que dan forma a la investigación.

### 1. Sociología, feminismos, cuerpo, género y sexualidad

Propongo en esta investigación un cruce transdisciplinario, el cual supone “que las disciplinas comparten ciertos métodos o paradigmas teóricos que, en el cruce entre una disciplina y otra, pueden generar nuevos enfoques” (Dogan y Pahre, 1993 cit. por García y Cedillo, 2011: 558). Para comprender la serodiscordancia, sugiero analizarla desde confluencias conceptuales sobre el cuerpo, el género y la sexualidad, desde posturas sociológicas, antropológicas y feministas/*queer*.

Retomo la intersección entre sexualidad, género y *régimen político-discursivo hetero* para develar cómo existen mecanismos de poder que repercuten en las prácticas y vidas de las personas que no se adecuan a esta norma. Es decir, realizo una sociología feminista del género y la sexualidad –o quizá, para ser más precisos, lo que propongo es un feminismo sociológico del género y la sexualidad– que tome en cuenta el cuerpo como punto de partida del análisis de la serodiscordancia. Tal imbricación conceptual es necesaria pues en la sociología, aunque existen investigaciones muy importantes que retoman al género desde sus implicaciones sociales (véase Jackson, 1999; 2006a, 2010), su análisis ha sido relegado a pocos trabajos, y en muchos estudios prevalece un presupuesto heterosexista que toma la heterosexualidad como base de la sociedad (cfr. Green, 2007; Miskolci, 2009).

Mi propuesta conceptual parte del feminismo *queer* de Judith Butler (1998, 2001, 2004, 2006a, 2006b, 2007, 2008, 2009, 2010) sobre la performatividad de género y la vulnerabilidad, ve en la sociología y en la antropología elementos conceptuales valiosos para extender estas categorías y comprender las configuraciones corporales y sensibles que forman parte del lenguaje, pero que también lo exceden.

Sobre la sexualidad, es necesario decir que, aunque la *queer theory* y la sociología comparten la visión de “la sexualidad como una construcción social e

histórica” (Miskolci, 2009: 151), sus *corpus teóricos* están también en tensión constante en la comprensión del sujeto y del *self*, pues como indica Adam Isaiah Green:

Aunque cada uno de estos acercamientos conceptuales inicia con un gesto deconstructivista, la *queer theory* está comprometida con la disolución del sujeto –mientras que la sociología quiere enfatizar los procesos de su construcción social–, lo que tiene implicaciones profundas para el tipo de preguntas, métodos y construcción de teorías que siguen sus premisas epistemológicas (Green, 2007: 27).<sup>1</sup>

Esta diferencia epistemológica no es menor, pues recordemos que, cuando cierta sociología de la década de 1970 inició con el estudio de la sexualidad, preservó algunas de sus ideas esencialistas, es decir:

Los clásicos de la sociología no pusieron la debida atención en los esfuerzos para analizar cuerpos, placeres y deseos, ni en las maneras en que se constituyen identidades sexuales o de género como parte del proceso de modernización que se originó en las sociedades contemporáneas [...]. La comprensión de lo social no fue completamente desnaturalizada y los restos del esencialismo en la teoría social permanecen en un concepto (o supuesto) que corre a través de la mayoría de sus corrientes hasta nuestros días: el de normalidad (Miskolci, 2009: 162, 164).<sup>2</sup>

Sin embargo, es en esta tensión donde creo que existen posibilidades de conexiones productivas entre estos marcos conceptuales para analizar el papel de la identidad, de los procesos de normalización de las prácticas y el cuerpo, y la comprensión de la sexualidad y sus efectos en la vida sociocultural de las personas.

Óscar Guasch llamó la atención sobre la falta de un área de especialización sobre sexualidad en la sociología “cuyo objeto de estudio sea el sexo en tanto actividad social, para definir qué es y qué no, qué espacios y tiempos tiene adjudicados, qué actores lo ejecutan, de qué modo lo hacen, sus razones y consecuencias sociales, etcétera” (1993: 106). Esta perspectiva debe

---

<sup>1</sup> Todas las traducciones son mías.

<sup>2</sup> Aunque concuerdo con esto, al mismo tiempo me desmarco un poco de esta postura, pues me parece que vale la pena reconocer que hay algunas investigaciones desde la sociología que no parten de una postura esencialista y cuyos argumentos se parecen mucho a lo que, años después, la *queer theory* puso de moda, sobre todo lo relacionado con la actuación y la producción del género en la vida cotidiana y con la fluidez del deseo sexual. Estas disputas las desarrollo a lo largo de la tesis (para ejemplos desde este tipo de sociología véase Kessler y McKenna, 1978; Hochschild, 1979, 2008; West y Zimmerman, 1987; Jackson, 1999; Brickell, 2003; Garfinkel, 2006).

contextualizar de manera sociohistórica los escenarios donde se suscita la configuración de la sexualidad; debe tomar en cuenta la normatividad que forma parte de esta y sus implicaciones para las personas. Hay que reconocer que, a partir de la década de 1980, esta invitación ha sido retomada de manera parcial, y se han hecho esfuerzos para analizar la sexualidad desde sus implicaciones sociales y buscar en la sociología elementos para su reflexión que se vinculen ya sea con lo *queer* o con los feminismos, en países como Estados Unidos (Seidman, 1997; Gamson y Moon, 2004), Canadá (Adam, 2000; Green, 2002, 2007), Inglaterra (McLaughlin, 2003; Richardson, McLaughlin y Casey, 2006; Jackson, 2001; 2006a) o España (Guasch y Viñuales, 2003).

Del enfoque *queer* retomo su crítica al esencialismo biológico y su rechazo de las clasificaciones universales –como heterosexual y homosexual–, las cuales están sujetas a la norma y a las relaciones de poder impuestas por la heteronormatividad. Esta forma de interpretar la sexualidad y el género remite a su dimensión sociocultural y resalta las variaciones culturales de la sexualidad de los seres humanos fuera de las jerarquizaciones que se inscriben dentro del [hetero]sexismo. “Esta visión permite comprender las formas de relación entre las personas como hechos complejos que no necesariamente se ajustan a las definiciones que provienen de los binarios femenino/masculino, normal/anormal, heterosexualidad/homosexualidad” (Moreno, 2004: 312).

Una de las contribuciones más interesantes de la teoría *queer*, de acuerdo con Guillermo Núñez, “es la problematización del vínculo género-deseo, sus ambigüedades inherentes, sus contradicciones, así como también su diversidad” (2007: 147). Es decir, lo *queer* ofrece una crítica a los procesos de normalización de la sexualidad, del género y de la identidad (Miskolci, 2009).<sup>3</sup>

Desde esta perspectiva, utilizo en esta investigación la categoría “prácticas homo-erótico-afectivas” para referirme a las vivencias entre personas del mismo

---

<sup>3</sup> Esto se complejiza si pensamos en las aplicaciones de lo *queer* a contextos latinoamericanos. Reconozco, como lo han indicado varias/os autoras/es (Epps, 2008; Viteri, Serrano, Vidal, 2011; Rivas, 2011; Valencia, 2015) que es complicado retomar de manera literal las reflexiones provenientes de la realidad estadounidense sin ninguna mediación crítica, pero al mismo tiempo veo en las adaptaciones, y sobre todo deformaciones de este enfoque mediante lo “*cuir*”, espacios de creatividad conceptual para la comprensión del ejercicio de la sexualidad desde el sur global.



sexo, donde se engloban la afectividad, la sexualidad y el erotismo. Con “prácticas hetero-erótico-afectivas” me refiero a este tipo de vivencias entre mujeres y varones. Cuando aludo al término “vínculos homo o 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, *gay*, homosexual, o parejas heterosexuales, *gays* u homosexuales” porque parto de una estrategia teórico-metodológica *queer/cuir* que no relaciona las prácticas sexuales con identidades fijas o universales, sino que comprende la sexualidad como un proceso en el que las personas, a lo largo de sus vidas, construyen sus deseos eróticos y gustos –cambiantes, complejos, contradictorios y fluidos– en los que sus cuerpos y emociones están inmersos.

Concuerdo con Stephen Valocchi en que es necesario buscar los vínculos entre la sociología y lo *queer* para complementar el aporte de la primera, que ha dejado de lado las complejidades implícitas en el vínculo sexo-género-deseo y en el ejercicio del poder dentro de la formación identitaria. Al mismo tiempo: “el análisis de la interacción nutre lo *queer* al ilustrar las maneras en que las subjetividades son restringidas o reconstruidas y cómo se relacionan con las prácticas de la vida cotidiana, poniendo el énfasis en los procesos de construcción de sus significados” (2005: 766-767).

Entiendo a la sociología en el mismo sentido que Stevi Jackson: como “una manera de pensar desde un conjunto finito de teorías y datos, que implica cuestionar los arreglos sociales existentes y percatarse de que son producto de la historia que conllevan un entendimiento del moldeamiento social, de la vida personal y de la experiencia” (1999: s/p).

Hablo de sociología feminista desde un enfoque *queer* para enfatizar un diálogo tenso entre estas corrientes de pensamiento, pues muchas/os autoras/es desde lo *queer* han intentado analizar la sexualidad desligándose de los feminismos. Para Janice McLaughlin, Diane Richardson y Mark Casey (2006) las supuestas disputas entre lo *queer* y el feminismo son insanas e inapropiadas, por lo que proponen examinar las maneras en que es posible reunir estos aportes y tomar en cuenta que:

a) Ni lo *queer* ni el feminismo ven la sexualidad como asunto privado, destino, o elección individual, sino que lo ven como un elemento de relevancia pública; b) comparten su crítica respecto al papel privilegiado de la heterosexualidad; c) la teoría *queer*, el debate posmoderno y posestructuralista han mostrado a la teoría social el reconocimiento de la validez de explorar los patrones de la construcción identitaria de manera cotidiana bajo relaciones de poder (Richardson, McLaughlin y Casey, 2006: 7-9).

La sociología tiene méritos en esta unión conceptual, pues aunque lo *queer* ofrece muchas líneas analíticas para la comprensión de la sexualidad, desde la fluidez y el ejercicio del poder que forman parte del binarismo de género, es cierto que a este enfoque conceptual “le falta tomar en cuenta estructuras y prácticas sociales de la vida cotidiana” (Jackson, 2006a: 56).

En suma, con estas intersecciones conceptuales podremos entender cómo las personas, mediante sus cuerpos en sus dimensiones relacional y performativa, pero también en sus dimensiones sociales a través de las ritualizaciones de la vida cotidiana y la interacción, dan sentido a la serodiscordancia y al VIH/sida. Entenderemos pues cómo se configuran los cuerpos en tanto relacionales, performativos, emocionales y ritualizados. Como indican Molly Moloney y Sarah Fenstermaker sobre el aporte de Butler y la sociología:

Hay una co-implicación de lo “micro” y de lo “macro” en ambos marcos, y las dos teorías hablan en estos dos niveles (a la vez que problematizan la mera distinción implicada en los términos). Y, ciertamente, existe la necesidad de elaboración posterior y articulación más precisa en ambas teorías de las fronteras del “discurso” y de la “interacción”. Ambos modelos [...] tienen necesidad de expansión y refinamiento subsecuentes mediante análisis y aplicación empíricos (Moloney y Fenstermaker, 2002: 202-203, 204).

Retomo esta invitación y desde el feminismo-*queer* indago en la dimensión macrosocial que delimita la producción de la serodiscordancia, y desde la dimensión microsociológica analizo las implicaciones corpóreo-afectivas de vínculos serodiscordantes.

Además, pensar desde esta imbricación sociológico-feminista-*queer* debe mantener una intención de comprensión interseccional de la producción de la investigación y de la comprensión de las vidas de las personas que participaron en esta investigación, pues “Hacer una apuesta por los *feminismos queer* requiere atender a cómo las diferentes opresiones están articuladas, a cómo el racismo, el clasismo, el heterosexismo, se (re) producen violentamente en nuestra

cotidianeidad, y evitar la salida fácil de fijar *a priori* una exclusión primaria” (Bargueiras, García y Romero, 2005: 24).

Retomo esta perspectiva feminista interseccional que apela a comprender los cruces múltiples de dominación desde un matiz fenomenológico, es decir, desde cómo lo experimentan los sujetos en su especificidad. “La apuesta de la interseccionalidad consiste en aprehender las relaciones sociales como construcciones simultáneas en distintos órdenes, de clase, género y raza” (Viveros, 2016: 12), productos de los encuentros entre los cuerpos (Puar, 2011).

Resalto el papel del género, entendido como “una forma de poder social que produce el campo inteligible de los sujetos, y un aparato que instituye el género binario. Como norma que aparece independientemente de las prácticas que rige, su idealidad es el efecto reinstituído de aquellas mismas prácticas” (Butler, 2006a: 78), en unión a la vivencias de la clase social en la serodiscordancia:

dato que la heterosexualidad normativa evidentemente no es el único régimen regulador que opera en la producción de los contornos corporales o en la fijación de los límites de la inteligibilidad corporal, tiene sentido preguntarse qué otros regímenes de producción reguladora determinan los perfiles de materialización de los cuerpos (Butler, 2008: 41).

Asimismo, esta perspectiva interseccional me sirvió para enfatizar en la investigación cómo realicé encuentros etnográficos (Fabian, 1983) donde sobresale cómo operan los saberes localizados y mi posicionamiento como sujeto marica y feminista que contribuyó a la co-producción del conocimiento con las/os interlocutoras/es que formaron parte de esta investigación.

## 2. Capitulado

Esta investigación está dividida en seis capítulos. Los primeros dos engloban el marco conceptual que da sustento a la tesis. Los dos siguientes, se enfocan en el papel de la metodología cualitativa desde la etnografía y el acomodo de la información para la creación de categorías analíticas. El último par corresponde a la interpretación de los encuentros etnográficos que realicé entre 2014 y 2015.

En el primer capítulo, “Ontologías corporales performativas contemporáneas: cuerpo, género, [hetero]sexualidad, biomedicalización y

VIH/sida”, propongo las bases ontológicas que dan sustento a esta investigación. Parto de la ontología socio-corporal de Judith Butler para hablar de la vulnerabilidad como condición de existencia corporal de todas las personas. Aunque todas las personas somos vulnerables a adquirir padecimientos, la distribución de la vulnerabilidad es diferenciada y repercute en que algunos cuerpos son más precarios que otros. Me enfoco de dos elementos: el régimen político-discursivo de la heterosexualidad y la imbricación de los dispositivos de la sexualidad y el biomédico. Destaco cómo los cuerpos son efecto de la performatividad de los discursos.

Ante las dificultades que origina pensar el discurso como el único mecanismo que construye corporalidades, en el segundo capítulo –“La dimensión emocional de la vulnerabilidad: rituales, prácticas y cuerpos en la configuración de la serodiscordancia”– propongo acudir a posturas sociológicas y antropológicas para extender la visión butleriana y posicionar el papel de las emociones y los afectos, mediante las lecturas, apropiaciones y resignificaciones de las investiduras afectivas de las normas biomédicas y de género, para dar cuenta del papel del cuerpo y la afectividad en los procesos de configuración de la serodiscordancia.

El análisis de las emociones y las prácticas corporales ritualizadas que se dan en las cadenas de interacción dan pistas conceptuales para entender cómo se vive la sujeción y destacar el encarnamiento de las normas.

En el tercer capítulo, “Encuentros afectivos de la serodiscordancia: etnografía, saberes localizados y emociones”, hablo de la etnografía feminista/*queer* como estrategia metodológica en la que enfatizo los procesos corpóreo-afectivos en los encuentros que mantuve por un año con personas en vínculos serodiscordantes. Resalto el papel de una metodología feminista que parte de los saberes localizados que posicionan al cuerpo y a las emociones como canales de contacto y co-construcción de conocimiento con las/os interlocutoras/es. Al final de este capítulo presento algunos rasgos de las personas que participaron en la tesis.

En el cuarto capítulo, “Estrategia analítica: la “teoría fundamentada” y la codificación de la información cualitativa”, describo la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967) que utilicé como guía para la codificación y el análisis de los datos empíricos. Primero analizo cómo ha cambiado esta estrategia analítica; parto de un entendimiento constructivista de esta y posteriormente relato cómo organicé la información cualitativa hasta formar las categorías que guían el análisis, las cuales divido en dos grandes temas: la biomedicina y las vinculaciones afectivas entre las personas involucradas en la serodiscordancia.

En el quinto capítulo: “Resignificaciones corpóreo-afectivas de la biomedicina”, inicio la interpretación de la información cualitativa. Aquí ofrezco un análisis de las implicaciones corpóreo-afectivas de las/os interlocutoras/es con la biomedicina a partir de la biomedicalización, los procesos de sujeción con los antirretrovirales, las redes afectivas que se dan en los grupos de auto apoyo y otras prácticas ritualizadas que dan sentido a los mandatos biomédicos sobre la diferencia del estado serológico.

En el sexto capítulo: “Vinculaciones afectivas y serodiscordancia”, presento un análisis de las prácticas afectivas de las personas entrevistadas, así como de sus procesos de resignificación corporal de la serodiscordancia a partir de la interacción y las emociones. Resalto el involucramiento de otras personas importantes para las/os interlocutores en el padecimiento, algunos elementos de la formación del vínculo serodiscordante actual, los significados atribuidos al amor y sus prácticas sexuales. En estos dos últimos capítulos comparo las vivencias de las/os informantes a partir del género y de la clase social.

Finalmente, pongo unas breves conclusiones en las que sintetizo los principales hallazgos de la investigación, así como posteriores líneas teóricas y metodológicas que se desprenden de esta tesis. Después están los anexos donde se encuentran: un cuadro que resume las características de las/os informantes que formaron vínculos erótico-afectivos, otro que agrupa algunos rasgos del personal de salud, las guías de entrevistas que apliqué y la carta de consentimiento informado que firmaron las personas entrevistadas.

# CAPÍTULO I

## Ontologías corporales performativas contemporáneas: cuerpo, género, [hetero]sexualidad, biomedicalización y VIH/sida

*La pérdida nos reúne a todos en un tenue “nosotros”. En las últimas décadas, todos perdimos algo a causa del sida, pero hay otras pérdidas que nos afligen a causa de enfermedades y de conflictos mundiales, además del hecho de que las mujeres y las minorías, incluidas las minorías sexuales, están, como comunidad sujetas a la violencia (Butler, 2006b: 46)*

Este capítulo brinda un acercamiento teórico a la comprensión ontológica de las corporalidades contemporáneas serodiscordantes en México a partir del aporte de Judith Butler sobre la vulnerabilidad. Después de mencionar que todas somos vulnerables a los padecimientos, me enfoco en la precariedad y su forma diferenciada que repercute en la configuración de ciertas vidas. Finalmente describo dos dimensiones que forman parte de la precariedad en los vínculos serodiscordantes: el régimen político-discursivo de la heterosexualidad y la imbricación de los dispositivos de la sexualidad y el biomédico. El análisis discursivo desde el feminismo y la sociología aquí proporcionado intenta delimitar entonces cómo estos cuerpos son efectos de la performatividad de algunos discursos.

Algunos elementos teóricos cruciales para comprender tanto la formación de identidades como los matices en la construcción de los significados y las prácticas sociales de la vida cotidiana se relacionan con el género, la sexualidad y sus implicaciones en las construcciones socioculturales de lo “masculino” y lo “femenino”. Hoy en día, indica Marta Lamas:

se reconoce que lo característico de la cultura es su naturaleza simbólica que entretexe un conocimiento tácito sin el cual no habría interacción social ordenada y rutinaria. Es a partir de esta interacción que las personas comparten significados no verbalizados ni explícitos. En este entretejido tácito, el género es el elemento básico de la construcción de la cultura, la cual marca los sexos con el género y donde el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano (2000: 2, 4).

Además, estos elementos característicos de la construcción sociocultural del género, cobran un matiz especial cuando pensamos en padecimientos que conllevan un estigma, como el VIH/sida, y son los cuerpos serodiscordantes los que se encuentran obviamente envueltos en estos entramados de significaciones sobre el riesgo, el cuidado y la vulnerabilidad respecto al virus. ¿Cómo entender entonces la serodiscordancia? ¿De qué cuerpos estoy hablando cuando pienso en aquellos que están atravesados por el género, la [hetero]sexualidad, las prácticas y discursos biomédicos? ¿Qué tipo de sujetos son el efecto de prácticas discursivo/materiales que el avance científico respecto al VIH/sida produce en nuestros días? Considero que es necesario relatar desde una postura feminista cuáles son los elementos conceptuales que nos permiten pensar estos cuerpos en clave de género. Procedo a dar cuenta de esto a partir de la teorización de Judith Butler sobre la vulnerabilidad, la precariedad y la performatividad del género. Primero parto de la vulnerabilidad y precariedad<sup>4</sup> corporales propias de la serodiscordancia. Posteriormente, reflexiono sobre dos mecanismos normativos que constituyen las corporalidades serodiscordantes: *el régimen político-discursivo de la heterosexualidad* y la imbricación del *dispositivo de la sexualidad* con el *dispositivo biomédico* del VIH/sida en México en nuestros días.

## **1. Judith Butler y su ontología socio/corporal: vulnerabilidad, violencia y precariedad**

### **1.1. Vulnerabilidad y la condición *extática* del yo**

Considero que es necesario dar pistas teóricas sobre el entendimiento de los cuerpos, el deseo y en este caso las normas médicas y de género que atraviesan

---

<sup>4</sup> Utilizo la distinción que hace Butler entre precariedad [*precariousness*] y precariedad [*precarity*] para indicar, por un lado, una condición abstracta, y por el otro, una condición concreta.

la vida de las personas en vínculos serodiscordantes en México. Judith Butler ha intentado mostrar en clave de género los procesos de subjetivación a los que nos enfrentamos respecto al género y a la precariedad. Su ontología socio/corporal nos da alternativas para comprender cómo se configuran las corporalidades serodiscordantes.

La autora nos recuerda que es necesario –frente a conceptualizaciones individualistas– tomar en cuenta ontologías sociales. Sus reflexiones sobre la guerra nos dan pistas de cómo entender a los sujetos en relación con las normas sociales. Su teorización sobre las *vidas que pueden ser vivibles* en la actualidad nos recuerda que vale la pena reflexionar sobre la vulnerabilidad como característica que define “lo humano”, es decir, como lo que es compartido pues:

cada uno de nosotros se constituye políticamente en virtud de la vulnerabilidad social de nuestros cuerpos –como lugar de deseo y de vulnerabilidad física, como lugar público de afirmación y de exposición–. La pérdida y la vulnerabilidad parecen ser la consecuencia de nuestros cuerpos socialmente constituidos, sujetos a otros, amenazados por la pérdida, expuestos a otros y susceptibles de violencia a causa de esta exposición (Butler, 2006b: 46).

Concuerdo con Eduardo Mattio en que el aporte de Butler es relevante porque “acentúa al momento de fundar una ontología corporal capaz de suscitar una reconfiguración ética de nuestras relaciones políticas, [pues] cabe destacar en primer lugar la *vulnerabilidad física* a la que se ve sujeto todo ser humano” (2010: 161). En este sentido, complementa Butler, “Si mi destino no es ni original ni finalmente separable del tuyo, entonces el ‘nosotros’ está atravesado por una correlatividad a la que no podemos oponernos con facilidad; o que más bien podemos discutir, pero estaríamos negando algo fundamental acerca de las condiciones sociales que nos constituyen” (2006b: 49).

Con esta condición “ex-tática”<sup>5</sup> de toda vida humana, la autora “no solo reitera la concepción relacional del yo, sino que intenta dar cuenta de la *desposesión* que involucra dicha ‘relacionalidad’” (Mattio, 2010: 161). Así, indica la filósofa estadounidense,

---

<sup>5</sup> Al respecto, Butler indica que “ex-tático” significa, literalmente, estar fuera de uno mismo, y puede tener varios sentidos: ser transportado por una pasión más allá de uno mismo, pero también estar *fuera de sí* de rabia o de dolor” (2006b: 50).



cuando hablamos acerca de “mi sexualidad” o “mi género” tal como solemos y debemos hacerlo, estamos refiriéndonos sin embargo a algo complejo que el uso parcialmente esconde. Como modo de relación, ni el género ni la sexualidad son precisamente algo que poseemos, sino más bien un modo de desposesión, un modo de ser *para* otro o *a causa* del otro (Butler, 2006b: 50, cursivas de la autora).

Si bien la obra de Butler ha presentado algunos matices relevantes, persiste la preocupación por analizar cómo nos relacionamos con las normas. A partir del “giro ético” que ha retomado su aporte teórico, la autora nos invita a pensar cómo nuestra existencia se configura respecto a los otros en relación a las normas existentes. Es decir, es relevante

resaltar cómo nuestro estar se regula por normas. Esta forma de comunidad imaginaria afirma la correlatividad no solo como un hecho histórico o descriptivo de nuestra formación, sino también como una dimensión normativa de nuestra vida social y política que nos obliga a examinar nuestra interdependencia. De acuerdo con esta última perspectiva, nos convendría examinar el lugar de la violencia en tal relación, pues la violencia consiste siempre en la explotación de ese lazo original, de esa forma original por la que existimos como cuerpo, fuera de nosotros y para otros (Butler, 2006b: 52-53).

En suma, el papel de la violencia en relación a la condición *extática* del yo, le sirve a Butler para recordarnos que somos seres corporales, entregados a los otros,

en la medida en que caemos en la violencia actuamos sobre el otro, poniendo al otro en peligro, causándole daño, amenazando con eliminarlo. De algún modo todos vivimos con esa particular vulnerabilidad, una vulnerabilidad ante el otro que es parte de la vida corporal, una vulnerabilidad ante estos súbitos accesos venidos de otra parte que no podemos prevenir (Butler, 2006b: 55).

Así, podemos pensar en “lo humano” como una condición en la que estamos entregados al otro a causa de necesidades corporales. Esto no quiere decir que Butler quiera sentar las bases para un nuevo humanismo; lo que la autora intenta es destacar que “Siempre está la posibilidad de que [la vulnerabilidad] no se la reconozca y que se constituya como ‘irreconocible’, pero cuando esta vulnerabilidad es reconocida, este reconocimiento tiene el poder de cambiar el sentido y la estructura de la vulnerabilidad misma” (2006b: 70-71, cursivas de la autora). Lo anterior también para comprender cómo opera el reconocimiento de la vulnerabilidad a través del poder y el discurso y cómo puede ser resignificada.

Entonces se hace necesario destacar dentro de la teoría feminista la vulnerabilidad persistente de nuestros cuerpos, cómo es compartida con los

demás y cuáles son las condiciones discursivas y de poder implícitas en su reconocimiento. Esta condición de *interdependencia*<sup>6</sup> social nos puede dar pistas para la comprensión de los cuerpos como una relación con y desde los otros.

## 1.2. Vulnerabilidad y precaridad

La reflexión de Butler sobre la vulnerabilidad compartida cobra relevancia en términos de esta investigación cuando pensamos en las relaciones de poder inmersas en su configuración diferencial, en los cuerpos precarios que son efecto de estas relaciones y en la imposición violenta de la heteronorma y la biomedicina.

Proponer que la vulnerabilidad común es lo que da sentido a “lo humano” no le es suficiente a Butler, pues aunque ha teorizado al “cuerpo como lugar de vulnerabilidad humana común a todos”, es conveniente resaltar que “esta vulnerabilidad se encuentra siempre articulada en forma diferencial y que no puede ser pensada adecuadamente fuera de un campo diferenciado de poder tanto como del trabajo diferencial de normas específicas de reconocimiento” (Butler, 2006b: 72).

Para enfatizar esta diferencia, nos invita a preguntarnos “en qué condiciones resulta posible aprehender una vida, o un conjunto de vidas, como precaria, y en qué otras resulta menos posible, o incluso imposible”. Las pistas están en distinguir la precariedad [*precariousness*] de la precaridad [*precarity*], distinción conceptual que refuerza una “nueva ontología corporal que implique repensar la precariedad, la vulnerabilidad, la dañabilidad, la interdependencia, la exposición, la persistencia corporal, el deseo, el trabajo y las reivindicaciones respecto al lenguaje y a la pertenencia social” (Butler, 2010: 14-15).

Para evitar posibles confusiones sobre su ontología socio/corporal, la autora aclara:

“ontología” no denota la descripción de estructuras fundamentales del ser distintas de cualquier otra organización o política. El ‘ser’ del cuerpo al que se

---

<sup>6</sup> Al respecto, Butler aclara, “Confieso no saber cómo conceptualizar esa interdependencia. Sugiero no obstante que nuestra responsabilidad política y ética se afirma en el reconocimiento de que cualquier forma radical de autosuficiencia y soberanía irrestricta queda por definición desbaratada por procesos globales más amplios de los cuales forman parte, que ningún control total puede ser asegurado, y que un control final no es ni puede ser un valor último” (Butler, 2006b: 14-15).

refiere esta ontología es un ser que siempre está entregado a otros: a normas, a organizaciones sociales y políticas que se han desarrollado históricamente con el fin de maximizar la precariedad para unos y de minimizarla para otros. No es posible definir primero la ontología del cuerpo y referirnos después a las significaciones sociales que asume el cuerpo. Antes bien, ser un cuerpo es estar expuesto a un modelado y a una forma de carácter social, y eso es lo que hace que la ontología del cuerpo sea una ontología social. En otras palabras, que el cuerpo está expuesto a fuerzas social y políticamente articuladas, así como a ciertas exigencias de sociabilidad –entre ellas en lenguaje, el trabajo y el deseo– que hacen posible el persistir y el prosperar del cuerpo (Butler, 2010: 15-16, 45).

Es decir, con la ontología socio/corporal de Butler, debemos tener en cuenta dos cosas: *a)* que es analíticamente productivo pensar al cuerpo como una relación sociocultural, *b)* y que en ese sentido, estamos expuestas/os ante las/os otras/os. Así, la precariedad –como condición general compartida por todas– siempre está presente pues podemos dejar de existir en cualquier momento y nuestras vidas dependen del trabajo y acciones de otras que muchas veces no conocemos. Sin embargo, es la precaridad –como condición políticamente impuesta y diferenciada– la que hace que la vulnerabilidad y los procesos de precarización se potencialicen y afecte a muchas personas a sufrir hambre, pobreza, enfermedades y violencia en contextos de poca protección (Butler, 2010: 31, 46-47, 50). Aunque ambos conceptos se intersectan es necesario destacar su especificidad.

Aunque Butler estaba pensando en la guerra y los conflictos bélicos de Estados Unidos, cuando a partir del 2001 escribió los textos aquí mencionados, considero que sus aportes se pueden retomar para el estudio de padecimientos como el VIH/sida y la serodiscordancia. Es esta ontología socio/corporal la que nos sirve en esta investigación para entender a los cuerpos serodiscordantes. Si bien podemos pensar en la vulnerabilidad física compartida por todos los seres humanos, lo que me interesa resaltar es la precaridad de algunas personas, pues hay cuerpos que son más precarios y vulnerables a adquirir este virus. Sus experiencias son efecto de las normas médicas y de género y es en esta interdependencia con las normas y con los otros que intentan comprender qué pasa con sus cuerpos.

Además, la diferencia del estado serológico juega un papel crucial en estos cuerpos, pues estamos hablando de cuerpos vulnerables con doble connotación:

primero, los que están expuestos al contagio; y segundo, aquellos que, después de recibir el diagnóstico, están expuestos a procesos de precarización implicados en el hecho de depender de la biomedicina y de las propias condiciones de existencia para entender el padecimiento.

Otro elemento que resulta interesante de la ontología butleriana para pensar en los cuerpos serodiscordantes se relaciona con la violencia que es inducida en los cuerpos mediante los procesos de precarización, pues “hay formas de distribución de la vulnerabilidad, formas diferenciales de reparto que hacen que algunas poblaciones estén más expuestas que otras a una violencia arbitraria” (Butler, 2006b:14); es decir, los cuerpos son precarios en relación a su exposición con diferentes modalidades de violencia, pues “los sujetos se constituyen mediante normas que, en su reiteración, producen y cambian los términos mediante los cuales se reconocen” (Butler, 2010: 17). Es decir,

Deberíamos entonces evaluar y oponer las condiciones bajo las cuales ciertas vidas humanas son más vulnerables que otras, y ciertas muertes más dolorosas que otras. ¿De dónde podría surgir un principio que nos comprometa a proteger a otros de la violencia que hemos sufrido, si no es de asumir una vulnerabilidad humana en común? Esto no significa negar que la vulnerabilidad sea diferenciada, que está distribuida diferencialmente a lo largo del planeta (Butler, 2006b: 57).

¿Cuáles son los dispositivos<sup>7</sup> que operan en la configuración de la serodiscordancia? Los cuerpos serodiscordantes se encuentran expuestos a vulnerabilidades diferenciadas, efecto de normas que los subjetivan y sujetan de distintas formas violentas. Procedo a relatar cómo opera la precariedad diferenciada respecto al VIH/sida en relación al régimen político-discursivo de la heterosexualidad y al dispositivo de la sexualidad y al dispositivo biomédico.

Para lograr lo anterior vuelvo a Butler, pero ahora desde sus primeras teorizaciones sobre el género. Si bien para algunas teóricas podría parecer que Butler ha seguido por caminos teóricos que dejan de lado el papel de la performatividad del género, es la misma autora quien ha indicado en varias

---

<sup>7</sup> Entiendo los dispositivos como “conjunto de discursos e instituciones o la red que se teje entre estos elementos, los cuales tienen una función estratégica concreta inscrita en una relación de poder-saber” (cfr. Agambem, 2011: 250).

conferencias –España en 2008 y posteriormente México y Brasil, 2015– que es posible rastrear una línea conceptual en su trabajo.

He sugerido que repensemos la relación entre el cuerpo humano y la infraestructura para que podamos poner en cuestión el cuerpo como algo discreto, singular y auto-suficiente y he propuesto en su lugar, entender la corporalidad como algo que es tanto performativo como relacional; la relacionalidad incluye la dependencia de las condiciones estructurales y de legados del discurso y del poder institucional que nos preceden y condicionan nuestra existencia (Butler, 2015).

También ha agregado que la relación entre performatividad y precariedad se basa en las intersecciones del papel del discurso en la configuración del cuerpo en la reproducción de normas,

La precariedad, por supuesto, está directamente relacionada con las normas de género, pues sabemos que quienes no viven sus géneros de una manera inteligible entran en un alto riesgo de acoso y violencia. Las normas tienen que ver mucho con cómo y de qué manera podemos aparecer en el espacio público; y cómo y de qué manera se distinguen lo público de lo privado y cómo esta distinción se instrumentaliza al servicio de las políticas sexuales; [...] ¿quién será estigmatizado? ¿Quién tendrá asistencia médica ante la ley? [...], quién es considerado sujeto y quién no [...]. La cuestión de cómo la performatividad se vincula con la precariedad puede ser resumida en estas importantes cuestiones: ¿cómo puede hablar la población que no tiene voz y cómo puede hacer sus reivindicaciones? ¿Qué tipo de perturbación implica en el campo de poder? Y, ¿cómo pueden estas poblaciones poner de manifiesto las reivindicaciones de lo que necesitan? (Butler, 2009: 323, 325, 336).

Es decir, como indica Leticia Sabsay, algo recurrente en la obra de Butler es que

la problematización de la relación entre cuerpo y poder siempre ha estado presente. Y en esta clave puede leerse su reflexión sobre la identificación, el deseo y la vulnerabilidad que se derivan de la constitutiva relacionalidad radical del sujeto [...]. La pregunta por el deseo y por la paralela vulnerabilidad y resistencia a la norma no dejan nunca de ser una pregunta por la posibilidad de la vida como existencia corporal (2009: 316-317).

## **2. El régimen político-discursivo de la heterosexualidad**

Los serodiscordantes son cuerpos vulnerables que están en relacionamientos con distintos horizontes normativos. Uno de ellos es la norma heterosexual. Desde el aporte butleriano, entonces, es necesario pensar en cuáles son los elementos del cuerpo y el poder que forman parte de la configuración de la serodiscordancia. Las respuestas están en el relato etnográfico presentado en los siguientes capítulos. Al mismo tiempo, es necesario pensar a la luz de la teoría, pues estos cuerpos están

atravesados por la biomedicalización del diagnóstico, la clase social, la raza, la edad, el género y la sexualidad.

Para esta investigación se da por sentado que la heterosexualidad, no como práctica, sino como institución normalizadora e ideológica, repercute en las vivencias sexuales, en los cuerpos y afectos de las/os informantes por medio de relaciones de poder. El feminismo lésbico de diversos contextos anglófonos y el lésbico radical de contextos francófonos fueron los primeros en posicionar el papel de la heterosexualidad como punto de opresión de las mujeres.<sup>8</sup>

El feminismo lésbico ha dejado un legado invaluable para la teoría feminista; asimismo, ha informado a la *queer theory* en tres aspectos cruciales: “su atención a la especificidad del género, el encuadramiento de la sexualidad como un elemento institucional y no personal, así como la crítica de la heterosexualidad como imposición normativa” (Jagose, 1996: 57). En este sentido, propongo pensar la heterosexualidad en tanto dispositivo de control de los cuerpos y propongo el concepto *régimen político-discursivo de la heterosexualidad*, a partir de la matriz heterosexual (Butler, 2007), el contrato heterosexual (Wittig, 2006) y la regulación de la intimidad de las personas mediante la cultura (Berlant y Warner, 1998).

## 2.1. La matriz heterosexual y la performatividad del género

Judith Butler en 1990 con el libro *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad* (2007), abrió un panorama de análisis respecto a la inauguración de la *queer theory*, al tiempo que, desde referentes feministas, reformuló ideas materialistas sobre la identidad para hablar del papel del lenguaje y el discurso en la constitución de relaciones de poder sobre los cuerpos que no se adhieren a la norma.

Respecto de la heterosexualidad, inspirada en la idea de “contrato heterosexual” de Monique Wittig y, en menor grado, de la idea de “heterosexualidad obligatoria” de Adrienne Rich, Butler utiliza

la expresión matriz heterosexual para designar la rejilla de inteligibilidad cultural a través de la cual se naturalizan cuerpos, géneros y deseos [...]. [La matriz heterosexual describe] un modelo discursivo/epistémico hegemónico de

---

<sup>8</sup> Véase Rich, 1980; Rubin, 1986; Berlant y Warner, 1998; Jackson, 2006; Wittig, 2006; Butler, 2007.

inteligibilidad de género, el cual da por sentado que para que los cuerpos sean coherentes y tengan sentido, debe haber un sexo estable expresado mediante un género estable [masculino expresa hombre, femenino expresa mujer] que se define históricamente y por oposición mediante la práctica obligatoria de la heterosexualidad (2007: 292).

Esta obligatoriedad repercutirá en quienes no la adecuen en sus vidas, convirtiéndoles en cuerpos/sujeta(o)s abyecta(o)s. La noción de “lo abyecto” la retoma de Julia Kristeva, para aludir a algo que es repudiado, que ha sido expulsado, arrojado, desechado y excluido del cuerpo (como excremento) convertido en “Otro” (cfr. Butler, 2008: 19; Díaz, 2009: 189).

Para Butler, la constitución de la identidad desde la oposición binaria masculino/femenino es el marco de la “especificidad” de lo femenino, lo “que descontextualiza y aleja analítica y políticamente la constitución de clase, raza, etnia y otros ejes de relaciones de poder que conforman la ‘identidad’”<sup>9</sup> (2007: 50-51). Esta autora retoma el giro lingüístico de Luce Irigaray para indicar que este pensamiento binario está marcando por lo “masculino”, elemento del patriarcado.<sup>10</sup> Así, el lenguaje es falogocéntrico, es decir, está centrado en el orden simbólico fálico/patriarcal, haciendo del varón la figura que remite al sujeto, como si fueran sinónimos. Por lo que tal vez necesitemos, indica Butler, una nueva política feminista que

sostenga que la construcción variable de la identidad es un requisito metodológico y normativo, además de una meta política [...]; si por el momento presuponemos la estabilidad del sexo binario, no está claro que la construcción de “hombres” dará como resultado únicamente cuerpos masculinos o que las “mujeres” interpreten solo cuerpos femeninos (2007: 53-54).

La *metafísica de la sustancia*, de acuerdo con Butler, “remite a las concepciones humanistas que dan por sentado que las personas son portadoras de atributos

---

<sup>9</sup> Dentro de este aporte se debe entender la identidad como efecto de una relación de poder por la cual determinadas posibilidades son reprimidas o excluidas para afirmar y estabilizar otras (Laclau, en: Córdoba, 2003: 93).

<sup>10</sup> La autora afirma que es necesario criticar la “universalidad” que ha permeado al feminismo, pues es una forma de exclusividad negativa y excluyente y se debe replantear si la categoría “mujer” debe ser su eje de estudio (Butler, 2007: 21). Para ella, “la creencia política de que debe haber una base universal para el feminismo, y de que puede fundarse en una identidad que aparentemente existe en todas las culturas, a menudo va unida a la idea de que la opresión de las mujeres posee alguna forma reconocible dentro de la estructura universal o hegemónica del patriarcado o de la dominación masculina” (Butler, 2007:49).

esenciales y no esenciales, una posición feminista humanista sostiene que el género es un atributo caracterizado como una ‘sustancia’ anterior al género denominada persona” (2007: 60). Es mediante el lenguaje, indica esta autora, que podemos comprender cómo el género no designa un ser sustantivo, sino un punto de unión entre conjuntos de relaciones culturales e históricas específicas.

La matriz heterosexual, mediante la cual se ha hecho inteligible la identidad de género, exige que algunos tipos de “identidades” no puedan “existir”: aquellas en las que el género no es consecuencia del sexo y otras en las que las prácticas del deseo no son “consecuencia” ni del sexo ni del género.<sup>11</sup>

“Para Butler, la cultura, el lenguaje y el poder constituyen el proceso de formación de las identidades de género, así como la forma en que los cuerpos son ante todo una situación histórica” (Díaz, 2009: 184). La matriz heterosexual ejercerá entonces mecanismos de poder sobre las demás prácticas sexuales, “de ahí que haya una graduación en que la sexualidad no normativa coloca a muchos incluso afuera de la esfera de reconocimiento, o sea, los relega a la no humanidad” (Butler, 2006a: 17).

Esta reflexión remite a la comprensión del género como un proceso que estabiliza la heterosexualidad mediante actos performativos,

el género no debe interpretarse como una identidad estable o un lugar donde se asienta la capacidad de acción y de donde resulten diversos actos, sino, más bien, como una identidad débilmente constituida en el tiempo, instituida en un espacio exterior mediante una repetición estilizada de actos. El efecto del género se produce mediante la estilización del cuerpo y por lo tanto, debe entenderse como la manera mundana en que los diversos tipos de gestos, movimientos y estilos corporales constituyen la ilusión de un yo con género constante. Tales actos son performativos en el sentido de que la esencia o la identidad que pretenden expresar son invenciones fabricadas y preservadas mediante signos corpóreos y otros medios discursivos (Butler, 2007: 262, 266).

## 2.2 La mente *straight* y la regulación de la intimidad

Un segundo matiz del *régimen discursivo-político de la heterosexualidad* proviene del aporte de Monique Wittig, quien fue una de las primeras feministas que se

---

<sup>11</sup> “En este contexto, ‘consecuencia’ es una relación política de vinculación creada por las leyes culturales, las cuales determinan y reglamentan la forma y el significado de la sexualidad” (Butler, 2007: 72).



atrevió a retar el discurso hegemónico feminista del *norte* que partía de la esencia femenina como algo que formaba parte del cuerpo de las mujeres, y del dato biológico del sexo como punto de partida para la comprensión de su opresión. Esta autora develó que es a través de la diferencia sexual como se sitúa de manera escondida la dominación, por lo que es necesario eliminar la categoría “sexo” para así terminar con la relación amos/esclavas.

La diferencia sexual, para Wittig, entonces será el punto de génesis de la opresión de las mujeres, dado que todo sistema de dominación crea divisiones en el plano material y en el económico. “Divisiones que se hacen abstractas y son conceptualizadas por los amos” (2006: 22). Así, el “sexo”, “los hombres” y “las mujeres” no existen, sino que es la relación de opresión la que creará estos conceptos como fundamento material de la dominación. El punto de partida donde se materializa la dominación es el lenguaje, pues los discursos que posicionan a la heterosexualidad como institución política se materializan como si fueran ahistóricos y universales mediante el “contrato heterosexual” que en realidad no remite a un valor universal, sino a lo “humano”, es decir, un sujeto auto-centrado que representa a los hombres blancos, poseedores de los medios de producción (Wittig, 2006: 46, 56, 69, 73, 88)

La noción de *régimen político-discursivo de la heterosexualidad* se nutre también de la teorización de Lauren Berlant y Michael Warner, para quienes la heteronormatividad [este concepto fue invención de Warner (1993), aunque después lo reformuló con Berlant]:

Es el entramado de estructuras de entendimiento, y orientaciones prácticas que hacen que la heterosexualidad parezca no solo coherente –es decir, organizada como una sexualidad– sino también privilegiada. Su coherencia siempre es provisional y su privilegio puede tomar varias formas (a veces contradictorias): sin distintivos, como el idioma básico de lo personal y lo social; o sin distintivos como un estado natural; o proyectada como un ideal o logro moral [...]. Heteronormatividad es un concepto distinto al de heterosexualidad. Una de las diferencias más evidentes es que este no tiene paralelo, aunque la heterosexualidad, organiza a la homosexualidad, como su opuesto [...]; es más que una ideología, o prejuicio, o fobia sobre gays y lesbianas; es producida en casi todos los aspectos de las formas y arreglos de la vida social: nacionalidad, el estado y la ley; comercio, medicina, educación, así como en las convenciones y afectos de narrativas, romance y otros espacios de cultura protegidos (1998: 548, 554-555).

Si bien, el análisis de Berlant y Warner (1998) respecto a la institucionalización de la heterosexualidad es muy interesante y creativo, no lo retomo del todo para esta investigación, porque considero que su aporte se concentra en el binomio heterosexualidad/homosexualidad, dejando de lado otras esferas sociales, como la opresión de las mujeres en las prácticas de la vida cotidiana.

Un elemento que retomo de Berlant y Warner para esta investigación tiene que ver con las repercusiones de la institucionalización de la heterosexualidad en la intimidad de las personas:

Un grupo complejo de prácticas sexuales se confunden, en la cultura heterosexual, con el argumento (o trama) del amor y la intimidad y el familiarismo que significa la pertenencia a la sociedad de una manera profunda y normal [...], y materialmente en la ley del matrimonio y la familia, en la arquitectura de lo doméstico [...]. Todo un campo de relaciones sociales se vuelve inteligible como heterosexualidad, y esta cultura sexual privatizada otorga en sus prácticas sexuales un sentido tácito de pertinencia y normalidad (1998: 554-555).

Además, para esta autora y autor,

La cultura heterosexual logra mucho de su inteligibilidad metacultural a través de las ideologías e instituciones de la intimidad, la cual está mediada en varios sentidos. Primero, sus espacios convencionales presuponen una diferenciación estructural de “la vida privada” del trabajo, la política y la esfera pública. Segundo, la normatividad de la cultura heterosexual vincula la intimidad solo con las instituciones de la vida personal, haciendo de ellas las instituciones sociales privilegiadas de la reproducción social, la acumulación y la transferencia de capital y el autodesarrollo. Tercero, al hacer que el sexo parezca irrelevante o meramente personal, las convenciones heteronormativas de la intimidad bloquean la construcción de culturas sexuales no normativas o públicas y explícitas (1998: 553).

Entonces, es importante subrayar la intersección entre género/sexo/sexualidad que plantea Butler,<sup>12</sup> junto con la noción del contrato heterosexual de Monique Wittig, en unión con la intromisión en la intimidad que remarcan Berlant y Warner para entender este régimen político-discursivo como la institución política que

---

<sup>12</sup> Hay que recordar que a Wittig (2006) le parecía problemática y confusa la idea del género, pues para ella era mejor hablar de sexo, pues era la supuesta diferencia biológica la que creaba el argumento para fundamentar la desigualdad entre hombres y mujeres. Sin embargo, concuerdo con Stevi Jackson (2006) en que el género no debe pasar desapercibido del análisis feminista de la sexualidad pues se trata de la estratificación social que la cultura en función de “lo masculino o femenino” [o sexo social]. Así, me desmarco de la intención de algunas autoras de la *queer theory* de desvincular la comprensión teórica del género respecto a la sexualidad (cfr. Rubin, 1989; Richardson, Casey y McLaughlin, 2006).

ejerce poder a través de las matrices de ideales regulatorios que buscan rejillas de inteligibilidad entre sexo-género-sexualidad mediante actos performativos de género que posicionan lo masculino en ventaja respecto de lo femenino a través de la diferencia sexual y que repercute en la intimidad de las personas.

Si bien celebro que la agenda *queer* intente romper y deconstruir los elementos binarios propios de la heterosexualidad, creo que no debemos olvidar que estos esquemas siguen vigentes en la mayoría de las sociedades, pues es el binario masculino/femenino lo que rige la vida e inteligibilidad de las personas, y aunque existan prácticas subversivas, la heterosexualidad, a través de esta división dicotómica, continúa suprimiendo las otras expresiones, por lo que, antes de pensar que se pueden superar estos elementos binarios, tal vez es necesario analizar sus matices.

No son solo las mujeres, pensadas clase, quienes viven bajo la dominación de los hombres; también es lo masculino que lo que dominará lo femenino. Como indicó Wittig, “la forma abstracta, lo general, lo universal, eso es lo que significa el llamado género masculino, porque la clase de los hombres se ha apropiado de lo universal para ellos” (2006: 107). Además, “pensamos primero si alguien es hombre o mujer y después hacemos deducciones sobre sus prácticas sexuales, pues la heterosexualidad no solamente incluye la sexualidad, sino prácticas no sexuales generizadas de la vida cotidiana” (Jackson, 2006: 53-54).

Vale la pena anotar que, aunque la heterosexualidad es una institución que regula las prácticas sexuales de las personas, no las determina de manera absoluta. Wittig ya había dado pistas de una posible deconstrucción de la opresión sexual. Indicó que las categorías “hombres” y “mujeres” deben desaparecer, política, económica e ideológicamente.

Si las lesbianas y gays continuamos diciéndonos, concibiéndonos como mujeres, como hombres, contribuimos al mantenimiento de la heterosexualidad [...]. Hay que llevar a cabo una transformación política de los conceptos clave, es decir, de los conceptos que son estratégicos para nosotras. Porque hay un orden de materialidad que es el del lenguaje, un orden que está trabajado de arriba abajo por estos conceptos estratégicos (2006: 54).

Sin embargo, es Butler quien ve que un elemento crucial para el desarrollo de la performatividad es que muestra cómo se construye el género mediante el ejercicio del poder heterosexista. Es a través de la *iterabilidad*<sup>13</sup> de la norma heterosexual que se cuestiona, desnaturaliza y resignifica este esquema de género. En la resignificación de la norma, la performatividad de género se dota de nuevos significados mediante actos ritualizados y gestos repetitivos que vulneran la imposición binaria de la heterosexualidad. Si los performativos, entendidos como enunciados –indica Rodrigo Díaz (2009)–, son reiterativos, repetitivos y el ideal nunca se completa, entonces las normas se vuelven vulnerables en su repetición: no determinan todo cuanto es posible. Mediante la subversión del género, se puede observar la posibilidad de deconstruir los mandatos culturales hegemónicos binarios hombre/mujer, así como su correspondencia con el deseo [hetero]sexual.<sup>14</sup>

Butler ha preservado su intención de analizar cómo las categorías identitarias son ficciones políticas donde la heterosexualidad es una imposición que se efectúa mediante actos ritualizados, pero su pensamiento ha presentado cambios considerables. En un inicio, retoma de Joan Rivière la noción de “la feminidad como parodia, ficción o efecto de máscara” (Preciado, s/a), para adaptarlo al caso de la draga,<sup>15</sup> pues esta figura parodia el modelo que expresa el género a través de una imitación en la que está presente la idea de una verdadera identidad de género entre “la apariencia exterior ‘femenina’, pero la esencia ‘interior’ o del cuerpo ‘masculina’”. Ambas afirmaciones se contradicen y desplazan

---

<sup>13</sup> Utilizo el término “iterabilidad” en el sentido que desarrolla Derrida en *Signature Event Context*. Es decir: “iter vendría de itara, ‘otro’ en sánscrito [...], puede ser leído como la explotación de esta lógica que liga la repetición a la alteridad” (1988: 7).

<sup>14</sup> En el mismo sentido, David Córdoba complementa lo anterior indicando que “la noción de performatividad, ligada a una concepción de lo social como campo abierto de relaciones de poder donde toda identidad es una estabilización contingente y precaria, conducen a una politización de la identidad que supone un segundo paso más que la simple desnaturalización de la misma. La identidad es el espacio desde el que –es posible– articular una política de resistencia, y es su carácter abierto e incompleto lo que permite su resignificación” (2003: 87).

<sup>15</sup> Castellano el término *drag* usado para denominar a artistas que personifican personajes del otro sexo –mujeres biológicas con indumentarias masculinas u hombres biológicos con indumentarias femeninas– en escenarios paródicos.

toda la práctica de las significaciones de género en el discurso de la verdad y la falsedad” (Butler, 2007: 267-268).

Posteriormente, Butler complementa su análisis con elementos foucaultianos sobre las subjetividades controladas por los dispositivos disciplinarios y con las reflexiones de John L. Austin y Jacques Derrida sobre la fuerza performativa del lenguaje. “La performatividad es útil para una teoría democrática radical, es un recurso para una estrategia *queer* que puede transformar la abyección y exclusión de identidades y géneros en agentes políticos” (Díaz, 2009: 191).

Para Austin (1971) hay actos de habla –los performativos– que no reportan o describen algo, sino que hacen cosas de acuerdo con algunas convenciones aceptadas; en ocasiones y bajo ciertas condiciones, enunciar palabras es realizar un hecho. Para Derrida (1988), si una enunciación performativa, al ser repetible, puede ser extraída del conjunto, es la misma y simultáneamente diferente; todo acto de habla, para él, es vulnerable a la re-citación, apropiación y reiteración. El performativo no describe algo que existe fuera del lenguaje y ante él. Produce o transforma una situación (Austin, 1971; Preciado, s/a; Derrida, 1988; Córdoba, 2003; Butler, 2006a, 2008; Díaz, 2009: 186-188). Vale la pena destacar las diferentes aristas que tiene la resignificación subversiva de la heterosexualidad, las cuales implican también reproducción de sus estatutos, contradicciones y complejidades.

Así, indica Butler,

hay que tener en consideración que el género, es un estilo corporal, un “acto”, por así decirlo, que es al mismo tiempo intencional y performativo [...]; 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 esta es la forma mundana y ritualizada de su legitimación [...]; entonces dentro de la posibilidad de cambiar esa repetición se posibilita la afirmación de nuevas alternativas para el género que refutan los códigos rígidos de binarismos jerárquicos (2007: 271, 273, 282).

Asimismo, escribe en otra de sus obras, “la performatividad no debe entenderse como la posibilidad de que alguien se despierte por la mañana y examine los guardarropas en busca del género que quiere elegir, se lo asigne durante el día y vuelva a colocarlo en su lugar en la noche” (Butler, 2008: 12). No es tarea fácil,

indica la autora, “definir la performatividad no solo porque mis posturas al respecto han cambiado con el tiempo, sino también porque muchos otros la han adaptado y formulado a su manera” (Butler, 2008: 12), pues en sus trabajos más recientes se reconoce la importancia del cuerpo para la performatividad y se intenta ligar su materialidad con los efectos discursivos del lenguaje (Torricella, 2009): es en la repetición ritualizada donde la performatividad consigue su efecto de naturalización en el contexto de un cuerpo, invocación naturalizada del género que puede ser modificada y replanteada (Butler, 2007: 16-17, 28).

El género es resultado de un proceso mediante el cual las personas recibimos significados culturales, pero también los innovamos (Lamas, 2000: 7). Es decir,

en la medida en que las normas de género son *reproducidas*, estas son invocadas y citadas por prácticas corporales que tienen también la capacidad de alterar las normas en el transcurso de su citación. No se puede ofrecer una explicación narrativa completa de la historia citacional de la norma: aunque la narrativa no esconde completamente su historia, tampoco revelan un único origen (Butler, 2006a: 83, cursivas de la autora).

Así debemos entender que la materialización de los cuerpos, opresiones y realidades se da mediante actos performativos, donde el lenguaje contribuye a la significación de cosas y sucesos. No es que el lenguaje determine la creación de las cosas, más bien hay una relación en la producción de significados entre la materia y el discurso donde, a través de las relaciones de poder y las disciplinas corporales propias del régimen político-discursivo de la heterosexualidad, esta última se posiciona como la única vía de ser, condenando otro tipo de prácticas erótico-afectivas. Sin embargo, esta heterosexualización de las prácticas no solo tiene efectos en los cuerpos que mantienen prácticas sexuales no hegemónicas, sino que también se pueden localizar en las personas con vivencias heterosexuales; esta estructura hegemónica implica una estrategia biopolítica de reproducción y mantenimiento del sistema de dominación.

### 2.3 El régimen político-discursivo de la heterosexualidad en la serodiscordancia

Respecto de las maneras en que opera el régimen político-discursivo de la heterosexualidad en los vínculos serodiscordantes, destaco el papel de la abyección: en los vínculos homo-erótico-afectivos entre varones por el estigma de vivir con VIH/sida y mantener prácticas homoeróticas. En los hetero-erótico-afectivos, porque reproducen y resignifican el padecimiento en clave de género.<sup>16</sup>

De acuerdo con Guillermo Núñez, existe un modelo hegemónico de masculinidad, el cual privilegia elementos culturales de prestigio que deben buscar y reunir los varones, como fuerza, seguridad y rudeza; para este autor, “la trilogía macho-masculino-heterosexual es –junto con la trilogía femenil correspondiente– un elemento clave de la definición del género” (1999: 57).

Además, la epidemiología y los estudios sobre salud pública han indicado, por ejemplo, que parte de la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/sida se relaciona con el hecho de que sus parejas varones tengan prácticas sexuales con otros varones, sin identificarse como homosexuales. Para responder a este problema se ha creado la categoría HSH [hombres que tienen sexo con hombres], la cual refleja, en algunos acercamientos conceptuales en América Latina, ambigüedad, inestabilidad y contradicción.

De acuerdo con Núñez,

regularmente se termina por aglutinar no una serie de situaciones o prácticas, sino una serie de identidades y grupos sociales que realmente existen: homosexuales, gays, bisexuales, travestis, gigolós, así como un etcétera que no aparece con claridad y precisión [...]. La categoría HSH acarrea problemas; por ejemplo, al analizar el papel de la educación en la prevención, ¿dónde están los HSH? El resultado final será atender a los mismos varones que estaban considerados bajo categorías como homosexuales o bisexuales [...], la categoría HSH es inadecuada si se utiliza para designar un grupo, pero sumamente útil para designar una práctica que recorre el campo sexual y social [...]. El uso restrictivo del concepto HSH juega un papel muy funcional para el patriarcado y sus políticas de identidades de invisibilización, pues de

---

<sup>16</sup> La definición de estos conceptos está en las págs. 13-14 de la introducción.

esa manera se circunscriben las campañas educativas y la referencia homoerótica a los grupos estigmatizados de siempre (2007: 308, 351, 353).<sup>17</sup>

Lo que se ha denominado como HSH se relaciona con la diversidad de la sexualidad humana, sus contradicciones, ambigüedades, inestabilidades y complejidades, y sus implicaciones en el ejercicio del poder. En este contexto, ¿cuál es el papel de las mujeres? ¿Cómo resignifican ellas su género y sexualidad dentro del vínculo serodiscordante? Entender desde la perspectiva de las prácticas cotidianas cómo se vive la heterosexualidad, nos permitirá ver la contingencia, resignificaciones y resistencias de las normas de género. Es decir, entiendo el género como “una forma de poder social que produce el campo inteligible de los sujetos, y un aparato que instituye el género binario. Como norma que aparece independientemente de las prácticas que rige, su idealidad es el efecto reinstituido de aquellas mismas prácticas” (Butler, 2006a: 78).

Después de hablar de esta dimensión de análisis, es momento de centrarnos en un elemento crucial para las/os informantes: su relacionamiento con las normas biomédicas y el VIH/sida; sus cambios como pandemia y su relación con los significados culturales que se le atribuyen en la vida cotidiana. A continuación pretendo analizar de manera breve, cómo ha impactado el VIH en las políticas identitarias, además de los matices por los que este es una marca del estigma sexual y afectivo que repercute en la percepción de inteligibilidad de quien vive con él hacia las/os otras/os.

### **3. El dispositivo de la sexualidad y el dispositivo biomédico en la construcción del VIH/sida y la serodiscordancia en México**

Si bien vimos en el apartado anterior la fuerza que tiene la heteronorma como régimen regulador de los deseos y las prácticas erótico-afectivas, es necesario hablar también del papel de los dispositivos de la sexualidad y de la biomedicina.

---

<sup>17</sup> En el mismo tenor, Saskia E. Wieringa argumenta que de la noción de Mujeres que tienen sexo con Mujeres (MSM) también es complicada, “pues se suele mezclar sexo y género, invisibilizando gente intersex, transexual o transgénero. Es preferible entonces discutir actos sexuales que involucran riesgo y enfocarse en las relaciones en las que el acto es llevado a cabo [...]; los discursos sobre las MSM son inadecuados al capturar la amplia variedad de prácticas, deseos e identidades” (2010: 159, 160).



Como bien indica, Paul B. Preciado, “en el biocapitalismo, una enfermedad adviene al dominio de la realidad como consecuencia de un modelo médico y farmacéutico, como resultado de un soporte técnico e institucional capaz de explicarla discursivamente, de materializarla y tratarla de forma más o menos operativa” (2008: 45). Pues los cuerpos, agrega Rodrigo Díaz

han estado siempre en la arena, en las batallas de los relieves de la vida social: son objetos e instrumentos a la vez que se despliegan en rejillas complejas de poderes, prácticas, deseos, significados. Acaso esto sea más cierto hoy que nunca, en una circunstancia en que los conocimientos y prácticas tecnocientíficas han tenido un enorme desarrollo (Díaz, 2012: 52).

Partir de estos dispositivos es crucial para la comprensión de los procesos de precarización inducidos en los cuerpos serodiscordantes, porque la aparición del VIH/sida en la década de 1980 contribuyó a estigmatizar el activismo gay<sup>18</sup> pues la pandemia en sus inicios mostró casos de varones con prácticas homoeróticas. Conforme pasó el tiempo fue necesario enfocar los esfuerzos de la disidencia sexual hacia la erradicación de los estragos del estigma de los homosexuales, pues para muchos grupos conservadores, la aparición de esta enfermedad significó un “castigo divino”.

Posteriormente, la marca de la abyección se trasladó hacia sujetas femeninas como las mujeres, personas “de color”, sobre todo de descendencia africana,<sup>19</sup> y trabajadoras/es sexuales.<sup>20</sup> Con el paso de los años, aunque “[gracias al activismo] cambió la asociación del padecimiento a ‘identidades’ específicas, en muchos contextos se preservó la asociación del sida con ‘comportamientos desviados’” (Carrascosa y Vila, 2005: 56; Mykhalovskiy y Rosengarten, 2009: 187).

---

<sup>18</sup> Me refiero a “activismo gay” como un movimiento social orientado a reivindicar los derechos de las minorías sexuales; utilizo la categoría de manera amplia, porque el movimiento engloba circunstancias complejas que no revisaré en este trabajo. Para mayor información, véase Lumsden, 1991; Diez, 2011.

<sup>19</sup> Basta recordar que África es el continente más afectado por la pandemia. Para ver un trabajo sobre los procesos políticos y subjetivos relacionados con este padecimiento en esa región geográfica, véase Fassin, 2007.

<sup>20</sup> Si pensamos en términos de cuerpo, estos sujetos en tanto que son feminizados, también son, como indica Díaz, hipercorporalizados. Esta hipercorporalización “se vincula al cuerpo con identidades colectivas sojuzgadas. [Esta estrategia] responde a diversos principios de sujeción: las personas muy encarnadas están sujetas a mecanismos de discriminación, de explotación u opresión” (2012: 58).

Así, el activismo de la década de 1990 que lucha contra el VIH/sida y sus efectos socioculturales permitió generar nuevas estrategias políticas.<sup>21</sup> Permitió además dilucidar que las prácticas sexuales estaban relacionadas con el desarrollo de la pandemia más que con las identidades sexuales. Si bien a inicios de esta se mencionó que el VIH/sida era un problema de los varones *gays*, el desarrollo de la misma ha indicado que el virus no se relaciona en absoluto con la identidad *gay* masculina, sino con las prácticas que determinadas personas —ya sean bisexuales, transexuales, dedicadas a la prostitución o trabajo sexual o no— llevan a cabo, lo cual repercute en la reflexión teórica de categorías totalizadoras como homosexual o heterosexual, así como en las concepciones de la epidemiología y la salud pública, develando los límites de categorías identitarias, marcadas por el poder y el conocimiento (cfr. Jagose, 1996: 94; McLaughlin, 2003; Sáez, 2005).

El VIH/sida también contribuyó a generar críticas a los movimientos *gay* y lésbicos por no articular una lucha solidaria con otras causas, así como a la comprensión social y científica de nuevo(a)s sujeto(a)s donde la pandemia forma parte de la vida de todas las personas que nacieron después de 1983 y muchas que nacieron antes de esa fecha. Elementos que fueron retomados por el pensamiento *queer* para plantear los efectos normalizadores de las políticas *gays* y el papel de la construcción de la subjetividad en este nuevo contexto en el que las prácticas sexuales están marcadas por el riesgo.

En términos butlerianos, podemos pensar que los estragos del VIH/sida han contribuido a que ciertos sujetos que son afectados por el padecimiento sean abyectos y no inteligibles dentro de las normas de género, al manifestarse como una “falla” o una “marca” por mantener prácticas sexuales que en algún sentido se desvían de la heteronorma.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Por ejemplo, Nikki Sullivan (2004: 37) identifica el papel de algunos grupos activistas radicales que surgieron después de la aparición del sida y durante la década de 1990 en Estados Unidos que incorporaron nociones más cercanas al pensamiento *queer*, como ACT UP, Queer Nation, OutRage, PUSSY —Perverts Undermining State Scrutiny—, Transexual Menace, Lesbian Avengers and Transgender Nation.

<sup>22</sup> “Entonces, un sentido importante de la reglamentación es que las personas son reguladas por el género y que este tipo de reglamentación funciona como una condición de inteligibilidad cultural para cualquier persona. Desviarse de la norma de género es producir el

Procedo a describir cómo la construcción de la sexualidad intersecta con la biomedicina en relación al padecimiento, así como sus implicaciones en la actualidad en la fase de “normalización”.

### 3.1 El dispositivo de la sexualidad

La aparición del VIH/sida en la década de 1980 se dio cuando el movimiento social del orgullo *gay* buscaba legitimar las prácticas y vínculos erótico-afectivos entre personas del mismo sexo. El VIH/sida repercutió en la concepción del cuidado, la intimidad y el papel del riesgo y el amor entre los varones (Adam, 2000) iniciando un proceso en el que las disciplinas científicas se apoderaron de sus manifestaciones corpóreas para generar *voluntades de verdad y saber*.

Como ya lo había mencionado Michel Foucault en *La voluntad de saber*, es en la sexualidad donde se ejercen algunos de las más temibles exclusiones discursivas de la malla del poder (1992). Con el *dispositivo de la sexualidad* que se ha creado en sociedades occidentales a partir del siglo XVIII, me llama la atención la relación entre la sexualidad y la política como sistema de exclusión. Con el inicio del *biopoder*, el papel de la vida como motor para el capitalismo ha sido defendido para la preservación de este sistema económico, mediante un polo centrado en el *cuerpo como máquina*, enfocándose en su adiestramiento, aumento de sus aptitudes, extorsión de sus fuerzas e integración en sistemas de control eficaces y económicos a través de procedimientos de poder característicos de las disciplinas. Otro polo se centró en el *cuerpo-especie*, cuerpo que sirve de soporte a procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud y todas las condiciones que puedan hacerlo variar (Foucault, 2011a: 129-130).

A través del control y la administración de la vida, la era del *biopoder* se apoya en la vertiente de la disciplina figurando instituciones como el ejército y la escuela, reflexiones sobre la táctica y el aprendizaje, la educación y el orden de las sociedades. En la vertiente de regulaciones de la población, figuran la

---

ejemplo aberrante que los poderes reguladores [médico, psiquiátrico y legal, por nombrar algunos] pueden rápidamente explotar con el fin de reforzar las razones fundamentales para la continuidad de su propio celo regulador. Por tanto, la cuestión fundamental sigue siendo qué desviaciones de la norma interrumpen el proceso regulador mismo” (Butler, 2006a: 83-84).

demografía, la estimación de relación entre los recursos y habitantes, los cuadros de riqueza, de las vidas y su probable duración. El discurso buscó coordinar técnicas de poder y en el siglo XIX se da esta articulación mediante el ejercicio del poder a través del dispositivo de la sexualidad (Foucault, 2011a: 130-131).

El sistema capitalista exigía mantener gente viva que pudiera formar parte de los medios de producción agrícola que iba en aumento, así como la esperanza de vida. La sexualidad se convirtió en un dispositivo adecuado para controlar la población privilegiando las prácticas sexuales que garantizaran la reproducción humana y reprimiendo las que se enfocaran solo en el placer. Esto “repercutió en las representaciones de la realidad que actúan como principios de diferenciación social, confiriendo a ciertos individuos o grupos sociales posiciones de poder sobre otros” (Núñez, 1999: 30-31).

Ahora bien, como dice Teresa de Lauretis sobre Foucault: “su concepción crítica de la tecnología del sexo olvida la sollicitación diversificada a la que esta somete a los sujetos/cuerpos masculinos y femeninos” (de Lauretis, 2000: 35): al dispositivo de la sexualidad se le debe añadir el papel de las *tecnologías de género*, donde el género es “el conjunto de los efectos producidos en cuerpos, comportamientos y relaciones sociales, como dice Foucault, debido al despliegue de una compleja tecnología política [...], [es decir], es el producto y el proceso de una serie de tecnologías sociales, de aparatos tecno-sociales o bio-médicos” (de Lauretis, 2000: 35).

Es en la sexualidad donde tiene lugar la *abjectificación*<sup>23</sup> y precariedad de los cuerpos serodiscordantes. El virus significa marcas de exclusión y falla respecto a las normas sexuales. “Se cree que se trata de un padecimiento de homosexuales o de putas”, comentaron algunas/os de mis informantes cuando recordaron las primeras palabras que la gente cercana utilizó para referirse al VIH/sida. Vivir con el virus se relaciona imaginariamente con la marca corporal de una “falla”, de un desapego de la heteronorma. Es la muestra de los efectos del biopoder: el cuerpo debe ser controlado, pues en los vínculos hetero-erótico-

---

<sup>23</sup> Uso este concepto en el sentido de la reducción de una persona a una condición abyecta que se resuelve en una falta de reconocimiento de humanidad; para Butler se trata de un problema de inteligibilidad social.

afectivos está en “peligro” la reproducción; en los homo-erótico-afectivos, indica que los cuerpos de ciertos varones han sido penetrados y que además en todos los casos, no se ha utilizado el condón. La precariedad se induce entonces y el dispositivo biomédico se hace presente para controlar, conocer e indicar a las personas cómo deben entender sus cuerpos y cómo pueden vivir con el padecimiento.

### 3.2 El dispositivo biomédico del VIH/sida

Así, como inicialmente lo demostró Foucault (2001), el proceso de medicalización sirve a las sociedades modernas y capitalistas para regular las prácticas de las personas mediante criterios jerarquizadores de sus vivencias. Si pensamos en el tema central de esta investigación, debemos tomar en cuenta que con la mera noción de “discordancia” en el estado serológico la medicina marca una diferencia a partir de un relacionamiento con un orden normativo. Georges Canguilhem analizó cómo esta produce sus propias normas; en este caso, la ciencia utilizará dicho horizonte a partir de la definición entre lo “normal y lo patológico” mediante su discurso y la práctica. Lo normal se vuelve normativo en tanto ideal que se debe cumplir, y en tanto que forma parte del promedio, como indica el autor: “Estas constantes son calificadas de normales en la medida en que designan caracteres promedio y los más frecuentes de los casos prácticamente observable. Pero también son calificadas de normales porque como ideal forman parte de una actividad normativa que es la terapéutica” (1982: 89).

La medicina científica entonces integra en su discurso<sup>24</sup> significados acerca de lo saludable derivados de principios generadores de saber que no están despojados de las valoraciones acerca de lo normal y lo anormal (Granados y Torres, 2015). El dispositivo biomédico intersecta con el de la sexualidad para

---

<sup>24</sup> El discurso fue entendido por Michel Foucault como la formación de enunciados con un orden específico, el cual, al momento de enunciar algo va acompañado de *voluntades de saber y de verdad* que forman parte de instituciones mediante las cuales se ejercerá el poder. Este autor parte de que en toda sociedad la producción del discurso está controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad (1992: 11).

construir las corporalidades serodiscordantes mediante la biomedicalización y el uso de sus tecnologías.

### 3.2.1 Biomedicalización

La pandemia que provocó el VIH evidenció las limitaciones de la investigación biomédica, de las prácticas clínicas, médicas, y corroboró una vez más los postulados foucaultianos al mostrar la inherente naturaleza política de la medicina, la ciencia y sus tecnologías (Carrascosa y Vila, 2005: 47).

Respecto de las prácticas no hetero-erótico-afectivas, Henry L. Minton (1997) ha documentado cómo en Europa, Estados Unidos y Canadá, a partir del siglo XIX, la psiquiatría, la medicina y la neurología crearon categorías para el diagnóstico, la supuesta comprensión y la supuesta cura de la “homosexualidad”, intentando vincular hormonas “femeninas” y “masculinas” con comportamientos en la vida cotidiana y prácticas sexuales “masculinas” y “femeninas”.

La especificidad de la biomedicalización del VIH/sida reside en el control del cuerpo y del contagio. En los primeros años, en España por ejemplo, “el cuerpo se había convertido, como decía Barbara Kruger, en ‘un campo de batalla’, territorio privilegiado del control y de las lógicas disciplinarias, así [...], el cuerpo, la sexualidad y el género emergerán en todas sus dimensiones como espacios desde los cuales ejercer y ejercitar resistencias” (Carrascosa y Vila, 2005: 48).

La medicalización se refiere a la expansión de la práctica médica mediante la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud-enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas de comportamiento social. (Granados y Torres, 2015). “El modelo médico hegemónico, como cuerpo teórico y como práctica social, concibe a la sexualidad como un ámbito susceptible de expresar la salud o la enfermedad [...]. La práctica médica es normalizadora y basándose en el aval científico de la biología justifica prácticas ideológicas” (Granados, 2014: 90).

La sociología médica ha estudiado desde la década de 1970 cómo sucesos sociales se convierten en jurisdicción de la medicina (cfr. Rose, 2007a,b; Clarke y Smith, 2011). Para esta investigación me acerco más a la vertiente que ha investigado la biomedicalización de los padecimientos y acontecimientos sociales

para entender la serodiscordancia,<sup>25</sup> el papel de la ciencia, el biocapital, las tecnologías y sobre todo el avance en los fármacos que configuran las corporalidades serodiscordantes.

Nikolas Rose afirma que la medicina ha controlado los cuerpos de las personas desde el siglo XV:

[La medicina] se enredó con nuevas maneras de gobernar a la gente, individual y colectivamente [...]. La escuela y la casa se transformaron por la medicina en máquinas de higiene, han inculcado hábitos y modales que se han vuelto automáticas, desde los formas para comer, hasta el lavado de dientes. Prácticas para defecar, orinar, menstruar, han producido cuerpos que están disciplinados en relación a la salud de maneras sin precedentes. El manejo médico de la sexualidad ha remodelado regímenes de placer, prácticas de penetración, continencia e incontinencia (2007a: 700-701).<sup>26</sup>

Sin embargo, la teoría de la medicalización ha pensado en sujetos pasivos que reciben los efectos de los poderes de la medicina sobre sus cuerpos, por lo que necesitamos pensar en las transformaciones que la ciencia médica ha experimentado en los últimos años, por lo que entiendo a la biomedicalización “como una extensión de la teoría de la *medicalización* para capturar los desplazamientos de las nuevas condiciones de posibilidad *vis a vis* salud, enfermedad y biomedicina” (Clarke y Shim, 2011: 173).

Este enfoque parte de la *mirada clínica* que planteó Foucault (2012), junto a la *mirada molecular* que Rose (2007b) desarrolló,<sup>27</sup> para resaltar el papel de los procesos moleculares y tecnológicos inmersos en la producción de enfermedades, de corporalidades y de la vida misma siguiendo la línea foucaultiana sobre el biopoder. Adele Clarke y Janet Shim han indicado que este proceso se manifiesta a través de procesos centrales “1) desplazamientos mayores político-económicos,

---

<sup>25</sup> Para ver de manera más amplia los debates entre los términos “medicalización” y “biomedicalización” que se han suscitado en la sociología y antropología médica ver: (Ballard y Elston, 2005; Rose, 2007b; Lock y Nguyen, 2010; Clarke y Shim 2011; Zorzanelli, Ortega y Bezerra, 2014; Scambler, 2014).

<sup>26</sup> Para un análisis sobre las implicaciones sociales del proceso civilizatorio y su incorporación paulatina en Europa véase Elias, 2009.

<sup>27</sup> La *mirada molecular* refiere a que la vida en nuestros días está administrada desde las moléculas y sus intervenciones. Es decir, se refiere “a un estilo de pensamiento sobre la vida misma [...]. La vida ahora es entendida en niveles moleculares, en términos de propiedades funcionales de secuencias de bases de nucleótidos y sus variaciones” (Rose, 2007b: 12). Dicho estilo de pensamiento actúa no solo desde el conocimiento del cuerpo en sí, sino que utiliza tecnologías para manipular de la vida misma.

2) un nuevo enfoque en la salud, en el riesgo y la vigilancia biomédica, donde la salud se convierte en otra mercancía y el cuerpo biomédicamente reingenierizado se convierte en una posesión; 3) la tecnocientificación de la biomedicina; 4) las transformaciones de la producción, distribución y consumo de conocimientos biomédicos; y 5) transformación de cuerpos e identidades” (2011: 177).

En este nuevo proceso, lo normal y lo patológico se redefinen a través de la creación de nuevas tecnologías. Aunque las teorizaciones más recientes al respecto se enfocan en las nuevas maneras de gestionar la vida, rescato para esta investigación el papel que ha jugado la comprensión molecular de la ciencia en las transformaciones tecnológicas de los antirretrovirales, pruebas de detección y conteo de cd4 y carga viral para las personas que viven con VIH, así como de pruebas de detección para quienes no viven con el virus.

### 3.2.2 Tecnologías del VIH/sida

Siguiendo la línea entre lenguaje y poder que materializa las corporalidades, Judith Butler en las últimas conferencias que ha ofrecido en México y Brasil nos recuerda sobre la eficacia de la performatividad pues:

estamos invariablemente actuando a la vez que actúan sobre nosotros, y esta es una razón por la que la performatividad no puede reducirse a la idea de performance libre, individual. Nos llaman con distintos nombres y nos encontramos viviendo en un mundo de categorías y descripciones mucho antes de que empecemos a ordenarlos críticamente y nos dispongamos a cambiarlos por nuestra cuenta. En ese sentido, somos, bastante a pesar de nosotros mismos, vulnerables, y estamos afectados por discursos que nunca escogimos (Butler, 2015).

Para las corporalidades serodiscordantes, esta reflexión describe de manera muy puntual el papel de la biomedicina en la creación de la serodiscordancia y cómo los sujetos necesitan de la norma médica para entender qué pasa con sus cuerpos, al tiempo que sus cuerpos son necesarios para la ciencia en la comprensión del padecimiento. Es decir, la serodiscordancia se materializa a través de una serie de prácticas socioculturales donde se entrelazan el discurso de las normas biomédicas y las manifestaciones corpóreas de las/os sujetas/os involucradas/os. Las tecnologías son el reducto de tal materialización. A continuación procedo a describir el papel de cuatro tecnologías que son cruciales



para la configuración serodiscordante: los fármacos, las pruebas de carga viral, las de conteo linfocitario y las de detección de anticuerpos del VIH.

Vale la pena aclarar que para esta investigación entiendo las tecnologías como ensamblajes de conocimientos científicos y prácticas socioculturales que a través de la performatividad del lenguaje (cfr. Austin, 1967; Rose, 1996, 2007b; Butler, 2007; 2008; Davis y Squire, 2010) sitúan la biomedicina como la disciplina encargada de administrar de manera discursiva un padecimiento que depende de la medicalización y uso de condón como estrategia biopolítica del control de los cuerpos. Al mismo tiempo, ofrecen beneficios a las personas, mientras categorizan el padecimiento y a los cuerpos serodiscordantes mediante parámetros científicos como la carga viral y el conteo de cd4, entendiendo al cuerpo “desde una mirada universal y maleable” (Lock y Nguyen, 2010: 2) que no da cuenta de las diferencias socioculturales y hasta biológicas. Así, las personas afectadas por el virus entran en procesos de sujeción a través de relaciones de poder-saber para ser sujetos no infecciosos (cfr. Barad, 1998; Rosengarten, 2004; Squire, 2010).

La serodiscordancia puede servir como ejemplo clave de las nuevas corporalidades que producen los discursos y los efectos que materializa la tecnociencia. La experiencia del VIH/sida<sup>28</sup> se inicia con una sentencia performativa del discurso biomédico.<sup>29</sup> A partir de allí, los sujetos inician una carrera larga donde los fármacos y los análisis de laboratorio se convierten en parte de la rutina diaria. Los discursos afectan sus cuerpos y crean una marca en su identidad. La diferencia en el estado serológico juega un papel importante en los vínculos serodiscordantes. Es momento de detenernos en el papel del lenguaje, la ciencia biomédica y sus artefactos de producción corporal.

El avance en el tratamiento antirretroviral ha sido fundamental para el desarrollo de la vida de las personas afectadas por el VIH/sida. En 2008, el

---

<sup>28</sup> Cuando hablo de “experiencia”, parto de una postura feminista que indica que debemos comprenderla como un “suceso lingüístico que es producido históricamente” (Scott, 1991: 179-180) que es al mismo tiempo “objeto y sitio de la ideología de género de una” (Martin, 2000: 43), donde se gestan repercusiones afectivas que son encarnadas y rastreables en la subjetividad.

<sup>29</sup> Como bien lo indicó Butler, “La denominación es a la vez un modo de fijar una frontera y también de inculcar repetidamente una norma” (2008: 26).

estudio de la Comisión Federal de VIH/sida de Suiza y otros que se realizaron después (Vernazza *et al.*, 2008; Attia *et al.*, 2009; Vernazza, 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,<sup>30</sup> conteo de cd4 elevado y adherencia al tratamiento antirretroviral<sup>31</sup> contribuyen de manera significativa a reducir la probabilidad de transmitir el virus.

El hallazgo de la Comisión Federal suiza de VIH/sida –la la baja probabilidad de transmisión del virus bajo tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable o menor a 40 copias/mililitro (Vernazza *et al.*, 2008)– se llevó a cabo con base en la revisión exhaustiva de tres investigaciones de corte longitudinal. La primera, con 393 vínculos hetero-erótico-afectivos, donde se mostró que en 14 años ninguna de las personas que vivían con VIH bajo tratamiento antirretroviral transmitió el virus a la seronegativa, mientras que entre las personas sin tratamiento la tasa acumulada de transmisión alcanzó 8.6% (Castilla *et al.*, 2000, en Vernazza *et al.*, 2008: 165).

Otro estudio, citado por Vernazza *et al.* (2008), indica que en 93 vínculos hetero, “solo seis personas fueron infectadas por el VIH, en circunstancias relacionadas con que alguna persona no siguiera el tratamiento, y una carga viral en la sangre que alcanzaba al menos 1000 copias/mililitro” (Melo *et al.*, 2006, en Vernazza *et al.*, 2008: 165). Finalmente, en otro estudio sobre 62 vínculos hetero que tuvieron prácticas sexuales sin condón buscando descendencia [el varón vivía

---

<sup>30</sup> La carga viral es el nombre que se les da a las copias por mililitro del VIH en la sangre. Cuando se obtiene el resultado de “indetectable” no quiere decir que ya no exista el virus en la sangre, sino que no hay suficiente como para que el análisis lo encuentre y lo cuente, pero las copias del virus continúan en el organismo y la probabilidad de transmisión se reduce más que con una carga viral elevada (cfr. Norma Oficial Mexicana para prevención y control del VIH).

<sup>31</sup> Las tcd4 o Cd4 son glóbulos blancos [linfocitos] que contribuyen a que el sistema inmunológico ataque las enfermedades que entran en el organismo. Cuando el VIH ingresa al cuerpo, las células que infecta con más frecuencia son las cd4 y cuando estas se multiplican para combatirlo, también crean más copias del virus. En análisis de laboratorio, las cifras de cd4 miden la competencia del sistema inmune; son útiles para determinar, junto a la carga viral, la etapa de la infección en que se encuentra la [el] paciente y son un marcador de cuándo debe comenzar con el tratamiento antirretroviral [ARV], el cual se compone de medicamentos que combaten la infección del VIH, reduciendo su duplicación. Los ARV no eliminan el virus por completo pues cada duplicación del mismo crea nuevas cepas difíciles de erradicar, pero sí limita su propagación (cfr. Norma Oficial Mexicana para prevención y control del VIH).

con VIH bajo terapia antirretroviral], ninguna de las mujeres contrajo el virus (Barreiro *et al.*, 2006, en Vernazza *et al.*, 2008: 166).

Bajo esa evidencia empírica, la Comisión Federal suiza de VIH/sida indicó que el riesgo residual no puede excluirse, pero su medida es despreciable porque la transmisión es casi nula y, de acuerdo con sus cálculos, en caso de supresión total de la carga viral, el riesgo residual de transmisión de VIH en prácticas sexuales sin condón es considerablemente inferior a 1/100,000 (Vernazza *et al.*, 2008: 167).

Lo cual significa que quien vive con VIH no lo transmitirá por vía sexual siempre y cuando:

- a) Se adhiera a terapia antirretroviral y los efectos de esta adherencia sean supervisados por un médico de manera regular;
- b) la carga viral haya sido suprimida hasta ser indetectable [o al menos, por debajo de 40 copias/mililitro] durante al menos seis meses, y
- c) no padezca otras infecciones de transmisión sexual (Vernazza *et al.*, 2008: 167; Bernard, 2008).

Otra investigación, que ha seguido la misma metodología de rastreo de evidencia, indicó que la conclusión mencionada [transmisión de 1/100,000, bajo las condiciones citadas] no es confiable pues no se apoya en evidencia empírica. Después de una revisión de resúmenes, artículos y conferencias sobre este tema de 1996 a 2009, se concluye, a partir del análisis de 11 cohortes de casos, que la probabilidad de adquirir el virus en prácticas sexuales heterosexuales sin condón es de 4.59% –5021 vínculos hetero-erótico-afectivos– (Attia *et al.*, 2009).

Un estudio realizado en el 2011 por varios Institutos de Salud de Estados Unidos hizo un seguimiento a 1763 vínculos hetero-erótico-afectivos distribuidos en esa nación y ocho países de Asia y África, en los que las personas que vivían con VIH no estaban bajo tratamiento antirretroviral porque su conteo de células cd4 oscilaba entre 350 y 550, y de acuerdo con las normas internacionales no era necesario someterse a tratamiento. Después de un año, se decidió que estas personas comenzaran con el tratamiento para ver qué sucedía con la tasa de contagio; ocurrieron solo 27 seroconversiones, por lo que los investigadores del

proyecto denominado *HPTN 052 Trial* concluyeron que cuando una persona que recibe el diagnóstico seropositivo al VIH decide adherirse al tratamiento antirretroviral, la posibilidad de transmitir el virus se reduce en 96%, es decir, la adherencia al esquema ARV representa una posibilidad de prevención efectiva que puede reducir el estigma y la discriminación hacia las personas implicadas con el padecimiento (The Lancet, 2011).

Respecto a las prácticas homoeróticas, un estudio realizado en Australia intentó predecir la probabilidad de transmisión por contacto de VIH en varones que tienen sexo con otros varones en Sidney en el contexto actual, en el que la terapia antirretroviral es abastecida al menos a 70% de la población australiana diagnosticada (Jin *et al.*, 2010). Enfocándose en varones seronegativos que tienen regularmente prácticas sexuales sin condón, se realizó un estudio longitudinal que duró seis años y reclutó a 1427 personas a cuyos comportamientos sexuales se dio seguimiento al menos cada seis meses, así como pruebas anuales de detección de anticuerpos del VIH y se detectaron solo 53 casos de seroconversión.

La probabilidad de transmisión de VIH por contacto en una práctica anal sin condón [UAI, Unprotected Anal Intercourse en inglés] para el integrante receptivo de la pareja fue de 1.43% si la eyaculación ocurre dentro del recto, y de 0.65% si hay retirada del pene antes de eyacular. Para los varones que juegan el rol insertivo, el riesgo de adquirir el VIH fue de 0.11% si estaban circuncidados y de 0.62% sin circuncisión; todos los cálculos con un intervalo de confiabilidad de 95% (Jin *et al.*, 2010: 907, 911).

En suma, de acuerdo con las/os autoras/es de los trabajos citados, la carga viral indetectable, conteo de cd4 elevados y adherencia al tratamiento antirretroviral contribuyen de manera significativa a reducir a menos de 2% la probabilidad de transmitir el virus.

Este descubrimiento cambió la comprensión del padecimiento, pues posicionó el tratamiento antirretroviral como fuente de prevención y disminución de las dimensiones infecciosa y contagiosa del virus. Disminuir la probabilidad de

transmisión del virus a través de los fármacos pone de manifiesto las viabilidades que brinda el uso de tecnologías al respecto.

Siguiendo la línea butleriana sobre la materialización del sexo, Marsha Rosengarten (2004) ha proporcionado pistas de cómo vincular la teoría feminista con los estudios sociales sobre las tecnologías del VIH/sida. Esta autora ha mostrado cómo la ciencia tiene una “naturaleza performativa”; es decir, que las ciencias biomédicas materializan cuerpos mediante la iterabilidad de sus discursos y prácticas (cfr. Barad, 1998; Rosengarten, 2004; Michael y Rosengarten, 2012).

La autora, al intentar destacar el estatuto ontológico del virus, agrega que su materialización por parte de la ciencia se da al menos en dos dimensiones. La primera, mediante el discurso, retomando el aporte de Butler que indica que el cuerpo no se crea a partir de una materialidad independiente, sino que “es investido con relaciones de poder externas al cuerpo y que es por ello que materialización e investidura son coextensivas”<sup>32</sup> (Butler, en Rosengarten, 2004: 209). Es decir, la ciencia emplea relaciones poder-saber para hablar del virus como si se tratara de un objeto estable y que puede ser aprehendido por la biomedicina. Esto devela que la ciencia es efecto de procesos políticos y que no es “neutra o inocente” (cfr. Latour, 1992), cuyas tecnologías están “altamente influenciadas por intereses sociales y normas culturales” (Lock y Nguyen, 2010: 17).

El conocimiento que se genera sobre el VIH/sida está mediado por intereses biopolíticos. Al ser una pandemia global con más de tres décadas de existencia y no existir la cura, la biomedicina utiliza otras estrategias para disminuir los efectos mortales del padecimiento en los cuerpos. En términos butlerianos, Rosengarten nos recuerda que el VIH/sida se materializa mediante prácticas reiterativas y citacionales normativas.

Esto se relaciona con la segunda dimensión que Rosengarten advierte sobre la materialización performativa del virus y las tecnologías que el dispositivo biomédico utiliza para la representación del VIH. No solo el lenguaje o el discurso

---

<sup>32</sup> La autora nos recuerda que la investidura es una noción foucaultiana que se refiere al trabajo productivo del poder mediante el conocimiento (Rosengarten, 2004: 209).

forman parte de la materialización del virus. Si bien es imposible tener una “representación transparente de los objetos del VIH, sistema inmunológico y antirretrovirales” (Rosengarten, 2004: 210), la ciencia utiliza tecnologías como la observación y medición de elementos físicos del virus para brindar una representación del mismo. La autora se apoya en el desarrollo que ha tenido la dimensión de la “performatividad” en los estudios feministas sobre las tecnologías, sobre todo por Karen Barad, quien indica que estos son procesos “discursivo-materiales, que involucran factores humanos y no humanos en la producción de fenómenos<sup>33</sup>” (Barad en Rosengarten, 2004: 212).

Así, al considerar elementos propios de la performatividad de la biomedicina, Rosengarten nos invita a recordar que las pruebas de la carga viral y conteo de cd4 son tecnologías relevantes en la conformación de la materialización del VIH/sida (2004: 213). Pensar en el virus desde su constitución performativa representa un aporte muy relevante de la teoría feminista para los estudios sociales de la ciencia. La biomedicina ha intentado representar el virus como un objeto estable que está controlado en la actualidad por las tecnologías. Sin embargo, este padecimiento es complejo y está en constante transformación; cada mutación hace que las tecnologías disponibles se vuelvan arcaicas.

Por ejemplo, como bien indica la autora, “antes de la prueba de carga viral, el conocimiento del virus activo reposaba en la detección de síntomas de enfermedades visibles (sida). El conocimiento de la presencia del virus reposó en la detección de anticuerpos de VIH, a través de la prueba de detección” (Rosengarten, 2004: 214). Actualmente, las pruebas de conteo de carga viral que se realizan al menos cada seis meses a las personas con diagnóstico reactivo a VIH dan la impresión de controlar el virus al momento, en unión a las pruebas de conteo de cd4 que miden el nivel de linfocitos en la sangre. Con estas tecnologías podemos ver cómo el discurso es formativo y por ende transformativo, pues “no

---

<sup>33</sup> Karen Barad (1998) amplió la dimensión lingüística de la performatividad en los estudios sociales sobre la ciencia para –a partir del ejemplo del ultrasonido– mostrar cómo la representación del feto se da mediante el efecto de la “intra-acción”. Es decir, a través del ensamblaje del cuerpo de la madre, de la observación de los médicos y de la representación del feto que brinda la tecnología.

solo trabajan para reducir el virus. También transforman el virus y los cuerpos donde el virus prolifera” (Rosengarten, 2004: 213).

Si pensamos en la serodiscordancia, la/el *otra/o*, su estado serológico y parte de su identidad también se convierten en un efecto productivo de la ciencia, mediante las pruebas de detección del virus. Estas buscarán la ausencia o presencia en la sangre, es decir, el índice para materializar el padecimiento. Este marcador –como se podrá observar más adelante en los testimonios de las personas seronegativas– representa un elemento que marca la diferencia entre las personas involucradas en este tipo de vínculos. Aunque quienes viven con el virus buscan suprimirlo para evitar el desarrollo de enfermedades oportunistas y reducir el efecto infeccioso, la ciencia buscará monitorear y en la medida de lo posible evitar, que el virus entre en el cuerpo.

Otro elemento de suma importancia que materializa el padecimiento se relaciona con los antirretrovirales, los cuales han desempeñado un papel crucial dentro de la pandemia, en tanto estrategia de prevención de la transmisión del virus, así como en el manejo de la persona que vive con VIH.

Como bien nos recuerda Paul B. Preciado, el biocapitalismo, a partir del siglo XX se ha encargado de la regulación de la sexualidad, la raza y el cuerpo a través de la pornografía y la industria farmacéutica. La tecnociencia

tiene la capacidad de crear, y no simplemente de describir, la realidad [...], su éxito es transformar nuestra depresión en Prozac, nuestra masculinidad en testosterona, nuestra erección en Viagra, nuestra fertilidad/esterilidad en píldora, nuestro sida en triterapia. Sin que sea posible saber quién viene antes, si la depresión o el Prozac, si el Viagra o la erección, si la testosterona o la masculinidad, si la píldora o la maternidad, si la triterapia o el sida (Preciado, 2008: 33).

Nuestras sociedades, entonces, se encuentran “habitadas por subjetividades toxicopornográficas: subjetividades que se definen por la sustancia [o sustancias] que dominan sus metabolismos, por las prótesis cibernéticas a través de las que se vuelven agentes, por los tipos de deseos farmacopornográficos que orientan sus acciones” (Preciado, 2008: 33).<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Aunque el aporte de Preciado sobre la industria farmacopornográfica une la pornografía con la industria farmacéutica, en esta investigación solo retomo las reflexiones de la autora sobre los fármacos.

En el VIH/sida, la dependencia de los fármacos es evidente; más aún después de 2008, pues cuando alguien es diagnosticada/o se le ofrece la terapia antirretroviral como alternativa no solo para evitar que aparezca el sida, sino también como estrategia para erradicar la posibilidad de infección. Esta tecnología ha permitido pensar la pandemia desde otra perspectiva, que si bien presenta beneficios para las personas involucradas, también genera procesos de dependencia de la píldora, así como cambios en la identidad de la gente: la persona que vive con VIH se materializa como tal a partir de la ingesta diaria de los antirretrovirales. Así, nos recuerda Rosengarten, “en el centro del manejo clínico de la terapia antirretroviral [ART] está una *persona* concebida a través de medidas del virus y de células humanas inmunes” (2004: 214, cursivas de la autora).

En esta era del biopoder (cfr. Rabinow y Rose, 2006) Foucault nos recordará que la gubernamentalidad (2002, 2006) se hace presente a partir de tecnologías del cuerpo, que para el tema de la serodiscordancia, se vuelven en tecnologías del yo (Foucault, 2010) en las que las personas transforman su corporalidad mediante la ingesta de fármacos y las dinámicas propias del espacio biomédico traducidas en cuidado y monitoreo del VIH que pueden ser rastreadas en actividades rutinarias como “la examinación física, la administración de inyecciones y la prescripción de medicamentos” (Lock y Nguyen, 2010: 22).

Además, estos cambios que los fármacos han suscitado en la comprensión del VIH/sida y por extensión en la serodiscordancia no son menores ni exclusivos de este tema, más bien nos dan luz de un proceso mayor de biomedicalización global que hemos visto en las últimas décadas. Las sociedades contemporáneas viven –desde finales del siglo pasado– marcadas por el riesgo<sup>35</sup> (Beck, 1998) y la comprensión de los padecimientos, la salud y la enfermedad está regida por las industrias farmacéuticas sobre todo a partir de la década de 1990 (Rose, 2007b; Preciado, 2008; Dumit, 2012). Así, la cultura sexual de la actualidad está marcada por el riesgo como nunca antes. El miedo al VIH/sida y otras infecciones de

---

<sup>35</sup> Para ver un análisis sobre las distintas posturas teóricas en la sociología anglosajona sobre la noción de riesgo, véase Zinn, 2008.



transmisión sexual es parte de las preocupaciones de quien decide tener prácticas sexuales. El placer corporal está atravesado por esta dimensión que lo complejiza y donde aparece la tecnología del condón como una de las estrategias para disminuir el contagio y se convierte en una extensión momentánea de los genitales que forma parte de los actos sexuales.<sup>36</sup>

Para el caso de los procesos salud-enfermedad-atención, el riesgo no solo forma parte de la contingencia propia de las vidas contemporáneas, sino que también ha sido inducido por las grandes industrias farmacéuticas, las cuales han empleado más que nunca su capital económico en aras de la creación de discursos no acerca de las enfermedades, sino del riesgo al que los cuerpos están o estarán expuestos a lo largo de sus vidas, con el fin de disminuirlo o erradicarlo. Los fármacos han sido el canal propicio para su reducción. Como indica Joseph Dumit, para ilustrar este proceso,

el concepto “factor de riesgo” fue creado junto a los estudios clínicos innovadores de gran escala [...]. La industrialización de ensayos clínicos ocurrió porque los fármacos pudieron ser equiparados con factores de riesgo: por ejemplo, Diuril con la hipertensión, Orinase con la diabetes, Mevacor con el colesterol elevado. Los fármacos no serán tomados para curar estas condiciones, sino para reducir el factor de riesgo y eventos futuros como enfermedades o ataques al corazón (2012: 4-5).

De acuerdo con Dumit, la industria farmacéutica logró posicionarse dentro de la configuración de los padecimientos, gracias al aumento en el uso de la estadística epidemiológica. Los números contribuyeron a delinear cuántas personas están en riesgo; eliminarlo o disminuirlo se relaciona con el incremento en la creación e ingesta de los medicamentos, pues estas investigaciones apuntan a crear, probar y administrar nuevos fármacos. No es raro que exista(n) alguna(s) píldora(s) para (casi) cualquier dolencia y que ingerir cada vez más dosis para mantener al cuerpo “saludable” forme parte de nuestra vida cotidiana. Vivimos entonces lo que el sociólogo Nikolas Rose (2007b) ha denominado “bioeconomía”, o el capital como motor del capitalismo mediante el control de los cuerpos por la industria farmacéutica.

---

<sup>36</sup> Parto de la idea de “prótesis” de Paul B. Preciado en la que nos invita a pensar cómo esta forma parte de la sexualidad, entendida como una tecnología biopolítica en la que los cuerpos funcionan como máquinas sexuadas y generizadas (cfr. Preciado, 2002).

Así, de acuerdo con Dumit, interactúan tres tendencias en la actualidad: “los factores de riesgo como objetivos de las intervenciones de salud pública, los ensayos clínicos como instrumentos para detallar cada vez más el riesgo en salud y sus tratamientos y el incremento en el poder y tamaño de la industria farmacéutica” (2012: 6). Es notorio cómo el uso de fármacos es crucial para el VIH/sida. Los procesos mencionados por este autor operan con dimensiones paradójicas: por un lado, los nuevos tratamientos solo requieren el uso de una píldora.<sup>37</sup> Sin embargo, esto no se refiere a la disminución en la ingesta de fármacos, más bien a la sofisticación de la industria farmacéutica que permite unificar diversas fórmulas químicas en una misma píldora.

En lo que refiere a la serodiscordancia, podemos ver cómo opera la industria farmacéutica y sus ensayos. Quienes viven con VIH estarán sometidos/as a conteo, al menos cada seis meses, de carga viral y cd4 para comprobar la eficacia de los fármacos, lo cual se medirá mediante la “indetectabilidad” de la carga viral, o el conteo escaso de la misma en el organismo. Por otra parte, quienes no viven con el virus, pero están en relaciones erótico-afectivas con personas diagnosticadas, estarán bajo el discurso del “riesgo” de adquirirlo, y la biomedicina implementará en todo momento estrategias de reducción del mismo: estos cuerpos estarán sometidos a la tecnología del uso del condón para disminuir la probabilidad de transmisión y al menos cada año se les recomendará una prueba de detección de anticuerpos del virus.<sup>38</sup> Entonces, vemos cómo opera lo que Dumit (2012) relató: los padecimientos y el riesgo en este caso también están regidos por los ensayos clínicos y las probabilidades estadísticas.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> El fármaco “Atripla”, una píldora que se toma una vez al día en muchos de los nuevos casos diagnosticados, agrupa tres antirretrovirales que solían suministrarse de manera separada: Tenofovir, Emtricitabina y Efavirenz.

<sup>38</sup> La tecnología del condón se extiende a toda la población humana capaz de involucrarse en las denominadas “prácticas de riesgo”. Si bien esta investigación se centra en la serodiscordancia, es cierto que todas/os somos vulnerables para adquirir el virus. El discurso del riesgo administra nuestras prácticas erótico-afectivas y el condón es la prótesis a utilizar para evitar la transmisión del VIH y otras ITS.

<sup>39</sup> Lo anterior todavía se hace más presente si tomamos en cuenta que en la actualidad en muchos países, como México, se piensa en utilizar los fármacos como estrategia de reducción del riesgo de transmisión de VIH en las personas seronegativas. Tal es el caso de la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) y la Profilaxis Post-Exposición (PEP), es decir la ingesta exacerbada y regulada

Robert Crawford agrega que este tipo de administración del riesgo genera sujetos “conscientes” que transitarán entre la ansiedad por lo ajeno y el deseo de manejarlo a lo largo de sus vidas pues este tipo de sujeto “utiliza el conocimiento científico para valorar factores de riesgo personales y ejercer la ‘autonomía’ en tales decisiones de manera responsable” (2004: 514).

La biomedicina contemporánea entonces dotará de insumo a los sujetos para afirmarles como participantes racionales del manejo de algunas eventualidades en el ámbito de la salud, mediante rituales que utilizan elementos simbólicos con claros efectos ideológicos para administrar el supuesto control de la contingencia de nuestros días. “El discurso del riesgo puede ser entendido como una solución *ritualizada* para la volátil y peligrosa espiral del control y la ansiedad. El riesgo significa un orden simbólico de predictibilidad y manejo en contraste con un mundo desordenado. En otras palabras, la *práctica simbólica* del riesgo debería ser entendida en relación al *desorden* en que la práctica médica ha caído” (Crawford, 2004: 515, cursivas del autor).

Aunque estas tecnologías habilitan mecanismos de sujeción de las personas respecto al padecimiento, su intención de “controlar” el riesgo nunca es completa: “la noción de reducción de riesgo es increíblemente confusa porque es esencialmente infinita: no importa cuánto riesgo sea reducido, todavía tenemos 100% de riesgo de morir” (Dumit, 2012: 24).

El avance en las tecnologías del VIH/sida ha contribuido a que la pandemia sea presentada por la epidemiología como “estable”. Sin embargo, concuerdo con otros trabajos de corte socio-antropológico en que, más bien, estamos en una fase de normalización del padecimiento (cfr. Mykhalovskiy y Rosengarten, 2009; Wilson, 2009; Persson, 2010; Davis y Squire, 2010; Flowers, 2010; Squire, 2010; Small, Thomas, 2011; Persson, 2013), es decir, se ha constituido como una parte regular de la salud y las relaciones sociales (Squire, 2010: 401).<sup>40</sup>

---

por médicos de antirretrovirales –al menos una píldora antes del contacto sexual, o un mes de ingesta de un esquema antirretrovírico cuando hubo prácticas sexuales de riesgo– para evitar la adquisición del VIH. Es necesario mencionar que los estatutos ontológicos de estas intervenciones tecnológicas no han sido investigados, ni sus implicaciones socioculturales en nuestro país.

<sup>40</sup> Estas operaciones contemporáneas de la medicina se enfocan en disciplinar el cuerpo. El disciplinamiento, agrega Elsa Muñiz, “aborda la manera en la que los discursos tales como la

Básicamente, estas/os autoras/es concuerdan en que gracias a las construcciones biomédicas contemporáneas, quien vive con VIH es reducida/o a un vector de enfermedad que es medible y controlable bajo el conteo de células en la sangre como resultado de los efectos de los fármacos. Etiológicamente hablando, el virus no es tan controlable como la biomedicina quisiera, pues el VIH mantiene en algunos casos mutabilidad impredecible. Asimismo, la adherencia al tratamiento no siempre es fructífera por resistencias que algunos organismos manifiestan a ciertos fármacos. Además, socioculturalmente hablando, el estatus de *otredad* y abyección no es eliminado por completo y la clase social interviene en ciertos contextos para el acceso a tratamientos, así como las resistencias emocionales que algunas personas pueden manifestar al respecto.<sup>41</sup> Quizá, como indica Rosengarten, “los retos identificados dentro del campo del VIH y directamente asociados con la terapia antirretroviral son, en sí mismos, efecto del trabajo generativo de la ciencia” (2004: 208).

¿Qué pasa en México? ¿Cuáles han sido algunas de las repercusiones de la biomedicalización en la serodiscordancia? A continuación intento dar respuestas de manera breve a estas interrogantes.

### 3.3 El VIH/sida en México y la serodiscordancia

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

Con el surgimiento del sida, emergió también una dicotomía en el imaginario de muchas personas sobre lo sano y lo patológico, pues vivir con este

---

medicina, la religión, los medios masivos de comunicación y a educación controlan y disciplinan los cuerpos con la finalidad de ‘normalizar’ y ‘naturalizar’ la existencia de los sujetos, al mismo tiempo que definen la ‘anormalidad’” (2014:302).

<sup>41</sup> Si bien me he enfocado en este apartado en los efectos performativos del dispositivo biomédico y sus tecnologías, considero que la experiencia del padecimiento no solo se materializa por estos elementos; también se hace por las repercusiones afectivas que atraviesan los cuerpos serodiscordantes. En el siguiente capítulo exploro bajo esta vía analítica las implicaciones emocionales y sensitivas del padecimiento.

padecimiento se convirtió en un factor de estigma. La enfermedad se asoció con atributos que de por sí eran considerados negativos en la esfera sexual [“promiscuidad”, “desviación”, “homosexualidad”, “bisexualidad”] (García y Andrade *et al.*, 2012: 31). Las personas “sanas y normales” serían aquellas que no realizaran prácticas sexuales fuera de las heterosexuales; por el contrario, las enfermas serían principalmente los varones “homosexuales” y el sida sería el castigo divino que les había sido enviado.<sup>42</sup>

Con la construcción discursiva de la representación de la pandemia en sus inicios, podemos ver la relación butleriana entre la performatividad y precaridad. La iglesia utilizó argumentos enunciados por autoridades morales para estigmatizar las prácticas erótico-afectivas que no incluyeran la procreación humana. Las personas que más afectadas en 1980 fueron los varones con prácticas homoeróticas. Los discursos eclesiásticos les confirieron una representación de portadores del castigo que recibieron por “pecar”. “Castigo” que se hizo presente en el cuerpo mediante enfermedades que en muchos casos les llevaron a la muerte.<sup>43</sup>

Todo parece indicar que la estrategia del gobierno mexicano se relacionaba con la creencia de que el sida se concentraría en un grupo pequeño de personas y que desaparecería por sí mismo. A pesar de que comenzaban a salir documentos que daban cuenta de historias sobre mujeres y niños que también adquirirían el virus, la culpa de esta nueva enfermedad fue asociada principalmente a varones “homosexuales”.

La prensa escrita principalmente, junto a asociaciones civiles conservadoras, así como la iglesia católica, reafirmaron lo anterior. El sida fue abordado por la prensa, acomodándolo a un sistema moral y de codificación basado en una percepción de lo “normal” y lo “patológico”, que mantuvo profundas desigualdades en las relaciones sociales, políticas y económicas (García y Andrade *et al.*, 2012: 44).

---

<sup>42</sup> La iglesia católica ha hecho este tipo de declaraciones en todo el mundo. Ha utilizado valorizaciones morales para, performativamente, indicar que el VIH/sida es la materialización de este supuesto castigo. Véase, “Periódico el mundo, 2010”.

<sup>43</sup> Basta recordar que al padecimiento fue conocido entre muchas personas como “El cáncer rosa”, para hacer énfasis en los varones afectados por el virus.

Las organizaciones de la sociedad civil representaron una alternativa de apoyo médico y psicológico para las personas que padecían el sida y para la disminución del estrago, el estigma y la discriminación

Hacia 1983, gracias a los aportes de Luc Montagnier y Roberto Gallo, se logró esclarecer que el causante del sida es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sin embargo, en 1985 era evidente que el sida se había convertido en una epidemia, que cada día en todo el mundo aparecían nuevos casos. En México, también se habló de mujeres y niños que vivían con este padecimiento, por lo que fue necesario para el gobierno atender estos acontecimientos que se salían de control.

El descubrimiento del VIH y la aparición de los primeros medicamentos antirretrovirales demostraron la necesidad de la intervención del gobierno. “En 1986 se crea el Comité Nacional para la Investigación y el Control del sida y dos años más tarde se convierte en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida [CONASIDA]” (García y Andrade *et al.*, 2012: 68) con fondos económicos por parte de organismos internacionales y posteriormente presupuesto del gobierno federal. La apuesta de este Consejo consistió en educar a la población con campañas de prevención y difusión masiva; sin embargo, las asociaciones conservadoras y religiosas no permitieron que se hablara abiertamente del VIH/sida y el uso del condón.

Para definir el riesgo, se construyó la categoría “grupos de riesgo”. El problema de conceptualizar el riesgo de esta manera fue que se desplazó el virus a las personas que lo portaban (García y Andrade *et al.*, 2012: 68). Esto permitió fortalecer los prejuicios en torno a las personas que vivían con el virus, los hombres “homosexuales” y “bisexuales”, restringiendo la idea de que cualquiera podría adquirirlo.

No fue sino hasta muy avanzada la década de 1990 cuando se incluyó el seguimiento epidemiológico y se reconoció la complejidad de la epidemia, por lo que después de hablar de grupos de riesgo, se habló de las prácticas sexuales que incluían riesgo: al estar el VIH/sida relacionado con más frecuencia en

varones, se crea desde la salud pública la categoría HSH (hombres que tienen sexo con hombres).

Sobresalen en este periodo los resultados de una investigación sobre procesos y trayectorias de emparejamiento entre varones de la Ciudad de México, en la que el autor pudo constatar a través de evidencia empírica que “durante el crecimiento exponencial de la epidemia se registraron las mayores duraciones en relaciones de pareja con y sin co-residencia y de exclusividad sexual bajo el modelo de pareja cerrada, apuesta que se dio como estrategia contra el pánico asociado al VIH/sida” (Gallego, 2007: 212).<sup>44</sup>

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<sup>45</sup> (Magis y Hernández, 2008: 113). Asimismo, el riesgo de transmisión vía perinatal puede reducirse si la madre está bajo tratamiento ARV hasta en 95%. Desde 2003, el acceso a los fármacos es gratuito en México<sup>46</sup> (Zúñiga y Hernández, 2015: S97). 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.<sup>47</sup>

También ha existido un desarrollo conceptual para entender la epidemia. En efecto, después de hablar de grupos de riesgo, se habló sobre prácticas sexuales

---

<sup>44</sup> Véase por ejemplo la película *Solo con tu pareja*, de Alfonso Cuarón. Esta película de 1991 resalta, mediante la comedia, la carga simbólica que representa adquirir un diagnóstico reactivo al VIH, y mezcla el papel de la infidelidad como causa de la adquisición del virus

<sup>45</sup> El que haya quedado eliminada la posibilidad de transmisión del VIH por transfusión sanguínea nos habla del desplazamiento discursivo de la pandemia. Hay una eficacia simbólica en “desaparecer” la transmisión vía sanguínea. Algo que no ha sucedido con la transmisión vía sexual.

<sup>46</sup> Aunque el abasto de antirretrovirales es gratuito en algunos contextos urbanos en todo el mundo, es relevante señalar las disputas que existen en la producción de estos fármacos. Brasil por ejemplo ha creado sus píldoras genéricas. Véase el sitio “En genérico”.

<sup>47</sup> Vale la pena mencionar que hasta nuestros días las campañas de prevención aún tiene temas pendientes de abordar. Por ejemplo García y Andrade *et al.* indican que el machismo, la homofobia, la transfobia y la falta de educación en sexualidad son elementos tardíamente considerados en las campañas de prevención (2012: 55).

de riesgo, para actualmente poner el énfasis en la vulnerabilidad (Magis y Hernández, 2008: 106). Los estudios sobre la vivencia del virus han permitido mostrar cómo se configura el riesgo, y cómo el riesgo individual se encuentra inserto en una estructura que hace que algunos sectores sean más vulnerables que otros y por lo tanto, tengan mayor probabilidad de adquirir el VIH (Magis y Hernández, 2008: 106). Así, se han mezclado vulnerabilidades que se traducen en situaciones y contextos de riesgo, siendo las personas más afectadas migrantes, ciertas mujeres, usuarios y usuarias de drogas inyectables (UDI's) (Magis y Hernández, 2008), indígenas (Núñez, 2009; Ponce y Núñez, 2011) y varones con prácticas homoeróticas (Ponce, 2004; Núñez, 2007; Granados y Delgado, 2007; Granados, Torres y Delgado, 2009).

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).<sup>48</sup>

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)–.

Desde 1984 (CENSIDA, 2013) –año en que se contabilizaron los datos de la pandemia en México– hasta la fecha se tienen registrados 134, 946 casos de SIDA de varones (82.1%), y 29, 476 casos de mujeres (17.9%). 34,120 varones continúan registrados como seropositivos (73.6%) y 12,218 mujeres (26.4%), los cuales conforman un total de 46,338. Hasta junio del presente año CENSIDA

---

<sup>48</sup> De acuerdo con estimaciones del Programa de VIH/sida de la Clínica Especializada Condesa del Distrito Federal (2012), en esta zona vive 17% de las personas diagnosticadas del país; los varones con prácticas homoeróticas representan 59% de casos nuevos. De acuerdo con CENSIDA (2012), en total el DF registra 23,811 casos acumulados de sida, mientras que el Estado de México 16,392. En todo el país se registran 225,000 de VIH, de los cuales se estima que entre el DF y el Estado de México acumulan 61,200 casos (cálculo propio con base en información de datos acumulados por CENSIDA).



registró 1,995 casos notificados de VIH y la evolución de los casos acumulados desde que se registró información al respecto hasta la fecha se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Casos Notificados que Continúan como Seropositivos a VIH, según Año de Diagnóstico; México, 1984-2013\*

Año	Casos	Año	Casos
1984	1	2003	1900
1985	3	2004	2450
1986	5	2005	2460
1987	18	2006	3166
1988	38	2007	3081
1989	94	2008	3450
1990	98	2009	3680
1991	179	2010	4192
1992	211	2011	5000
1993	297	2012	5761
1994	301	2013	1995
1995	546	Total	46,388
1996	336		
1997	478		
1998	1173		
1999	638		
2000	1081		
2001	1798		
2002	1908		

\*Elaboración propia a partir de la información preliminar hasta el 30 de junio de 2013.

Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.

Procesó: Dirección General de Epidemiología/SS. (CENSIDA, 2013).

Los datos actuales sobre el sida muestran que la pandemia si bien presenta mayor prevalencia en los varones que en las mujeres, también forma parte de ellas (es la novena causa de muerte en quienes tienen entre 25 y 34 años, cfr. INEGI, 2015). El siguiente cuadro da cuenta de lo anterior y engloba cómo se acumula el sida en la población mexicana a partir de la edad y el sexo.

Cuadro 2. Distribución de los Casos Notificados de SIDA según Grupo de Edad y Sexo; México, 1983-2013\*

<i>Grupos de edad</i>	<i>Varones</i>		<i>Mujeres</i>		<i>Total</i>	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
<de 1	530	52.9	472	47.1	1,002	0.6
1-4	739	51.7	690	48.3	1,429	0.9
5-9	366	51.3	347	48.7	713	0.4
10-14	286	60.7	185	39.3	471	0.3
15-19	2,066	67.6	989	32.4	3,055	1.9
20-24	12,688	77.9	3,591	22.1	16,259	9.9
25-29	24,497	82.9	5,044	17.1	29,541	18.0
30-34	27,070	84.2	5,064	15.8	32,134	19.5
35-39	22,562	84.5	4,123	15.5	26,685	16.2
40-44	16,253	83.6	3,181	16.4	19,434	11.8
45-49	10,765	83.2	2,168	16.8	12,933	7.9
50-54	6,833	81.5	1,548	18.5	8,381	5.1
55-59	4,344	81.8	965	18.2	5,309	3.2
60-64	2,554	83.2	517	16.8	3,071	1.9
65 y +	2,539	84.9	453	15.1	2,992	1.8
Ignorado	874	86.3	139	13.7	1,013	0.6

\* Elaboración propia a partir de la información preliminar hasta el 30 de junio de 2013.  
 Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.  
 Procesó: Dirección General de Epidemiología/SS. (CENSIDA, 2013).

El miedo, la información sin fundamentos científicos y los prejuicios aún funcionan como fuentes primarias de información para muchas personas, lo que causa repercusiones no solo en quienes viven con el virus, sino también en quienes viven y trabajan con esas personas, así como en quienes por sus prácticas sexuales y/o estilos de vida se cree que podrían adquirirlo en cualquier momento.

Vale la pena resaltar el desplazamiento discursivo inmerso en la representación y administración de la pandemia. Una vez que la biomedicina se encargó de administrarlo, se convirtió para muchos sectores de la población en la primera fuente de información sobre el padecimiento. Las condiciones de materialización del VIH/sida que la ciencia empleó a partir de 1990 da cuenta que los elementos discursivos morales que empleó la iglesia no han desaparecido del todo. Nociones de estigma y segregación de cierta población continuaron en el discurso biomédico. Si bien muchas personas han sido beneficiadas con el

avance en las tecnologías biomédicas, muchas de ellas viven en contextos urbanos<sup>49</sup>. La calidad performativa del discurso estigmatiza y vuelve a ciertas personas precarias: la abyección que conlleva el padecimiento no ha desaparecido del todo, muchos menos su estatuto de *otredad*.

Después de ver este desarrollo histórico de la pandemia, podemos observar la complejidad que ha representado el VIH/sida a más de 30 años de su aparición en el mundo. En México, en la actualidad ha continuado su crecimiento y, a pesar de las políticas establecidas para proveer medicamentos antirretrovirales y atención médica a las personas que viven con VIH, se estima que un alto porcentaje ignora que vive con él (García y Andrade *et al.*, 2012: 15).

El suministro del tratamiento antirretroviral ha sido relevante para las personas que viven con VIH/sida en la medida en que los desarrollos de los fármacos les permiten vivir, a pesar de los efectos secundarios y colaterales. El avance en las investigaciones biomédicas ha permitido que este padecimiento se vuelva “normal” ante muchas personas. Es decir, al dejar de ser visto como mortal, para convertirse en algo crónico, el estigma cambia de matiz y ahora se ha incorporado a la lista de padecimientos de transmisión sexual.

### 3.3.1 Acercamientos teórico/metodológicos a la serodiscordancia

En términos generales, se puede indicar que hasta la fecha no se ha trabajado en profundidad la serodiscordancia. En Europa se han realizado estudios de corte cuantitativo principalmente (Weller y Davis, 2008) los cuales hacen una descripción numérica, a partir de seguimientos de las parejas. También se indaga si el cambio del estado serológico tiene que ver con el uso del condón. En España principalmente se han llevado a cabo varios trabajos que revelan esta situación (Cañellas *et al.*, 2000); regularmente concluyen que, si se utiliza condón, la posibilidad de contraer el virus es muy baja.

Otro de los temas que más han sido abordados en ese continente se relaciona con las alternativas de reproducción, en vínculos entre mujeres y

---

<sup>49</sup> El VIH/sida sigue siendo un padecimiento mortal en muchas comunidades rurales. Además personas indígenas y sus complejos procesos de precarización por el virus están invisibilizados en las campañas de prevención (cfr. Núñez, 2009; Ponce y Núñez, 2011).

varones, que eliminen en la medida de lo posible la transmisión del VIH. En Gran Bretaña, por ejemplo, se realizó una investigación que buscó verificar en qué clínicas eran ofrecidas alternativas de fertilidad para estas personas (Apoola *et al.*, 2001) y se concluyó que 44% de las clínicas británicas investigadas ofrece inseminación artificial cuando el varón vive con el virus, así como el lavado de esperma. Se ha confirmado que con estas estrategias se reduce significativamente el riesgo (Mencaglia *et al.*, 2005); en un estudio que ofrece cifras al respecto, se reporta un total de 580 embarazos en 3315 intentos y 463 nacimientos con probabilidad de seroconversión igual a cero y un intervalo de confianza de 95% (Bujan *et al.*, 2007). En otros estudios realizados en ese país desde enfoques de investigación cualitativa, sobresale la necesidad de indagar sobre la experiencia de la serodiscordancia en vínculos entre varones, y cómo el VIH/sida contribuye a la conservación o a la destrucción del vínculo erótico-afectivo (Palmer y Bor, 2001).

En Estados Unidos hay interés por encontrar alternativas para que los vínculos hetero-erótico-afectivos serodiscordantes tengan descendencia (Gosselin y Sauer, 2011). Un estudio (Peña *et al.*, 2002) revela que la fertilización *in vitro* es una opción con altas posibilidades de éxito. Asimismo, el uso del condón entre estas personas ha sido un tema recurrente; una investigación (Weller y Davis, 2008) indicó que dicho uso reduce el riesgo de transmisión del virus e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) hasta en 90%. Otra (Nabila *et al.*, 2010) muestra que la mayoría de las personas afro-estadounidenses que participaron en un estudio longitudinal conoce alternativas de disminución del riesgo de contraer el virus.

Respecto a las emociones y la vida cotidiana de los vínculos serodiscordantes hetero-erótico-afectivos, una investigación (Beckerman, 2002) mostró que los retos que las parejas que participaron en esta investigación enfrentaba eran: miedo de la transmisión del virus, posibilidad de enfrentar otras enfermedades, cambios en las prácticas sexuales, así como dilemas sobre cómo el VIH/sida impacta las posibilidades de tener descendencia. Al respecto, en algunas instituciones se han realizado intervenciones para disminuir el estrés, la depresión y la ansiedad que forman parte de la experiencia de algunas parejas por

la serodiscordancia. Un grupo de profesionales del ámbito psico-educacional indicó que este tipo de intervenciones ha reducido en gran medida estos trastornos psíquicos (Pomeroy y Green, 2002). La comunicación y el contacto con otras parejas que viven las mismas experiencias han sido una alternativa para que estas personas se sientan mejor (Bradley, Remien y Dolezal, 2008).

Un tema crucial en la bibliografía científica más reciente respecto a los vínculos serodiscordantes ha sido el papel de la violencia. Estudios de corte longitudinal realizados en África (Were *et al.*, 2011; Emusu *et al.*, 2009; Maman *et al.*, 2001) han logrado identificar que la experiencia de la serodiscordancia entre mujeres y varones vuelve problemáticas las prácticas sexuales cuando es el varón quien vive con VIH. Entre otras cosas, han documentado que, en este tipo de relaciones, algunos hombres ejercen violencia física y verbal contra las mujeres por discusiones sobre el uso del condón y sobre la cohabitación (Were *et al.*, 2011), lo cual repercute incluso, en algunos casos, en ataques de tipo sexual, bajo los efectos del alcohol, por parte de los varones (Emusu *et al.*, 2009). En Estados Unidos se ha documentado cómo, a menudo, en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes entre mujeres y varones, el hombre se atribuye la decisión de utilizar condón, controlando las prácticas sexuales de las mujeres (Stevens y Galbao, 2007); de modo que los vínculos serodiscordantes pueden estar marcados por la violencia (Eaton, 2007).

Otro estudio en Australia (Persson, 2011) documentó el papel crucial del virus en la relación de pareja cuando el varón vive con VIH, lo cual repercute en la identidad de la mujer, limita sus expectativas y en muchas ocasiones ocupa un papel de doble otredad: la otra en un vínculo con alguien que ya posee el carácter de otro.

Respecto a la bibliografía científica en castellano sobre el tema, se encontró un trabajo de Puerto Rico (Marqués, Rodríguez y Carrelo, 2007) donde se observó cómo en algunos vínculos hetero-erótico-afectivos el uso del condón se vuelve un espacio conflictivo y de control en que el varón lleva la batuta de las prácticas sexuales, y elementos como la “intimidad y la demostración de amor” contribuyen a prescindir del látex. Todos estos estudios que se enfocan en el papel de la

violencia dentro de las vivencias serodiscordantes entre mujeres y varones han mostrado que ellas son más vulnerables al virus cuando los hombres ejercen el control, y eso repercute en sus prácticas sexuales –sobre todo en el uso del condón–, lo que ha contribuido a la feminización de la pandemia.<sup>50</sup>

Respecto a los vínculos erótico-afectivos entre varones en Estados Unidos, se han realizado estudios de corte cuantitativo y cualitativo enfocados a describir las percepciones sobre el VIH/sida y las prácticas sexuales (Halkitis *et al.*, 2004; Eaton, Tessa, Kenny y Kalichman, 2009). Estas investigaciones indican que existe un cambio radical en las parejas que conviven con el VIH/sida; su vida sexual cambia y adaptarse a una persona con estado serológico diferente representa un reto decisivo en la dinámica y duración de la relación de pareja, es decir, el padecimiento es un factor importante para el vínculo. En el Reino Unido y Australia, un estudio ha investigado cómo los significados atribuidos al “amor” repercuten en las prácticas sexuales y el uso del condón en varones en vínculos homo-erótico-afectivos, pues hay una “restricción” en la “entrega” de algunos varones (Davis y Flowers, 2011).

En Australia se han publicado investigaciones que concuerdan en que es más frecuente encontrar varones que afirman tener prácticas sexuales sin condón cuando el varón que vive con VIH está bajo tratamiento antirretroviral (Persson, 2008; Zablotska *et al.*, 2009). En América Latina se encontraron dos estudios (Bilder, 2011; Reis y Gir, 2010) que se enfocaron en vínculos hetero-erótico-afectivos. Uno, en Argentina (Bilder, 2011), indaga la percepción de las personas que no viven con el virus sobre el uso del condón en prácticas sexuales con personas con estado serológico discordante. El otro estudio, llevado a cabo en Brasil (Reis y Gir, 2010) describe las dinámicas de estos vínculos y las estrategias de prevención que se deben seguir para no transmitir el VIH; este trabajo se

---

<sup>50</sup> De acuerdo con un documento del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2000), además de los elementos socioculturales del ordenamiento de género mencionados en párrafos anteriores—acceso a la información, violencia sexual y negociación en el uso del condón—, la constitución del tracto vaginal contribuye a que las mujeres corran un grado más elevado de riesgo que los varones —que no mantienen prácticas sexuales receptivas anales— a contraer el virus, además de la posibilidad de transmitirlo al producto durante el embarazo, alumbramiento o lactancia, lo que genera más complejidad. Hasta el momento no encontré ninguna investigación que hable sobre la transmisión del VIH de mujer a hombre.

enfoca principalmente en parejas que recibieron el diagnóstico una vez que ya estaba formado el vínculo erótico-afectivo, por lo que existió un cambio en las prácticas sexuales cotidianas, pues el uso del condón tuvo que ser replanteado, así como las estrategias de cuidado y disminución de riesgo en la actividad sexual y las preocupaciones sobre el embarazo y la descendencia.

En México se han realizado tres trabajos (Nieto, 2007; Sansores, 2010; Torres, 2013) al respecto. Uno recurrió a la epidemiología y la encuesta para indagar el uso del condón entre varones y su percepción sobre el riesgo. La autora de este trabajo asevera que cuando el varón se siente en riesgo de contraer el virus, utiliza condón (Sansores, 2010).

Otro estudio, desde la metodología de investigación cualitativa, se enfocó en el papel del riesgo en la experiencia de la serodiscordancia en varones en el área metropolitana de la Ciudad de México (Nieto, 2007). Esta investigación se centró en los significados de la actividad sexual y el uso del condón en prácticas homoeróticas y observó el riesgo que toman estas parejas en la penetración anal y oral, y enlazó su investigación como posible fuente documental de salud pública para crear campañas de prevención (2007: IX).

Finalmente, el trabajo más reciente respecto a las vivencias homoeróticas serodiscordantes es de mi autoría (Torres, 2013). En él, me centré en la construcción de vínculos homo-erótico-afectivos entre varones de la Ciudad de México y algunos municipios del Estado de México; encontré cómo se conjugan, a través del ritual de la interacción y de la performatividad de género, elementos de solidaridad y cooperación junto con ejercicio del poder, conflicto y ambigüedad que forman parte de las vivencias homoeróticas, las identidades y la serodiscordancia, mediante las representaciones sociales de estos varones, sus prácticas sexuales y rutinas de la vida cotidiana. Quedó pendiente ver qué pasa con otras experiencias serodiscordantes, como las que se localizan fuera de contextos urbanos y las que se gestan entre varones y mujeres, así como las manifestaciones corpóreo-sensitivas implicadas en estos procesos socioculturales.

Es necesario reconocer que los trabajos sobre vínculos lesbo-erótico-afectivos serodiscordantes son escasos. Después de realizar una búsqueda

exhaustiva solo encontré tres trabajos que hablan del tema de manera directa. En el primero (Richardson, 2000), la autora indica que las lesbianas han sido consideradas por la epidemiología como un grupo que no mantiene prácticas sexuales de “riesgo”. Esto demuestra un desvanecimiento de las mujeres con prácticas lesbo-erótico-afectivas en las campañas de prevención y en la investigación sobre el VIH/sida.

En el segundo (Wieringa, 2010), la autora sigue esta denuncia sobre la invisibilización de las mujeres que se asumen como lesbianas –además agrega a las que no lo hacen, pero que mantienen prácticas sexuales con otras mujeres– respecto al VIH/sida y señala que suele pensarse que si una mujer adquiere VIH fue por prácticas hetero-eróticas o vía intravenosa, factores que las vulneran, negándoles servicios sanitarios e intervenciones preventivas, por lo que es necesario enfatizar que las mujeres con este tipo de prácticas también pueden adquirir el virus, así como otras enfermedades, tales como “el virus de herpes simple en contactos genitales u orales, candida y vaginosis bacterial” (Wieringa, 2010: 161). La autora sobre todo resalta que las mujeres del sur global padecen más los estragos de la invisibilidad que las de occidente, pues en esta parte del globo terráqueo se conjuga la violencia, el racismo y el clasismo.

El tercer estudio fue realizado en Estados Unidos (Chan, Thornton, Chronister *et al.*, 2014) y documenta un caso de seroconversión de dos mujeres que mantenían un vínculo lesbo-erótico-afectivo serodiscordante. Todo parece indicar que la mujer seronegativa adquirió el virus de su compañera sexual pues en los últimos seis meses antes del diagnóstico no indicó enfrentarse a “factores de riesgo”. Un análisis del ADN de los virus de ambas arrojó un resultado virtualmente idéntico ( $\geq 98\%$  de secuencia identitaria en tres genes), por lo que es posible afirmar que, “aunque sea menos frecuente, la transmisión del VIH entre mujeres puede ocurrir” (2014: 211). Estas investigaciones muestran la necesidad de investigar este tipo de prácticas e involucrar a las mujeres en el padecimiento.

### 3.3.2 De vuelta a la vulnerabilidad y el género

Como podemos ver en los párrafos anteriores respecto al acercamiento teórico a la serodiscordancia, sobresale la dimensión de la vulnerabilidad y su relación con



el “riesgo” de adquirir el virus. Estudios que provienen de la sociología y la antropología han indicado –sobre todo a la epidemiología– que el riesgo y la vulnerabilidad no se pueden relacionar con conductas, sino que es necesario tomar en cuenta estructuras que contribuyen a que ciertas prácticas y cuerpos sean más vulnerados que otros.

Como señala Núñez, las ciencias sociales han informado a la epidemiología que el riesgo en relación con el VIH/sida que puede ser entendido como “conductas individuales que apuntan a una probabilidad de infección” y la vulnerabilidad ha sido comprendida como “aquellas partes del riesgo por infección por VIH vinculado más con estructuras sociales, que con conductas individuales” (Bronfman *et al.*, 2001, en Núñez, 2009: 8).

Sin embargo, considero que para la teoría feminista no es suficiente partir de que la vulnerabilidad se encuentra estratificada por estructuras sociales que conllevan a conductas de riesgo para adquirir el VIH. Tampoco considero que los estudios cuantitativos puedan resolver la complejidad de la serodiscordancia y que la precariedad y el riesgo puedan medirse en categorías unívocas. Para el feminismo es crucial pensar en la serodiscordancia desde las implicaciones de género que conllevan procesos de precarización y vulnerabilidad propios del padecimiento.

Considero que es necesario desprendernos de nociones paternalistas que vean la vulnerabilidad como un callejón sin salida del que no es posible escapar. Como bien ha señalado Judith Butler,

la “vulnerabilidad” no debería afirmarse como una condición existencial, aunque todos estemos sujetos a accidentes, enfermedades y ataques que pueden acabar con nuestras vidas bastante rápido. Aún así, tampoco sería suficiente una política para abrazar la vulnerabilidad, o estar en contacto con nuestros sentimientos o mostrar nuestras fisuras como si eso pusiera en marcha un nuevo modo de autenticidad o inaugurara un nuevo orden de valores morales o un brote súbito y repentino de la noción de “cuidado”. No estoy a favor de estos movimientos hacia la autenticidad como modo de hacer política, pues continúan emplazando la vulnerabilidad como lo contrario de la agentividad, e identificando la agentividad con modos soberanos de actitud defensiva, y no logran reconocer los modos en que la vulnerabilidad puede ser un momento incipiente y duradero de resistencia. Una vez que entendamos el modo en que la vulnerabilidad entra en la agentividad, nuestra comprensión de ambos términos puede cambiar, y se puede deshacer la oposición binaria entre ellos. Considero que deshacer este binomio es una tarea para el

feminismo [...]; la vulnerabilidad no es una disposición subjetiva, sino una relación con un campo de objetos, fuerzas y pasiones que inciden y nos afectan de alguna manera. Como modo de estar relacionado con lo que no soy y que no es plenamente controlable, la vulnerabilidad es un tipo de relación que pertenece a esa ambigua región en que la receptividad y la capacidad de respuesta no son claramente separables una de otra (2015).

Es decir, parto de que dentro de la misma vulnerabilidad –entendida como relación sociocultural– es posible localizar resistencias corporales. Estudios socio-antropológicos han documentado que la experiencia del VIH se vive de manera distinta a partir del género (Herrera, 2000; Grimberg, 2003; Persson y Richards, 2008; Herrera, Campero, Caballero, *et al.*, 2009; Kendall, Castillo Herrera y Campero, 2014). Rescato esta invitación teórica, pero acudo a la complejización butleriana del tema, para entender la vulnerabilidad y la precaridad del padecimiento, sus respuestas de resistencia y apropiaciones corporales por parte de mujeres y varones de la Ciudad de México. Es a partir de la relación con las normas biomédicas del VIH/sida que estas personas dan sentido a sus experiencias corporales serodiscordantes.

Después de este recuento podemos ver, además de los elementos epistemológicos que guían esta investigación, elementos macro sociales que repercuten en la vivencia de las/os informantes, es decir, el papel de la heteronormatividad y de la medicalización del VIH/sida. Este capítulo ha servido para comprender configuraciones históricas que dan matices a la sociedad mexicana del siglo XXI y el padecimiento. Sin embargo, no ha quedado abordado del todo el tema; es necesario analizar y comprender otros procesos que operan de manera micro: ¿qué pasa con otros aspectos, como las emociones y las prácticas de la vida cotidiana?

Para comprender las resignificaciones de la norma que hacen personas involucradas en vínculos hetero y homo erótico-afectivos es necesario recurrir a la dimensión social que se hace presente en sus vidas cotidianas, pues, como indica Stevi Jackson, “Las maneras en que las intersecciones entre género, sexualidad y heterosexualidad se manifiestan, varían dentro y entre distintos niveles, no son siempre unidireccionales y los vínculos son más fuertes en algunos puntos que en otros” (2006a: 51). De acuerdo con la autora, para que exista una crítica lo

suficientemente amplia de la heterosexualidad, se debe incluir “aspectos relacionados con lo social regularmente ausentes del análisis teórico del género y la sexualidad: estructuras sociales, lo socialmente situado en contextos genéricos y sexuales de la vida cotidiana, y las condiciones materiales en las que nuestras sexualidades son vividas” (Jackson, 2006a: 49).

El siguiente capítulo acude a la sociología y a su vinculación con el análisis feminista para reflexionar en los matices sociales de la vivencia de la serodiscordancia. El foco ahora estará en la interacción, afectividad y las emociones desde sus implicaciones corporales. Buscaré elementos que me permitan pensar no solo en la imposición de la heterosexualidad como norma y medicalización del padecimiento, sino en sus manifestaciones, lecturas, interpretaciones y resignificaciones corpóreo-afectivas.

## CAPÍTULO II

# La dimensión emocional de la vulnerabilidad: rituales, prácticas y cuerpos en la configuración de la serodiscordancia

*Vale la pena recordar que una de las cuestiones principales que planteó la teoría queer a la luz de la crisis del sida fue esta: ¿cómo puede vivir alguien con la idea de que su amor no es considerado amor, y que su pérdida no es considerada una pérdida? ¿Cómo puede uno vivir una vida no reconocible? Si lo que eres y la forma en que tu amor se considera de entrada como “nada” o como algo que no tiene existencia, ¿cómo puedes explicar la pérdida de esa nada y cómo puede llegar a despertar públicamente preocupación? [...]. De manera empática, este era el sentimiento del movimiento queer en el caso del sida y sigue siendo la situación del continente africano y de todas aquellas poblaciones alrededor del globo que no tienen acceso a nuevos fármacos ni a alguna manera de pagar por ellos*  
(Butler, 2009: 335)

Este capítulo complementa el acercamiento teórico plasmado en el primero y propone que las emociones y los afectos, mediante las lecturas, apropiaciones y resignificaciones de las investiduras<sup>51</sup> afectivas de las normas biomédicas y de género, dan cuenta del papel del cuerpo y la sensibilidad en los procesos de configuración de la serodiscordancia. Si bien vimos cómo la biomedicina y la heterosexualidad funcionan como imposiciones normativas para las personas en vínculos serodiscordantes, esto no quiere decir que tal cosa se realice de manera

---

<sup>51</sup> Con esta noción quiero hacer alusión a cómo los objetos y las personas son cargados de afectividad. Aunque rescato una visión psicoanalítica [donde la investidura ha sido entendida también como “catexia”] que hace referencia a la energía pulsional que se lleva a cabo para designar cosas (cfr. Laplanche y Pontalis, 1996), enfatizo la dimensión sociológica que se relaciona con cómo la investidura es una marca social asignada mediante relaciones de poder que dota de estatuto a quien lo recibe. Es decir, se trata de procesos de encarnamiento afectivos.

lineal, pues el poder produce corporalidades. Analizaré, conceptualmente, cómo esta imposición se vive desde los cuerpos.

Parto de que podemos comprender esta constitución de la vulnerabilidad mediante las implicaciones corpóreo-afectivas de los sujetos. Ya Butler, inspirada en la noción de “poder productivo” de Foucault (2011b), afirmó que “La paradoja de la sujeción (*assujétissement*) es precisamente que el sujeto que habría de oponerse a tales normas ha sido habilitado, sino ya producido, por esas mismas normas” (2001: 38).

Considero que las emociones y las prácticas corporales ritualizadas que se dan en las cadenas de interacción dan pistas conceptuales para entender cómo se vive desde el cuerpo la sujeción: “La definición foucaultiana de la sujeción como la simultánea subordinación y formación del sujeto cobra un valor psicoanalítico concreto cuando consideramos que ningún sujeto emerge sin un vínculo apasionado con aquellos de quienes depende de manera esencial [aun si dicha pasión es ‘negativa’ en sentido psicoanalítico]” (Butler, 2001: 17-18). Así, el análisis de las prácticas afectivas descrito en este capítulo desde fuentes feministas, *queer* y socio-antropológicas, intenta resaltar el papel del cuerpo en el encarnamiento de las normas a las que las personas en vínculos serodiscordantes están expuestas, enfatizándolo desde lugares que en ocasiones exceden el papel del lenguaje.

Es necesario responder entonces: ¿cuál es el papel del cuerpo en la relación normas/sujetos? Considero que las prácticas corporales, los rituales de la vida cotidiana y los procesos emocionales de por medio dan cuenta de las prácticas significativas que generan los procesos de sujeción. Si pensamos en el lenguaje como punto de partida, como bien nos ha recordado Judith Butler respecto de las normas y nuestra posible injerencia dentro de su operación, podemos rescatar que: “La teoría de la performatividad de género presupone que las normas están actuando sobre nosotros antes de que tengamos la ocasión de actuar, y que cuando actuamos, remarcamos las normas que actúan sobre nosotros” (Butler, 2009: 333).

Son los actos de habla entonces los que delimitan nuestro espectro de actuación. Si pensamos en la precariedad inducida a la que están sometidas las personas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes que participaron en esta investigación, tenemos que reflexionar en el lenguaje mediante las relaciones de poder que *enmarca*<sup>52</sup> y delimita nuestras vidas. Sara Ahmed nos da pistas para esto cuando se pregunta “¿cómo las normas sociales se tornan afectivas conforme pasa el tiempo?” (2014: 204-205), inquietud que retomo y vinculo al análisis de la serodiscordancia.

Ahora bien, pensar que las normas se vuelven afectivas a lo largo del tiempo no agota la reflexión del peso del lenguaje en sus relacionamientos con los sujetos. Se hace crucial reflexionar sobre el cuerpo desde una mirada que remita a la piel, sus prácticas, la sensibilidad y sus afectaciones. Las emociones dan pautas para desarrollar esta idea; para lograrlo rescato las resignificaciones emocionales de las investiduras afectivas. Si bien en el capítulo anterior vimos cómo el VIH se materializa a partir de los investimentos que hace la ciencia mediante el poder, Ahmed nos ayuda a pensar cómo opera este en la configuración de las emociones cuando se asignan y circulan entre los cuerpos.

Como indica Helena López, el aporte de Ahmed, al pensar en las emociones como efecto de circulación dentro una economía de acumulación de valor nos lleva “a una heurística más performativa que representacional cuyos efectos materiales –aquí estaríamos en el terreno de una ontología antimetafísica refundada– se explican por las investiduras de los sujetos y las comunidades a las que pertenecen en normas sociales con densidad histórica” (López, 2015: 13).

Resaltar el papel de las investiduras en relación con las emociones no debe ser subestimado. Ya Judith Butler, siguiendo la línea teórica foucaultiana del poder, nos ha recordado que los procesos de subjetivación o de “devenir sujetos” incluyen procesos de “sujeción” que también nos produce. Estos procesos de subjetivación se realizan a través del cuerpo, el cual recibe las investiduras que emergen de las relaciones de poder que forman parte de los mecanismos de

---

<sup>52</sup> Para acercarse a un análisis feminista con perspectiva sociológica sobre los marcos respecto a las normas y la precarización, véase Butler, 2010.

sujeción. Es decir, que “no existe ningún cuerpo fuera del poder, puesto que la materialidad del cuerpo –de hecho, la materialidad misma– es producida por y en relación directa con la investidura del poder” (Butler, 2001: 103).

Si pensamos en este proceso de subjetivación donde la materialización es coextensiva a su investidura a través de relaciones de poder,<sup>53</sup> no solo podemos reflexionar, como aconteció en el capítulo I, en las materializaciones que hace la ciencia del VIH/sida y la serodiscordancia; también podemos extender esta reflexión y pensar en las que están inmersas en las emociones, para después analizar cómo son experimentadas por las personas que forman parte de algunos vínculos erótico-afectivos serodiscordantes de la Ciudad de México. ¿Cuáles son las características de los investimentos afectivos de las personas involucradas en la serodiscordancia? ¿Cómo han sido afectadas a lo largo de su vínculo erótico-afectivo? ¿Cuáles han sido las emociones de por medio? ¿Cuál es el papel del cuerpo y sus prácticas en estos procesos emocionales? Intentaré responder de manera conceptual estas interrogantes.

## **1. Sobre la afectividad y las emociones**

### **1.1 Feminismos y la performatividad de las emociones**

¿Cuáles son las relaciones entre la cultura, el lenguaje y el poder respecto de las características asignadas a las emociones en nuestras sociedades contemporáneas? Cuestionamiento muy relevante para los feminismos, los cuales, desde los movimientos sociales y desde la academia, han impulsado una agenda teórico/política que toma en cuenta el papel del cuerpo y las emociones en la explicación de la desigualdad y subordinación sexo/genérica. En términos generales, como bien indica Ahmed, “las emociones trabajan para moldear las ‘superficies’ corporales de cuerpos individuales y colectivos” (2014:1). Este trabajo se realiza mediante el contacto con las/os otras/os, “las estudiosas feministas y

---

<sup>53</sup> Para seguir esta línea teórica foucaultiana sobre las investiduras propias de las relaciones de poder, véase Foucault, 2009, en relación a los regímenes disciplinarios carcelarios. Para un acercamiento a las investiduras que están inmersas en la sexualidad, véase Foucault, 2011a. Para seguir la expansión argumentativa de esta línea desde el feminismo y su relación con la materia corporal y el sexo, véase Butler, 2008. Para ver una aplicación provocadora sobre estos procesos en la “vida psíquica del poder”, véase Butler, 2001.

*queer* han atendido los modos en que las emociones pueden atarnos a las condiciones mismas de nuestra subordinación [...]; nos han mostrado cómo las formas sociales –tales como la familia, la heterosexualidad, la nación, incluso la civilización misma– son efectos de la repetición” (2014: 12).

Las emociones involucran actos de habla e intensidades corporales (Ahmed, 2014: 84), es decir, son performativas en tanto emergen del discurso y nos asignan investiduras afectivas:<sup>54</sup> “nos muestran cómo el poder moldea la superficie misma de los cuerpos y de los mundos” (Ahmed, 2014: 12). Sin duda, son importantes para la reflexión de la vida social, pues dan cuenta de la cultura y los efectos de las subordinaciones de nuestros días. El análisis de las emociones, en su dimensión política, demuestra cómo nombrar algunas alteriza a ciertos cuerpos mediante la reiteración discursiva.

Las feministas han tomado las relaciones entre la subordinación y las emociones como eje de partida y nos han mostrado su pertinencia al asignar algunas emociones como supuesta característica de lo femenino; algunos cuerpos reciben los efectos de esa materialización a partir de clasificaciones que

se traducen claramente en una jerarquía entre los sujetos: mientras que el pensamiento y la razón están identificados con el sujeto masculino y occidental, las emociones y los cuerpos se asocian con la feminidad y las otras raciales. Esta proyección de la emoción en los cuerpos de las otras no solo se utiliza para excluirlas del terreno del pensamiento y la racionalidad, sino también para ocultar los aspectos emocionales y encarnados del pensamiento y la razón (Ahmed, 2014: 170).

Estas jerarquías están atravesadas por relaciones de poder; la feminización de las emociones ha sido una estrategia discursiva para generar marcas de exclusión en algunos cuerpos: “afirmar que un sujeto o colectivo es emotivo implica claramente una dependencia de las relaciones de poder, que dotan a ‘otros’ de significados y valor [...], ‘ser emocional’ es visto como una característica de algunos cuerpos y no de otros” (Ahmed, 2014: 3).

En términos generales, en Occidente se ha considerado que las emociones son inferiores al razonamiento. “Ser emotiva quiere decir que el propio juicio se ve

---

<sup>54</sup> Como nos recuerda Judith Butler, “El lenguaje preserva el cuerpo pero no de una manera literal trayéndolo a la vida o alimentándolo, más bien una cierta existencia social del cuerpo se hace posible gracias a su interpelación en términos del lenguaje” (2004: 21).



afectado: significa ser reactiva y no activa, dependiente en lugar de autónoma. Las filósofas feministas han mostrado cómo la subordinación de las emociones también funciona para subordinar lo femenino y al cuerpo” (Ahmed, 2014: 3). Sin embargo, esta jerarquía que privilegia a la razón sobre las emociones no ha sido estática; más bien, aunque se tome cuenta el papel emocional en los procesos de pensamiento, se conservan jerarquías entre las emociones: “algunas son ‘elevadas’ como señales de refinamiento, mientras que otras permanecen ‘más bajas’ como señales de debilidad” (Ahmed, 2014: 3).

Han sido entonces los feminismos, y sobre todo los feminismos afiliados al posestructuralismo y a la *queer theory*, quienes han puesto en jaque el papel antagónico de las duplas naturaleza/cultura, público/privado y sobre todo razón/emoción o mente/cuerpo. Entre otras cosas, estas reflexiones feministas han reconocido que las emociones involucran la materialización de los cuerpos, mostrando la inestabilidad de lo biológico y lo cultural como maneras de entendimiento del cuerpo (véase Pedwell y Whitehead, 2012; Ahmed, 2014: 17; Macón, 2013: 10-13; Lutz, 2012; García y Sabido, 2014: 13).

Las feministas han desafiado verdades impuestas: “hablan en contra de verdades establecidas que son construidas regularmente como emocionales [...]. Esa designación del feminismo como hostil y emocional, a través de la cual el feminismo deviene una extensión de la ya patológica ‘emocionalidad’ de la feminidad, ejercita la jerarquía pensamiento/emoción” (Ahmed, 2014: 170).

Conuerdo con Ahmed en que las teorías feministas han proporcionado “formas políticas que intentan contestar las normas sociales en términos de emociones, [por lo que] el feminismo involucra una respuesta emocional hacia el mundo” (2014: 170-171). Considero que estas respuestas no solo han partido desde las emociones, también lo han hecho desde el cuerpo: estas feministas han puesto sus cuerpos, sensaciones, experiencias y vivencias de por medio. Las emociones que han experimentado han sido el canal que les permite compartir con las demás la respuesta que desde el feminismo dan al mundo. Es necesario reconocer que una de las relevancias de las teorías feministas es que se crean a partir de la exposición de las personas involucradas desde su propio cuerpo.

Es interesante que quienes se han enfocado más en las respuestas emocionales hacia la subordinación son mujeres relegadas en los mismos espacios feministas hegemónicos. Siguiendo la guía teórica empleada en esta investigación sobre la relación performatividad/vulnerabilidad es posible vislumbrar que las feministas que las han efectuado han vivido procesos de precarización raciales y/o sexuales como efecto de relaciones de poder que repercuten en sus cuerpos. Rescatar sus aportes nos muestra que las emociones y los afectos que han formado parte de sus experiencias de exclusión, son cruciales en los procesos performativos de la precariedad inducida, elementos que no pueden quedar fuera del análisis teórico.

Ejemplos de lo anterior los podemos ver en los aportes del feminismo negro de espacios anglófonos. A inicios de 1970 en los Estados Unidos, negras lesbianas se sintieron marginadas del movimiento feminista; al mismo tiempo, consideraron que imperaba el supuesto de que el movimiento lésbico y *gay* privilegiaba la orientación sexual como estandarte de lucha, dejando olvidados otros aspectos de la identidad. Esto contribuyó a que estas mujeres sintieran más afinidad con las luchas de varones negros que denunciaban inequidades por el color de piel, que con feministas blancas lesbianas y con *gays* blanca(os) (Sullivan, 2004: 37).

Barbara Smith (1993), una activista negra, relata que, cuando se integró al movimiento lésbico-*gay* en su etapa de efervescencia, encontró una agenda que no tomaba en cuenta la raza y que el movimiento solo privilegiaba las preocupaciones de las personas blancas, dejando de lado las necesidades no solo de la población negra, sino de los *drag queens*, travestis, lesbianas “masculinas” y homosexuales “femeninos”.

Audre Lorde ha sido una de las pioneras que utilizó las emociones como punto de reflexión teórico en relación con la desigualdad racial. Esta autora utilizó el enojo como “respuesta al racismo” (1984: 124); a partir de su enfrentamiento con el miedo, Lorde decidió evidenciar su enojo para manifestar su molestia con el feminismo blanco. “He vivido con enojo, sobre el enojo, por debajo del coraje, en la cima del coraje, ignorando ese coraje, alimentándolo, aprendiendo a utilizarlo en

el silencio [...]. Mujeres respondiendo al racismo quiere decir mujeres respondiendo al enojo, al enojo por la exclusión, del privilegio incuestionado, de las distorsiones raciales, del silencio, de su uso enfermizo” (1984: 125).

El aporte de Lorde es potente porque no solo propone manifestar de forma clara cómo el enojo ha estado presente en su vida. Más bien, propone esta emoción como el punto de partida para la acción, mediante un proceso de traducción que contribuya a identificar “quiénes son nuestros aliados, con quiénes tenemos diferencias graves y quiénes son enemigos genuinos” (Lorde, 1984:127).

Lorde muestra cómo el enojo “está cargado de información y energía” (1984: 127), conocimiento que parte además de la solidaridad con “lesbianas y hombres gays, gente pobre –en contra de todos nosotros que intentamos examinar lo particular de nuestras vidas mientras resistimos nuestras opresiones, moviéndonos hacia una coalición y acción efectivas” (Lorde, 1984: 128, 130). Sin duda, su aporte nos habla de una respuesta que involucra las emociones y su reconocimiento como punto de partida para la movilización. Lorde fue crítica con el movimiento feminista hegemónico de la década de 1970, tuvo el valor de señalar cómo los efectos del racismo afectan a personas negras, no heterosexuales y pobres. El enojo es para la autora un canal de expresión, punto de partida para dismantelar estas condiciones de opresión.<sup>55</sup>

El aporte de Lorde es muy relevante, pues nos aclara cómo han sido utilizadas las emociones por las feministas. Como indica Helena López,

Lo que Lorde está proponiendo desde su celebración de la centralidad del enojo para la lucha feminista y antirracista son, al menos, tres cuestiones. Uno, lo emocional es político. Dos, lo emocional es una instancia epistemológica. Es decir, conocemos cuando sentimos. Tres, este conocimiento emocional requiere de una reelaboración productiva, una traducción, para activarse como una acción transformadora (2014: 260).

Ahmed agrega que “el feminismo negro demuestra la intimidad entre la respuesta emocional del asombro, el pensamiento crítico y formas de activismo que intentan romper con viejas maneras de ser y habitar el mundo” (2014: 182-183).

---

<sup>55</sup> Como indica Cherríe Moraga “A finales de los años 70 las mujeres de ascendencia asiática, latinoamericana, indígena norteamericana y africana, empezamos a reclamar el término ‘mujeres de color’ (no obstante nuestro color verdadero) como un término de identificación política para distinguimos de la cultura dominante. A la vez, reconocemos nuestro estatus de colonización que compartimos con otras mujeres de color a través del mundo” (1988: 1).

En el mismo tenor, los feminismos chicanos, además de denunciar la falsa unicidad del movimiento lésbico y *gay*, dieron pistas para comprender las emociones inmersas en el racismo. Cherríe Moraga y Gloria Anzaldúa (1983), dos feministas chicanas, hablaron sobre las relaciones entre la raza, la clase, las prácticas sexuales y el género respecto a la formación identitaria.

Si bien estas autoras no elaboraron una teoría sobre las emociones como tal, sí muestran mediante sus textos que las experiencias de subordinación por raza, sexo y clase están marcadas por procesos emocionales. Develaron la dominación que muchas personas como ellas padecen en sus vidas no solo por las prácticas sexuales, sino por otras categorías que complejizan y problematizan la vivencia cotidiana.<sup>56</sup>

La insistencia de Moraga y Anzaldúa (1983) en la potencialidad de las emociones para la creación de teoría es muy alentadora. Asimismo, el uso de fuentes como las autobiografías o la poesía, nos da cuenta del hacer de una *teoría encarnada*, de cómo las emociones operan en la creación de identidades, prácticas y sobre todo, conocimiento y formas de acción política, que en este caso, están sumergidas en la traducción, el *spanglish*, la búsqueda de las raíces culturales, la inserción en una nueva sociedad y el reconocimiento de la afectividad y las emociones en los procesos de subordinación y resignificación de las opresiones.<sup>57</sup>

Con esta breve revisión de algunas feministas que han ponderado las emociones como punto de partida de reflexiones y acción política, concluimos que, como señala Ahmed, “necesitamos contestar ese supuesto que indica que el pensamiento racional no es emocional o que no involucra ser [con]movida por otras [...]. Los conocimientos no puede ser separados del mundo corporal de los

---

<sup>56</sup> Por ejemplo, la potente crítica de Gloria Anzaldúa sobre la frontera que divide a los Estados Unidos de América Latina da cuenta de cómo existe “una herida abierta” que construye a muchas personas como “tercermundistas” y “mujeres de color” (1983: 165-175; 198-210). Cherríe Moraga relata a partir de su experiencia cómo operó la blanquitud a lo largo de su vida en los Estados Unidos (1983: 27-35).

<sup>57</sup> Para profundizar en reflexiones que han surgido del trabajo de Anzaldúa, véase Keating, 2009; Belausteguigoitia, 2009. Para profundizar en el trabajo de Cherríe Moraga, véase Moraga, 2004.

sentimientos y las sensaciones; el conocimiento está ligado con lo que nos hace sudar, estremecernos, temblar” (Ahmed, 2014: 170-171).

Las emociones, en la reflexión feminista, han mostrado las complejas relaciones corporales con las normas. Estas, como indica Ahmed, “deben ser cruciales para mostrarnos por qué las transformaciones son tan difíciles (nos quedamos investidas en aquello que criticamos), pero también cómo es posible que (nuestros investimentos se muevan con nosotras a medida que nos movilizamos)” (2014: 172).

## 1.2 Entre los afectos y los sentimientos: un acercamiento a la socialidad de las emociones

Si bien no todos los feminismos de la segunda ola se pronunciaron respecto al papel de la afectividad y el género, esto no fue así con los de la tercera. A partir de la década de 1970, varias feministas indicaron que lo emocional debe formar parte del análisis de la sociedad y la cultura. Para 1990, sobre todo en contextos anglófonos, el debate sobre las emociones y los afectos cobró relevancia no solo en las teorías feministas, sino también en otras disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades.<sup>58</sup> Pensar en lo afectivo permitió a varias teóricas un debate intenso que intenta tomar el cuerpo y sus sentires como su punto de partida, lo que también ha generado confusiones y disputas entre los significados asociados con los afectos y con las emociones.

El denominado “giro afectivo” se impuso en muchos debates académicos sobre la sensibilidad. Inspiradas/os en ciertas interpretaciones del aporte teórico de Deleuze y su noción del devenir, así como de la capacidad corporal de afectar que conlleva intensidades propuesta por Spinoza, algunas/os académicas/os – sobre todo han sido reconocidas como precursoras Eve Kosofsky Sedgwick (2003)

---

<sup>58</sup> Si bien me baso en fuentes anglófonas y chicanas, concuerdo con Adrián Scribano en que en América Latina también se ha gestado, desde hace más de un siglo, un debate teórico respecto a las emociones, pues “nuestra historia intelectual en la región, nuestras formas ‘originarias’ de relato sobre lo social, las historias múltiples de los surgimientos de las ciencias sociales en Latinoamérica lo que atestiguan es una amplia agenda sobre la política de los cuerpos y las emociones. Desde finales del siglo XIX hasta los años ‘70 del XX existen innumerables versiones sobre dicha agenda elaboradas por los más diversos intelectuales de nuestro continente” (2011: 4).

y Brian Massumi (2002; 2010)– le han dado relevancia significativa a la vivencia propia del cuerpo fuera de marcos textuales y lingüísticos para indicar que los afectos son estados del ser –y no interpretaciones sobre estos– que tienen una naturaleza “pre-discursiva” y “pre-cognitiva”; incluso, para algunas/os, son autónomos y permanecen fuera de la significación social –como las respuestas corporales inesperadas en algunos contextos, tales como el bostezo en un evento que requiere seriedad de las personas, o el sonrojo que alguien experimenta cuando menos lo esperaba–; es decir, sensaciones propias de los cuerpos (cfr. Massumi, 2002; Latour, 2004; Hemmings, 2005: 550-554; Labanyi, 2010; Pedwell y Whitehead, 2012; Macón, 2013; López, 2014).

Al mismo tiempo, los afectos no han sido conceptualizados solo como estados del cuerpo, sino también como “fuerzas de encuentro”, como algo que

sobresale entre las capacidades de actuar y ser actuado [...]; el afecto es encontrado en aquellas intensidades que pasan de un cuerpo a otro, en aquellas resonancias que circulan sobre, entre y a veces se adhieren a cuerpos y mundos y en los pasajes o variaciones entre estas intensidades y resonancias en sí mismas [...]; en esta acumulación de relaciones de fuerzas recae la capacidad de un cuerpo de afectar y ser afectado (Seigworth y Gregg, 2010: 1-2).<sup>59</sup>

Además, como agrega Clare Hemmings, “el interés contemporáneo en el afecto evidencia una insatisfacción con acercamientos posestructuralistas al poder, enmarcados como hegemónicos en su negatividad e insistencia en las estructuras sociales, más que en las relaciones interpersonales como formativas del sujeto” (2005: 548). O sea, Massumi propone “la promesa de una imaginación teórica que formula la afectividad como una forma de intensidad de la materia en acción” (López, 2014: 266), vinculando este aporte teórico “con otros desplazamientos conceptuales putativos, como el ‘giro ontológico’ y el ‘nuevo materialismo’” (Pedwell y Whitehead, 2012: 117).

---

<sup>59</sup> Incluso definir los afectos es una tarea complicada, pues como se trata de un marco teórico en efervescencia, nos encontramos de manera cotidiana con teorizaciones nuevas que no encuentran consenso, sino más bien nuevas rutas conceptuales. Para contextos hispanoparlantes, como indica Jo Labanyi, la definición del afecto es un problema “ya que la palabra ‘afecto’ en español permanece equivalente a ‘sentimiento’. Curiosamente, la ‘emoción’ en español es más cercana a lo que ‘afecto’ significa en inglés” (2010: 224). Para un acercamiento a las maneras en las que se ha teorizado los afectos véase: Seigworth y Gregg, 2010; Blackman y Venn, 2010; Macón, 2013; Lara y Enciso, 2013.

La aparición de los estudios de la afectividad representó también, para algunas/os autoras/es un distanciamiento de los estudios de las emociones. Sobre todo, por una supuesta distinción y hasta superación del uso analítico de las últimas. Al respecto, si bien creo que es necesario profundizar en la comprensión del cuerpo y teorizarlo desde distintos puntos de vista, mi postura teórica se acerca a la de feministas que han criticado el *boom* de los estudios sobre los afectos en las ciencias sociales y las humanidades, lo cual no implica renunciar a los afectos, pero sí pensar su inclusión en el campo académico desde una perspectiva crítica.

Sobre todo, me parece relevante retomar estas críticas en dos sentidos, uno que tiene que ver con una falsa distinción de ambas esferas de la experiencia corporal, pues es “esta separación analítica entre emociones y afectividad una reinstalación de la falacia opositiva cultura/naturaleza que ignora el carácter sobredeterminado de los procesos corporales” (López, 2015: 12).

Este desapego al discurso, “emerge como un aparato retórico de aquellos para quienes la última meta es persuadir a ‘teóricos paranoicos’ para moverse hacia un marco más productivo” (Hemmings, 2005: 551). Quizá lo que más llama mi atención en este punto, es que no me parece benéfico creer que los afectos no tienen relación con lo social y que son autónomos (cfr. Hemmings, 2005: 565), pues como nos recuerda Judith Butler, los afectos están regulados de manera diferenciada por marcos normativos, “El afecto está estructurado por planes interpretativos que no entendemos plenamente [...]; nuestro afecto nunca es solamente nuestro: desde el principio, el afecto nos viene comunicado desde otra parte. Nos dispone para percibir el mundo de cierta manera, para dejar entrar ciertas dimensiones del mundo y oponer resistencia a otras” (2010: 68, 79).

Sara Ahmed agrega que “El giro afectivo entonces privilegia como su objeto al afecto por encima de la emoción, y se han dirigido esfuerzos considerables para hacer del afecto un objeto de estudio con límites claros, de tal manera que ahora tiene sentido hablar de ‘estudios de los afectos’” (2014: 207).<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Es decir, para las/os estudiosas/os de los afectos, “Una vez que una respuesta consciente empieza a hacer efecto (medio segundo después, de acuerdo con la investigación neurológica) estamos en el reino de la sensación (certeza de la experiencia física, por ejemplo,

Dos –que en realidad tiene vinculación directa con el primer punto–, me parece importante señalar que la comprensión de los afectos como algo que escapa a lo social y lo discursivo olvida la larga genealogía feminista que ha indicado cómo lo emocional ha sido subordinado por considerarse una categoría de lo femenino. Para muchas feministas, entender “la amplia gama de trabajo epistemológico que atiende las investiduras emocionales, la conectividad política y la posibilidad del cambio, [involucra un acercamiento donde] la epistemología y la ontología nunca están separadas ni opuestas” (Hemmings, 2005: 557-558).

Conuerdo con Sara Ahmed en que distinguir entre emociones y afectos como dos elementos separados de la experiencia sintiente, implica analizar “esferas separadas entre la conciencia y la intencionalidad, por un lado, y las reacciones fisiológicas o corporales por el otro. [Además], el giro hacia el afecto y la designación del afecto como lo que nos mueve más allá de la emoción, permiten la reducción de la emoción a sentimientos personales o subjetivos” (Ahmed, 2014: 208).

Es decir, las emociones serían reducidas a la intencionalidad y a la información prefabricada desde la cultura; además, creo que en realidad el trabajo que proponen los estudios de los afectos ya se ha realizado desde enfoques feministas, los cuales nos han mostrado que lo afectivo es una fuente de conocimiento que permite la acción política y que “las normas se tornan afectivas conforme avanza el tiempo” (Ahmed, 2014: 204).

Pero, ¿y qué son las emociones? Pensar en estas tampoco es algo sencillo, pues como sucede con los afectos, cada autora tiene su punto de vista al momento de conceptualizarlas.<sup>61</sup>

---

miedo) e inmediatamente después, emoción (la experiencia reflexiva ‘tengo miedo’). La emoción, entonces, en la práctica, es una amalgama de sentimiento y pensamiento –aunque el elemento de juicio involucrado en la sensación incluso en el afecto lo hace difícil de llamar enteramente ‘libre de pensamiento’” (Labanyi, 2010: 224).

<sup>61</sup> Como indica Kristyn Gorton “La naturaleza y grado de diferencia entre la emoción y el afecto son regularmente debatidas. Algunas argumentan que la emoción se refiere a la expresión sociológica de los sentimientos, mientras que el afecto es algo más firmemente enraizado en la biología y en nuestras respuestas físicas a los sentimientos; otras intentan diferenciarlas a medida de que la emoción requiere un sujeto, mientras que el afecto no; y algunas ignoran estas distinciones” (2007: 334). Para un acercamiento sobre cómo se han conceptualizado las emociones en las ciencias sociales véase Greco y Stenner, 2009. Para una breve genealogía de la



Para esta investigación, parto del “modelo de socialidad de las emociones” que propone Sara Ahmed (2004a; 2004b; 2014) donde estas son relacionales, “involucran (re)acciones o relaciones de ‘alejamiento’ o ‘acercamiento’ respecto con los objetos. [Desde esta perspectiva], los sentimientos no residen en los sujetos sino que son producidos como efectos de la circulación afectiva” (2014: 8).

Pensar en la socialidad de las emociones desde su dimensión relacional, le permite a Ahmed alejarse de los modelos planteados sobre todo en la psicología y algunas corrientes de la sociología cuya lógica indica que las emociones son estados individuales que residen en el sujeto.<sup>62</sup>

Considero entonces que las emociones no son solo estados psicológicos, sino también “prácticas socioculturales [...]; es a través de las emociones o de cómo respondemos a los objetos, que las superficies y límites son moldeados por el contacto con otras personas [...]. Los objetos de la emoción adoptan formas como efectos de la circulación, lo que circula son los objetos de la emoción, no la emoción como tal” (Ahmed, 2014: 9-10, 11).

Ahmed nos recuerda que las emociones no solo se relacionan con la circulación de objetos. En la propia etimología de la palabra (del latín *emovere*), encontramos que al hablar de las emociones también lo hacemos de “vinculaciones o sobre lo que nos conecta con esto y aquello. Los movimientos conectan cuerpos” (Ahmed, 2014: 11).

Quiero resaltar entonces que en las emociones, hay una relación entre movimiento y vinculaciones (Ahmed, 2014: 209).<sup>63</sup> Partiendo de entendimientos

---

importancia de las emociones en la teoría feminista desde los feminismos anglosajones véase Ahmed, 2014: 178-190.

<sup>62</sup> Específicamente hablando, de acuerdo con la autora, “el modelo *inside-out* apela a que tengo emociones que se mueven después hacia afuera de objetos y otras, que pueden ser regresadas hacia mí”, mientras que el modelo *outside-in* “asume que las emociones vienen desde el exterior y se mueven hacia dentro de manera reflexiva”; modelo problemático porque asume que las emociones son algo que “tenemos” (Ahmed, 2014: 9-10).

<sup>63</sup> Es curioso cómo hay muchas divergencias al momento de categorizar la afectividad y las emociones. Edith Calderón, por ejemplo, prefiere hablar de una antropología que considere *la dimensión afectiva* como “una estructura que vincula, mediante un entramado complejo, los ámbitos psíquico, social e individual, donde los sentimientos, emociones, pasiones y afectos deben ser vistos como símbolos que se estructuran y circulan de forma reglamentada en la cultura” (2012: 19-20). En la sociología, Norbert Elias fue pionero en la teorización de la afectividad. Él habló de *vinculaciones afectivas* para señalar cómo valencias positivas y negativas, satisfechas o

feministas y sociológicos (Hochschild, 1979; Lutz, 1982; Rosaldo, 1984; Elias, 1999; Hemmings, 2005; Collins, 2009; Butler, 2010; Le Breton, 2012; Ahmed, 2004a; 2014), sugiero que analizar las emociones como prácticas socioculturales no amerita desligarse del análisis de los afectos, ni del de las pasiones o los sentimientos; considero que las emociones son el punto de partida analítico que mueve y vincula los demás elementos de la experiencia afectiva.

Como indica Ahmed, cuando intenta incorporar el afecto en su teorización: “Las emociones involucran procesos corporales de afectar y ser afectadas, o para utilizar mis propios términos, las emociones se refieren a cómo establecemos contacto con objetos y con otras personas” (2014: 208).<sup>64</sup> Eliminar algún elemento de la experiencia afectiva me parece improductivo, pues como indica Helena López, “los Estudios de las Emociones y los Estudios de la Afectividad muestran claras conexiones entre sí, tanto en lo que se refiere a la identificación del cuerpo como recurso de sentido como en la impugnación de una epistemología de la representación de naturaleza especular basada en las oposiciones razón/cuerpo y sujeto/objeto” (2014: 264-265). Es decir, me parece fructífero pensar “que el cuerpo emocionado, afectado y apasionado conozca supone una oportunidad para la acción política transformativa” (López, 2014: 272).

Creo que los estudios sobre los afectos han mostrado que la afectividad “conforma aquel pedazo de realidad que excede al lenguaje [...]; o para decirlo de otra manera, la dimensión afectiva no se agota con el lenguaje” (Díaz, 2014a: 231), donde “participan también en su aparición procesos inconscientes” (Le Breton, 2012: 72).

Partir de las emociones, atiende a la genealogía que las feministas han realizado, como vimos en el apartado anterior, sobre los procesos corporales de la subordinación en clave afectiva. Sus aportes conceptuales al respecto nos han recordado el papel del poder y el lenguaje mediante las investiduras emocionales;

---

insatisfechas, forman parte de los vínculos emocionales entre las personas y no en los meros estados individuales (Elias, 1999; Elias, en Sabido: 2011: 38).

<sup>64</sup> Nótese la impronta *spinozista* en esta definición de los afectos. Es curioso, y potente al mismo tiempo, cómo Ahmed retoma esta noción para —en una especie de justicia hermenéutica a la producción teórica feminista— seguir hablando de las emociones como punto de partida de la comprensión de la experiencia afectiva.

“afirmar que un sujeto o colectivo es emotivo implica claramente una dependencia de las relaciones de poder, que dotan a ‘otros’ de significados y valor; [las emociones operan] para ‘hacer’ y ‘moldear’ cuerpos como formas de acción, que también incluyen orientaciones sobre otros” (Ahmed, 2014: 4, cursivas de la autora). Por lo que vale la pena entonces no profundizar en qué son las emociones, sin antes preguntar “qué hacen las emociones [y rastrear] cómo circulan en los cuerpos, examinando cómo se ‘adhieren’, ‘pegan’ y ‘mueven’” (Ahmed, 2014: 4).

Después de puntualizar de manera breve cómo entenderé las emociones y sus vinculaciones con los afectos, pasiones y sentimientos, es momento de reflexionar en cómo operan estas prácticas socioculturales en la configuración de la serodiscordancia. Pondré el énfasis en su constitución a través de la interacción social, los rituales de la vida diaria y de las prácticas corporales.

## **2. Configuración sociocultural de las emociones: rituales y prácticas en el encarnamiento de las normas biomédicas y de género en la serodiscordancia**

### **2.1 La dimensión social de las emociones**

Me gustaría enfatizar en ese apartado la relevancia de la dimensión sociocultural de la afectividad y las emociones. De hecho, las teorizaciones feministas sobre las emociones tuvieron resonancias importantes en la sociología y en la antropología que, desde finales de 1970, resaltaron la relevancia de las emociones para la conformación de lo social y de la cultura.

En la sociología, Arlie Hochschild fue crucial para explicar la insitucionalización de las emociones y su relevancia en la sociedad. Esta autora analiza cómo se genera el *trabajo* de las emociones en interacciones sociales. Sobre todo le interesó destacar cómo el análisis de las emociones da cuenta de reglas ideológicas sentimentales que forman parte de la sociedad. Es decir, sostuvo que acercarse a las emociones da cuenta no solo del *self* y la interacción, sino también de la estructura social (1979: 551).

Concuerdo con Pedwell y Whitehead en que “el trabajo de Hochschild fue crucial en la elaboración de las incipientes teorías de la construcción social de las emociones, y posteriores análisis de su circulación performativa en el contexto de relaciones de poder generizadas, de clase, racializadas y sexualizadas” (2012: 121).

En la antropología, Catherine Lutz (1982) utilizó el dato etnográfico que recabó con los ifaluks para indicar que, si bien la afectividad es crucial para la conformación de la cultura, las emociones son construcciones culturales cuyos significados varían en cada contexto. Este tipo de investigaciones logró ubicar las emociones “como un campo de análisis que articula lo social” (Calderón, 2012: 177).

Estas reflexiones han servido como fuente de inspiración para la sociología y desde hace más de tres décadas, las emociones, los sentimientos y la afectividad en sus manifestaciones corporales han formado parte de sus principales preocupaciones que han puesto el énfasis en: a) los procesos de interacción que generan emociones y sentimientos, y b) los vínculos, entendidos como procesos y construcciones socio-históricas, donde la afectividad, las emociones y el cuerpo están de por medio (Sabido, 2011; Bericat, 2012).

Si bien existen diferentes matices en los enfoques sociológicos que han analizado el papel de la afectividad y las emociones, estas/os autoras/es concuerdan en que la vida social está atravesada por procesos emotivos, que son construcciones socioculturales y significados asignados a gestos, así como a sensaciones que tienen lugar en el cuerpo. Entender el cuerpo desde las ciencias sociales y la sociología ha servido para “marcar sus trazos sociales y permite destacar un ámbito particular de las personas, a saber, su carácter sintiente y sensible, así como los recursos interpretativos para sentir de un modo y no de otro” (Sabido, 2011: 38).

Olga Sabido nos recuerda que la sociología ofrece un panorama fructífero para pensar en la dimensión social del cuerpo, pues

El cuerpo no es algo evidente, ni siquiera es empíricamente contrastable *strictu sensu* pues nunca vemos “cuerpos”, sino hombres, mujeres, niños y niñas [...]; es decir, “*cuerpos socialmente diferenciados*”. De modo que, el

cuerpo está atravesado por el sentido, por la construcción social [...]; al cuerpo no solamente lo moldeamos y le atribuimos significados, no solo es representación, sino también constituye al sentido práctico, pues con el cuerpo actuamos prácticamente y operamos más allá del discurso y la conciencia. (2007: 210, 243; 2013: 24, cursivas de la autora).

Es decir, la sociología entiende al cuerpo como soporte y productor de sentido (Sabido, 2012; García y Sabido, 2014: 18-19).<sup>65</sup> Llegar a esta relación analítica entre cuerpo y emociones desde sus implicaciones sociales ha costado décadas de reflexión sociológica, pues ha existido mucha producción conceptual respecto a estos ámbitos de estudio como si fuesen dimensiones separadas de la vida social o sub disciplinas o especializaciones de la sociología.

Empero, concuerdo con Sabido<sup>66</sup> (2012; 2013) y con Scribano en que “no es posible indagar y reflexionar sobre cuerpos/emociones por separado, como si existiera alguna posibilidad de que unos no remitieran a las otras y viceversa” (2013: 93, 95), pues “debe tenerse presente que todo análisis sobre los fenómenos sociales que implique su uso [términos cuerpo y emociones], debe dar cuenta de su *relacionalidad*; es decir, de una necesaria correspondencia que abre/cierra cada uno de ellos respecto a y en interconexión al otro término” (Scribano, 2013: 98, cursivas del autor).

La sociología en la actualidad entiende al cuerpo “no solo como un referente circunstancial en el estudio de la sociedad, sino que forma parte de las explicaciones de la constitución de lo social” (Sabido, 2013: 49). Es decir, “no estudia al cuerpo a secas, sino el significado atribuido a este desde muchas de

---

<sup>65</sup> Sabido nos aclara que “por Sentido se hace referencia a aquella dimensión que generalmente ha estado asociada a la ‘comprensión interpretativa’ de la acción humana y que parte del supuesto que los seres humanos viven en un mundo en el que sus experiencias, interacciones, prácticas y discursos tienen significados abiertos a diversas interpretaciones, aunque históricamente condicionados” (2013: 26).

<sup>66</sup> Sin duda, Olga Sabido es una de las exponentes más importantes en México del análisis sociológico del cuerpo. Ella propone dos niveles analíticos que se traslapan: el de la interacción, donde pone el énfasis en la construcción de significados en torno al cuerpo *in situ*, y el de las disposiciones, donde el cuerpo sirve como canal y constitución de sentido que muestra las marcas de socialización (cfr. Sabido, 2007; 2010; 2011; 2012; 2013). Es decir, “el orden de la interacción y el orden de las disposiciones [muestran] cómo el ámbito corpóreo-afectivo es fuente de sentido en la producción y constitución de lo social” (Sabido, 2010: 227; 2013: 20-24).

sus dimensiones analíticamente distinguidas (gestos, glosas, rituales, *performances*, técnicas corporales)” (Sabido, 2013: 48).<sup>67</sup>

Si las teorías feministas aportaron que hay una relación directa entre los cuerpos y las emociones, al mostrar la dimensión política de la afectividad y sus efectos hacia los cuerpos feminizados, la sociología ha reflexionado sobre cómo la sociedad se conforma a partir del contacto entre los cuerpos y cómo estos generan estados emocionales. Randall Collins agrega en este sentido que “la sociedad es ante todo y por encima de todo, una actividad corporal” (2009: 56). Así, para la sociología, “las personas definen marcos de sentido con sus cuerpos, ya sea por sus vestidos, gestos, movimientos y sus modos de llevar el cuerpo (según su sexo, clase o edad); y ello permite la construcción social del mundo, en tanto con el cuerpo producen significados” (García y Sabido, 2014: 18):

pensar al cuerpo y la afectividad ha significado establecer cómo aquello que pareciera *dado* de manera natural se constituye socialmente y de forma diferenciada según la sociedad y configuraciones históricas particulares [...]. Los debates de la sociología contemporánea señalan cómo tanto cuerpo como emociones tienen un papel significativo en las interacciones, las prácticas y la misma construcción del *self* (García y Sabido, 2014: 12, 18, cursivas de las autoras).

Sin duda, desde que la sociología puso el énfasis en los contextos micro sociales en la década de 1970, se ha generado un debate muy potente respecto a la conformación de la vida cotidiana. Al mismo tiempo, el análisis de procesos micro contribuye a comprender la sociedad contemporánea. Siguiendo la pregunta que guía este capítulo sobre cuál es el papel que juegan los cuerpos en la construcción de los significados atribuidos a la serodiscordancia, procedo a enfocarme en los rituales y en las prácticas corporales.

## 2.2 Rituales, cuerpo y emociones

Propongo enfocarme en los rituales y en las prácticas corporales para extender la “socialidad de la emoción” de Ahmed (2004; 2014). Si bien pensar en la relacionalidad de las emociones y en que son prácticas socioculturales forma parte

---

<sup>67</sup> En los últimos años, principalmente la sociología y la antropología han tomado en serio el estudio del cuerpo y sus manifestaciones sensibles, tanto así que sobrepasa el análisis sobre los sentidos y su relación con la memoria, la categorización de las cosas y la percepción. Véase Classen, 1997; Synott, 2003; Howes, 2014; Sabido, 2016.

del modelo de esta autora, han sido la sociología y la antropología las disciplinas científicas que destacaron el papel que ocupa el cuerpo en las configuraciones sociales de la afectividad.

Recordemos que Sara Ahmed utiliza lo que denomina *la emocionalidad de los textos*, “en particular discursos mediáticos relativos a la reconciliación en Australia; terrorismo internacional, y asilo e inmigración en Reino Unido con el propósito de examinar el funcionamiento de sus economías afectivas” (López, 2015: 13). Como indica Ahmed:

Un libro que argumenta que las emociones no pueden ser separadas de las sensaciones corporales, puede parecer demasiado orientado hacia los textos. Propongo lecturas minuciosas de los textos, con un énfasis particular en la metonimia y la metáfora: mi argumento sugiere que las “figuras retóricas son cruciales” para la emocionalidad de los textos [...]. También consideraré la emocionalidad de los textos en términos de la manera en que nombran o actúan ciertas emociones (2014: 13).

Aunque Ahmed indica que puede ser interesante contrastar su modelo con técnicas de investigación propias de las ciencias sociales y las humanidades – sobre todo cualitativas, como la aplicación de entrevistas o del método etnográfico–, para indagar en la vida emocional de la gente, es necesario recordar que

entrevistar a personas sobre sus emociones también involucra textos: se alienta a los entrevistados a hablar ante un entrevistador (“la entrevista”), como una forma de habla que se traduce o “transcribe” a un texto escrito; el investigador se convierte en el lector del texto y escritor de otro texto sobre el texto. La diferencia entre mi investigación y una basada en entrevistas se halla en la naturaleza distinta de los textos que se generan; los que yo leo ya existen “allá afuera” y son públicos, en vez de generarse a partir de la investigación misma (Ahmed, 2014: 19).

Conuerdo con Ahmed en que “tenemos que evitar pensar que las emociones están ‘en’ los materiales que reunimos [lo que transformaría la emoción en una propiedad], sino pensar más en lo que ‘hacen’ los materiales, cómo trabajan a través de las emociones para generar efectos” (2014: 19). Ahora bien, dado que esta investigación parte de las experiencias entre las personas entrevistadas y el investigador durante la co-construcción de su proceso de vivencia de la serodiscordancia, es necesario destacar teorizaciones socio-antropológicas que han pensado desde hace muchos años qué sucede con las prácticas corporales

de las/os informantes y cuál es el papel de la interacción de la vida cotidiana, en este caso, respecto a las emociones y al VIH/sida.

Margaret Wetherell agrega, en una lectura crítica que realiza sobre el trabajo de Ahmed, que si bien es potente pensar en lo que circula cuando se habla de emociones, “aplicar la noción de prácticas, sugiere una formulación diferente de los afectos” (2014: 10). Para ella, “la socialidad de la emoción” se vuelve problemática como modelo cuando pensamos en situaciones de interacción concretas; pensar en las “prácticas afectivas” “permitiría un análisis más fructífero, flexible, robusto, amplio y aplicable a situaciones empíricas” (Wetherell, 2014: 17). Vayamos entonces a dos nociones clave para entender estos procesos: los rituales y las prácticas corporales.

Pensar en el cuerpo, entonces, nos remite a reflexionar sobre las representaciones y configuraciones socioculturales que realiza cada sociedad sobre este. Como indica Elsa Muñiz, “en cada sociedad y contexto cultural, la corporalidad tiene un itinerario ya definido, para lo cual hay fórmulas y saberes, desde los más sofisticados y científicos elaborados por los intelectuales, hasta los más cotidianos y populares que pasan por los mitos, las tradiciones y los rituales” (2014: 288), saberes que es necesario interpretar a luz de la teoría y del testimonio de las personas involucradas en esta investigación, para comprender —como indicó Erving Goffman— que “la mediación entre cultura y personalidad está en el cuerpo, que la ‘cultura se encarna’” (Goffman, 1991: 21, en Sabido, 2007: 219).

### 2.2.1 La interacción y sus cadenas de rituales

La interacción ha sido analizada en la sociología mediante el énfasis en los procesos de la co-presencia corporal que configura la socialización en la vida cotidiana y puede definirse, de acuerdo con Erving Goffman, como aquella que se da exclusivamente en las situaciones sociales, es decir, en aquellas “donde dos o más individuos presencian sus respuestas respectivas” (1991: 173). El enfoque micro sociológico “pretende hacer análisis de la organización social de esos encuentros como un orden de fenómenos sociales con una historia específica” (Joseph, 1999: 12).



Los elementos simbólicos manifiestos en las relaciones cara a cara fueron parte de las preocupaciones más importantes de Goffman, que vislumbraba bajo el orden de la interacción, cuyo método preferencial de estudio es el microanálisis (1991: 174), el cual es un campo autónomo en el que todos los actos o contactos entre personas están socialmente situados. La interacción cara-cara es, de acuerdo con él, primordial para la vida social (1967).

Para Goffman, la noción de “ritual” es decisiva en la comprensión de la vida cotidiana. Inspirado en la separación durkheimiana sagrado/profano, indicó que en las grandes urbes actuales existe una diferenciación respecto a los objetos o seres venerados por las comunidades que explicó Émile Durkheim,<sup>68</sup> en la modernidad, de acuerdo con Goffman, se venera un equivalente: el individuo, el cual será el nuevo objeto sagrado para todos los seres humanos. Esta es la razón por la cual respetamos las reglas ceremoniales de interacción, “pues Goffman consideraba que respetamos al individuo en abstracto, más allá de las personas concretas con las que interactuamos” (Galindo, 2015: 23). Esta socialización, marcada por reglas ceremoniales de cortesía entre las personas, nos hacen recordar que “la sociedad está formada por rituales” (Roberts, 2006: 72).

Aunque Goffman no habló del cuerpo como tal en sus conceptualizaciones, la noción estuvo presente a lo largo de su obra. Como Sabido indica, sus obras dieron cuenta de que “el cuerpo se somete al orden ritual, pues este se orienta en función de tales ritos establecidos socialmente [...]. A juicio de Goffman, en la sociedad contemporánea los contactos corporales están altamente regulados, esto es, ritualizados” (2007: 221).

Si bien Goffman se enfocó en situaciones efímeras y en las conversaciones,<sup>69</sup> sus aportes sobre el estudio de la interacción social han dado pauta a reinterpretaciones. Randall Collins (2009), al centrarse en las situaciones sociales y no en el individuo, indica —a través de la unión de los aportes goffmaniano [con las relaciones cara cara y la creación compartida de significados] y durkheimiano [con la dimensión solidaria y de efervescencia colectiva, aplicadas

---

<sup>68</sup> Véase, Durkheim, 1991.

<sup>69</sup> Para un recuento interesante de la obra de Erving Goffman y sus aportes a la sociología, véase Galindo, 2015.

a la interacción]— que la interacción mediante la repetición periódica de encuentros genera cadenas de rituales.

“La significatividad de los símbolos deriva de la intensidad emocional que alcanzan los rituales de primer orden donde se les emplea para continuar con series de circuitos ulteriores de segundo y tercer orden donde estos símbolos pueden ser recirculados” (Collins, 2009: 2), convirtiéndose en cadenas de rituales de interacción. Estas “cadenas” de rituales se construyen cuando se acumulan situaciones sociales que son relevantes para las personas, donde las emociones y el cuerpo son atravesados por significados construidos y manifestaciones sensitivas de los encuentros sociales.

Un ritual de interacción, desde esta perspectiva, “es un encuentro pautado entre personas que han aprendido de otros y por experiencia propia a percibir, inferir, reproducir, desarrollar e improvisar esas pautas” (Iranzo, 2009: VIII). Es decir, es un “mecanismo de foco compartido y consonancia emocional, que varía en dos dimensiones: en qué medida brota un foco de atención común (*mutual focus*) y cuánta consonancia afectiva (*emotional entrainment*) nace entre los participantes” (2009:2), un ritual es “un transformador que transmuta emociones-ingredientes en emociones-resultados” (2009: 10).

Lo que le interesa resaltar a Collins es la capacidad de las personas para repetir estos encuentros y construir cadenas de interacción, “una teoría de los rituales de interacción (RI) y sus cadenas (CRI) es ante todo una teoría de las situaciones, de los encuentros temporales entre cuerpos humanos cargados de emociones y conciencia por el efecto de las cadenas de encuentro vividas anteriormente” (2009:18).

Son las emociones y las situaciones sociales lo que este autor quiere destacar. Los rituales de interacción están formados por varias combinaciones de ingredientes: *a)* dos o más personas que se encuentren físicamente en un mismo lugar, de modo que su presencia corporal esté o no en el primer plano de su atención consciente, son afectadas recíprocamente; *b)* hay barreras excluyentes que transmiten a los participantes la distinción entre quiénes toman parte y quiénes no; *c)* quienes participan enfocan su atención sobre un mismo objeto y al

comunicárselo entre sí adquieren una consciencia conjunta de su foco común; y *d*) comparten un mismo estado anímico o viven la misma experiencia emocional (2009: 72). Estos se relacionan entre sí, pero los más importantes son el foco de atención, porque esto representará la atención de los involucrados que se da de manera espontánea y las emociones comunes que repercutirán en el sentir de quienes participan en la situación.

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 grupal o sentimiento de pertenencia; *b*) energía emocional individual compartida; *c*) símbolos que representan al grupo o a las personas implicadas; y *d*) sentimientos de moralidad, es decir, la sensación de sumarse al grupo o con las personas involucradas al respetar sus símbolos y defenderlos (Collins, 2009: 73).

Collins, al enfatizar el papel de las emociones dentro de las interacciones de la vida cotidiana, propone la noción de “energía emocional” (EE)<sup>70</sup> para referirse a las sensaciones corporales que perduran después de los encuentros corporales. “Esa suerte de ‘electricidad’ que Durkheim adscribe metafóricamente al grupo en estado de fogosa excitación se acumula en ‘baterías’, uno de cuyos componentes es el símbolo, siendo el otro polo el individuo, la participación procura al individuo un tipo especial de energía que denominaré *energía emocional*” (2009: 60).

El autor resaltó entonces las situaciones donde se conjuga un alto grado de atención –supuestamente– compartida, “fruto de la mutua estimulación/excitación de los sistemas nerviosos de los participantes [que] producen tanto sentimientos de membresía adheridos a símbolos cognitivos como energía emocional” (Collins, 2009: 65). Lo que quiso destacar es esos escenarios donde las emociones son también posibilidad de actuación colectiva, como la que se da cuando se forma parte de movimientos sociales, por ejemplo, donde de acuerdo con el autor, se

---

<sup>70</sup> El papel de las emociones en la interacción puede ser encontrado en los trabajos de Goffman, quien, aludiendo una vez más a la impronta durkheimiana sobre la moralidad como fuerza de unión entre las personas, indicó que las emociones “son parte del ritual de la interacción, pues funcionan como movimientos que encuadran en la lógica del ritual, el cual sería complicado de entender sin ellas” (1967: 23).

comparte el foco emocional de atención entre las/os participantes que perdura a lo largo del tiempo como efectos de los rituales.

Para Collins, ese es el efecto más sobresaliente de las cadenas de rituales de interacción: “la energía emocional es transportada de una situación a otra por los símbolos cargados en las situaciones emocionales” (2009: 148); se trata de “una consonancia duradera de los rituales de interacción que alcanzan un elevado grado de armonía emocional localizada, que también podemos denominar sintonía, efervescencia colectiva o solidaridad” (2009: 184). Este concepto es de vital importancia para entender cómo, según él, los rituales se transforman con el paso del tiempo, cuando se logra la solidaridad entre sus participantes, la cual repercute en las cadenas de interacción o repeticiones de los rituales, pues gracias a la energía emocional, las personas involucradas fortalecen sus lazos afectivos y de pertenencia.

Si bien el aporte de Collins me parece muy sugerente y potente, considero que no da cuenta del todo de la complejidad de la vida social y las emociones inmersas en los procesos de subjetivación contemporánea. Creo que la adaptación durkheimiana sobre la efervescencia colectiva, entendida por el autor como energía emocional, deja un análisis limitado.

La noción de ritual es conflictiva en sí misma; su polisemia remite a un vasto marco teórico que ha sido nutrido por la sociología y la antropología.<sup>71</sup> Aunque Collins realizó una revisión sobre el tratamiento teórico de esta categoría y su elección conceptual es sin duda muy potente para pensar la dimensión macro social desde un enfoque situacional, considero que su aporte permanece en silencio ante procesos sociales que tienen que ver con el poder y que la antropología ha problematizado desde que incorporó el “ritual” a sus debates teórico-conceptuales.

Estos elementos sobre la complejidad de la vida social no deben desaparecer del análisis sociológico, pues como indica Adrián Scribano, “una sociología de los cuerpos/emociones involucra la aceptación de que si se pretende

---

<sup>71</sup> Para una recopilación de cómo se ha teorizado el ritual en la teoría antropológica véase, Díaz, 1998; Bell, 2009. Desde la sociología, véase, Collins, 2009: 21-70.

conocer los patrones de dominación vigentes en una sociedad determinada, hay que analizar cuáles son las distancias que esa misma sociedad impone sobre sus propios cuerpos, de qué manera los marca, y de qué modo se hallan disponibles sus energías sociales” (2013: 102).

Propongo utilizar conceptualmente la noción de “cadenas de rituales de interacción” como procesos situacionales que generan emociones, pero descarto la noción de energía emocional desde su matiz durkheimiano como único efecto de las CRI y a continuación acudo al feminismo de Judith Butler y a la antropología para incorporar su uso del ritual desde el ejercicio del poder, así como el papel del cuerpo como productor de prácticas socioculturales.

### 2.2.2 Ritualización, prácticas corporales y poder

La relevancia de la dimensión social en la conformación del cuerpo y su carácter sintiente se hace productiva cuando pensamos en el género –dimensión crucial para esta investigación– también como práctica social. El ámbito interactivo y la atribución de significados que en esta se da al cuerpo es sobresaliente, Judith Butler nos recuerda que debemos

considerar al género como una forma de hacer, una actividad incesante performada, en parte, sin saberlo y sin la propia voluntad, no implica que sea una actividad automática o mecánica. Por el contrario, es una práctica de improvisación en un escenario constrictivo. Además el género propio no se “hace” en soledad. Siempre se está “haciendo” con o para otro, aunque el otro sea solo imaginario [...], los términos que configuran el propio género se hallan, desde el inicio, fuera de uno mismo y más allá de uno mismo, en una socialidad y que no tiene un solo autor (Butler, 2006a: 13-14).

Es dentro de la interacción que *hacemos el género*. Al mismo tiempo que Butler teorizaba una de sus dimensiones como práctica reiterativa, cierta sociología feminista estadounidense –desde un punto de vista teórico distinto, pero afín a los intereses butlerianos–, dedicó sus esfuerzos conceptuales a la preocupación de cómo se construye en la vida cotidiana. Candance West y Don Zimmerman propusieron “un nuevo concepto de género como un logro rutinario inmerso en la interacción diaria” (1987: 125).

Desde un desarrollo teórico muy potente y creativo, esta autora y este autor nos recuerdan que el género es una práctica que se desarrolla de manera

relacional en la vida diaria. A partir de reflexiones y casos empíricos de personas que estaban en las fronteras del binarismo sexo/genérico, nos recuerdan que asumir lo masculino y lo femenino en la vida diaria es un logro rutinario que materializa la relación de las personas con las normas y la organización social:

Pensamos que “hacer género” es emprendido por mujeres y hombres, cuya competencia como miembros de la sociedad es rehén de su producción. Hacerlo implica un complejo de actividades receptivas, interactivas y micropolíticas socialmente guiadas que conforman actividades particulares como expresiones de la “naturaleza” femenina y de la masculina (West y Zimmerman, 1987: 126).

La mirada crítica de West y Zimmerman permitieron no solo indicar que para que se cree el género es necesaria la interacción entre personas. Además, nos recuerdan que efectuarlo obedece a mecanismos de control social, “si hacemos género de manera apropiada, simultáneamente sostenemos, reproducimos y legitimamos los arreglos institucionales que están basados en la categoría sexual” (1987: 146).<sup>72</sup>

Judith Butler le ha hecho guiños a la teoría antropológica y filosófica sobre el ritual, para adaptar este concepto a la dinámica de producción del género.<sup>73</sup> Sin embargo, considero –como ha desarrollado Zenia Yébenes (2015)– que sería más productivo retomar a fondo la teorización antropológica del ritual que nos permite pensar en el cuerpo también desde sus manifestaciones sensitivas y no solo desde el lenguaje. Mencionaré de manera breve cómo ha teorizado Butler el ritual y después me enfocaré en los elementos que, desde la antropología, considero que pueden dar más pistas para reflexionar sobre el cuerpo como productor de prácticas significativas.

Al inicio de su obra académica, utilizando la noción de “drama social”<sup>74</sup> desarrollada por Víctor Turner, Butler nos indica que “Al igual que en otros dramas

---

<sup>72</sup> Conuerdo con Molly Moloney y Sarah Fenstermaker en que aunque “hacer el género no es lo mismo que performativizarlo [...]”; en ambas conceptualizaciones el género no es un atributo sino una actividad” (2002: 193-194).

<sup>73</sup> Véase, Butler, 1998; 2001; 2004; 2007; 2008.

<sup>74</sup> Para Turner “los rituales son constitutivos de la existencia cotidiana” (Díaz, 1998: 14), desde los dramas sociales “se concibe la vida social como un proceso eminentemente conflictivo y no armónico; sobre la anti-estructura y la liminalidad, en donde se pueden dar momentos de genuina revelación filosófica y de reflexividad que permitan descubrir las limitaciones e incompletud básica e insospechada del orden social, del lenguaje y el pensamiento, de la sociedad y la religión”

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 esta es la forma mundana y ritualizada de su legitimación. Aunque haya cuerpos individuales que desempeñan estas significaciones al estilizarse en modos de género, esta ‘acción’ es pública” (2007: 273).

Además de la noción de “drama social”, la autora introduce la idea de “actuación” y con el ejemplo de la “travestida”, propone que podemos entender cómo mediante actos paródicos se da la subversión de las normas de género, pues “la ‘travestida’ trastoca completamente la división entre espacio psíquico interno y externo, y de hecho se burla del modelo que expresa el género, así como de la idea de una verdadera identidad de género” (Butler, 2007: 267).

Estas ideas le generaron muchas críticas que hacían alusión a la incompreensión de la “performatividad” por lo difícil de sus argumentos al incorporar nociones posestructuralistas, por lo que algunas autoras vieron el aporte butleriano como uno con toques de determinismo lingüístico en el que el género se consolidaba solo mediante el lenguaje. Además, se le criticó entender al sujeto como “voluntarista” en una circunstancia en que las personas pueden “actuar” mediante “performances” los géneros que deseen.

Críticas a las que Butler no fue indiferente, sino que las retomó y aclaró en los siguientes textos que escribió sobre la performatividad del género. En un artículo que redactó originalmente en 1990, un año después de la salida al mercado de *El género en disputa*, utilizó nociones del discurso filosófico (sobre todo de la fenomenología), del antropológico y del feminista para pensar de manera explícita en la relación entre género, normas y actuación en el sentido teatralizado.

Respecto a la actuación del género, destaca: “La formulación del cuerpo como modo de ir dramatizando o actuando posibilidades ofrece una vía para entender cómo una convención cultural es corporeizada y actuada” (Butler, 1998:

---

(Díaz, 1998: 310). “La noción de drama social se propone revelar, describir y analizar el carácter multidimensional de la vida: las contradicciones estructurales, las inconsistencias de y los conflictos entre las normas, los grupos, los hombres y mujeres, las diferentes interpretaciones que todo conflicto necesariamente suscita” (Díaz, 2014b: 62, 63). Véase Turner, 1982; 1998; Díaz, 2015.

305). Además, intenta dejar atrás la dimensión individualista inmersa en muchas conceptualizaciones de la fenomenología e indica que, “de duración temporal dada dentro de la *performance* entera, los ‘actos’ son una experiencia compartida y una ‘acción colectiva’ [...]. El acto que uno hace, el acto que uno ejecuta, es, en cierto sentido, un acto que ya fue llevado a cabo antes de que uno llegue al escenario” (Butler, 1998: 306).

No le basta decir que el género se actúa; tampoco quiere soltar el aporte del ritual desde Victor Turner y lo vuelve a unir a una óptica feminista que no deje de lado la dominación y el ejercicio del poder para indicar que

una acción social requiere una *performance* repetida. Esta repetición es a la vez reactuación y reexperimentación de un conjunto de significados ya socialmente establecidos; es la forma mundana y ritualizada de su legitimación. En términos de un planteamiento explícitamente feminista del género como performativo, me parece claro que al plantear al género como ritualizado, la representación pública debe ser combinada con un análisis de las sanciones políticas y los tabúes bajo los cuales esta representación puede darse y puede no darse en la esfera pública, libre de consecuencias punitivas (Butler, 1998: 307).

Siguiendo estas nociones, Butler no abandonará la idea de la subversión de la norma, pues en términos de género, a pesar de que quienes lo actuamos, llegamos al “escenario” con “guiones” establecidos, estos son susceptibles de “interpretarse” de distintas maneras.

Tres años más tarde, esta autora escribe otro libro donde sigue respondiendo a las críticas arriba mencionadas. Enfocándose en el proceso de la materialización del “sexo”, retoma la noción de “acto” para indicar que la performatividad debe entenderse “como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (Butler, 2008: 18).

Asimismo, equipara la dimensión reiterativa de la performatividad con la del “ritual”, pues menciona que “como un efecto sedimentado de una práctica reiterativa o ritual, el sexo adquiere su efecto naturalizado y, sin embargo, en virtud de esta misma reiteración se abren brechas y fisuras que representan inestabilidades constitutivas de tales construcciones” (Butler, 2008: 29). Mediante la repetición de actos se sedimentan entonces el sexo y el género como ideales regulatorios.



Además, Butler aprovecha ese libro para extender un poco más la noción de “teatralización” (expuesta en los párrafos anteriores), producto de las críticas respecto al caso de la “travestida” o draga como subversión del género mediante la imitación paródica, y agrega que “es necesario explicar la teatralidad del género, en relación con ese carácter obligatorio de la cita. Aquí conviene no confundir teatralidad con autoexhibición o autocreación [...]. Esta clase de cita se manifestará como algo *teatral* en la medida en que *imite* y haga *hiperbólica* la convención discursiva que también invierte” (2008: 326, cursivas de la autora).

Es verdad que esta idea le ha atraído muchas críticas y ha generado mucha confusión. En aras de aclarar que performatividad no es lo mismo que *performance*, y que si se quiere realizar una analogía entre la actuación y la regulación del género en la vida cotidiana, quizá podríamos pensar en que la performatividad se produce a lo largo de un conjunto de *performances* o actuaciones que crean un estilo corporal que reproduce y a la vez, mediante la repetición, subvierte las normas genéricas –las cuales son obligatorias, preceden y exceden a los sujetos– dictadas por el régimen de la heterosexualidad. La autora lo explica de la siguiente manera:

En ningún sentido podemos llegar a la conclusión de que la parte del género que se “actúa” es la “verdad” del género; la “actuación” como un “acto” limitado se distingue de la performatividad porque esta última consiste en una reiteración de normas que preceden, obligan y exceden al actor y, en ese sentido, no pueden considerarse el resultado de la “voluntad” o la “elección” del actor, además, lo que se “actúa” sirve para ocultar, si no ya para renegar de aquello que permanece siendo opaco, inconsciente, irrepresentable. Sería un error reducir la performatividad a la manifestación de la actuación del género (Butler, 2008: 328-329).

Considero –como desarrollé con Hortensia Moreno– que esta relación performatividad/*performance* ha sido muy fructífera, pues ha permitido el diálogo entre los estudios de género posestructuralistas y los del *performance*,<sup>75</sup> donde lo *performático* ha “establecido un dominio de análisis que se sitúa en el espacio escénico sin separar lo propiamente ‘teatral’ de las expresiones postmodernas que

---

<sup>75</sup> Para un acercamiento a la antropología del performance, véase: Turner, 1987; Schechner, 2000; Guzmán y Díaz, 2015.

desafían las coordenadas dentro de las cuales se verifica el fenómeno de la representación dramática” (Moreno y Torres, en prensa).

Asimismo, es necesario hacer mención de las pugnas conceptuales que Butler ha tenido con la sociología, pues esta disciplina ha teorizado de manera constante la noción de “performance” y, cuando pensamos en la actuación o dramatización de la vida cotidiana, no podemos dejar de acudir al aporte de Erving Goffman (1989; 1991). Sobre los papeles a actuar en la vida social, Butler aclara:

en oposición a un punto de vista como el de Erving Goffman, que plantea un yo que asume e intercambia varios “papeles” dentro de las complejas expectativas sociales del “juego” de la vida moderna, estoy sugiriendo no solo que este yo es un irreparable “afuera” constituido en el discurso social, sino también que la adscripción de la interioridad es ella misma una forma de la fabricación de la esencia, públicamente regulada y sancionada (1998: 310).

Esto ha generado disparidades entre ambos aportes, pues Goffman parte de los sujetos como ejecutantes que existen antes de la puesta en acción de los performances, mientras que para Butler, quien actúa es producida/o en el acto. Estas disputas han creado confusión para las/os sociólogas/os quienes, cuando escuchan algo relacionado con la performatividad, hacen una asociación inmediata a su dimensión de actuación y al aporte goffmaniano de *performance*. Después de adentrarse en la obra butleriana, pareciera que el sociólogo canadiense parte de actuaciones voluntaristas llevadas a cabo por los sujetos, lo que hace imposible un diálogo entre cierta teoría sociológica y algún feminismo.

Chris Brickell hace un análisis minucioso de ambos planteamientos y nos aclara que el aporte goffmaniano no es del todo voluntarista como pudiera parecer a simple vista; “El análisis de Goffman sobre los marcos sugiere que los performances están siempre constreñidos por principios de organización [...]. De acuerdo con él, los actores individuales no son libres de enmarcar la experiencia como quieran” (2003: 60). Harold Garfinkel (2006), desde la etnometodología, muestra, mediante el caso de Agnes –una mujer transexual que consiguió una cirugía de reasignación de sexo al hacer creer a Robert Stoller que era una persona intersexual–, que “el género es un logro manejable y rutinizado que

involucran construcciones particulares del *self* así como nuestra representación de estos para los otros” (Brickell, 2003: 161).<sup>76</sup>

Aunque pueda parecer que para la sociología hay actores detrás de los *performances* y para Butler no, esta idea es contradictoria en la autora, pues a lo largo de su obra “a veces indica que sí hay alguien que realiza o interpreta el género. [Además] actuar no equivale a mencionar que somos sujetos soberanos. Nos convertimos en nosotros mediante procesos e interacciones sociales; construimos biografía con los recursos disponibles en la cultura” (Brickell, 2003: 166-167). En el mismo sentido argumentativo, Stevi Jackson indica que a Butler le falta reconocer el papel de la interacción de los individuos que han encarnado las normas, pues es aparente

la inhabilidad de Butler de conceptualizar los límites sociales en su perspectiva [...]. De hecho, muchas de sus teorizaciones tienen antecedentes sociológicos. Sus nociones del género como algo constituido mediante *performance* tienen una larga historia en la sociología que datan desde el trabajo de Goffman y Garfinkel, trabajos que ella no conoce o elige ignorar [...]; muchas de sus ideas son, desde un punto de ventaja para la sociología, no tan originales como pudieran parecer (1999, s/p).

Además, agrega Brickell, tal vez sí se puede entablar una conversación entre ambos marcos conceptuales pues “Goffman ve el *self* como el efecto de los *performances*. Su concepto de *self* no es una esencia coherente de quien simplemente lo realiza, sino algo que emerge a través de el involucramiento de un actor en los *performances* llevados a cabo durante la interacción” (2003: 171), noción que se haría compatible con la del sujeto butleriano como efecto de los actos corporales y discursivos.

Posteriormente, en *Lenguaje, poder e identidad* (2004), Butler amplía un poco más el uso de la noción de “ritual”. En esta obra, es evidente que sigue pensando desde el lenguaje en los procesos de producción del género. Rescata desde John Austin el papel de los enunciados como rituales: “En tanto que enunciados, funcionan en la medida en que se presentan bajo la forma de un ritual, es decir, repetidos en el tiempo, y por consiguiente, presentan un campo de acción que no se limita al momento del enunciado mismo” (2004: 18).

---

<sup>76</sup> Para un acercamiento al género desde la etnometodología véase también el potente trabajo de Kessler y McKenna, 1978.

Siguiendo la noción de actos de habla “ilocucionarios”, o los que producen algo cuando lo enuncian, rescata que la enunciación está delimitada por convenciones sociales, es decir por rituales que dan sentido a la vida social y que sirven como condiciones de posibilidad de los actos de habla. Butler compara esta noción con la ideología de Althusser, de la que le interesa resaltar que los rituales producen a los sujetos, pues “el ritual es material en la medida en que es productivo, es decir, porque produce la creencia que parece estar ‘detrás’ de él” (2004: 50).<sup>77</sup>

Asimismo, buscando ampliar la dimensión lingüística e ideológica del ritual, Butler acude a la obra de Pierre Bourdieu para entender los elementos sociales de los rituales y la performatividad.<sup>78</sup> En un inicio, la convence la noción de *habitus* pues le hace pensar en el proceso de incorporación encarnado de las normas, así como en el cuerpo como efecto de la memoria y productor de prácticas: “El *habitus* se refiere a aquellos rituales incorporados por los cuales una cultura dada produce y mantiene la creencia en su propia ‘evidencia’ [...]; el sentido práctico es soportado por el cuerpo, un cuerpo que no es un mero dato positivo, sino el depositario o el lugar de una historia incorporada” (2004: 246).

Sin embargo, permanece crítica ante las pocas posibilidades que el autor francés da para la subversión de las normas: “al dar un carácter estático a las instituciones sociales, Bourdieu no explica la lógica de iterabilidad que rige la posibilidad de transformación social” (Butler, 2004: 239). La sombra derrideana no deja de aparecer en las reflexiones de Butler, quien ve en la iterabilidad una buena opción para pensar en la ruptura de las normas mediante la repetición. Sin embargo, al mismo tiempo, parece que le es insostenible un acompañamiento teórico entre ambos autores. El resultado será el reconocimiento por parte de Butler de la dimensión social ritualizada que plantea Bourdieu sobre el *habitus*,<sup>79</sup> así como de las posibilidades de resignificación lingüística de Derrida, pero un

---

<sup>77</sup> Véase también el desarrollo de esta idea en Butler, 2001: 133, 134, 140.

<sup>78</sup> Una propuesta de la posible relación conceptual entre la noción del “ritual” propuesta en Butler, con la de la sociología desarrollada por Randall Collins puede verse en Torres, 2013; 2014.

<sup>79</sup> Para interpretaciones sociológicas sobre el cuerpo como productor de sentido, desde la obra de Bourdieu, véase, Sabido, 2007; 2011; 2013. Para el análisis del *habitus* en palabras del autor en mención, véase Bourdieu, 1991.

distanciamiento de ambos al percibir una especie de determinismo social del primero y lingüístico del segundo.<sup>80</sup>

Este debate le ha servido, sin duda, para reflexionar en la comprensión de los sujetos como efecto de las relaciones corporales con las normas:

De hecho, la norma solo persiste como norma en la medida en que se representa en la práctica social y se reidealiza y reinstituye en y a través de los rituales sociales diarios de la vida corporal. La norma no tiene un estatus ontológico independiente; sin embargo, no puede ser fácilmente reducida a sus casos: ella misma es (re) producida a través de su incorporación, a través de los actos que tratan de aproximarla, a través de las idealizaciones reproducidas en y por esos actos (Butler, 2006a: 78).

Así el vaivén de la noción de ritual en Butler, la cual, aunque ha transitado entre la relación cuerpo/actuación/materialización/*habitus*, ha mantenido en el centro del debate las nociones de “acto” y “repetición” que realizan los sujetos de las normas en tanto que las reproducen y las reformulan.<sup>81</sup> Sin embargo, considero que a pesar de los esfuerzos de esta autora por enmarcar el análisis del cuerpo dentro de la noción del ritual, el resultado no ha sido del todo fructífero.

Ya hace más de una década, Butler mantuvo intensos debates con autoras que indicaron que no todos los actos de habla pueden contener lo que hace el cuerpo. Uno de los más interesantes ha sido el que mantuvo con Shoshana Felman (2003), lo que le permitió agregar a Butler en su teorización que: “El hecho de que el acto de habla sea un acto corporal no significa que el cuerpo está totalmente presente en su habla. La relación entre habla y cuerpo es un quiasmo. El habla es corporal, pero el cuerpo a veces excede el habla; y el habla permanece irreductible a los sentidos corporales de su enunciación” (2004: 251).

---

<sup>80</sup> Como indica la autora: “Si consideramos que el *habitus* funciona según una performatividad, entonces parece que la distinción teórica entre lo social y lo lingüístico es difícil, si no imposible, de mantener. La vida social del cuerpo se produce por medio de una interpelación que a la vez es lingüística y productiva. El modo en que esta llamada interpelativa sigue llamando para tomar forma en un estilo corporal, que a su vez realiza su propia magia social, constituye la operación tácita y corpórea de la performatividad” (Butler, 2004: 247). También, en la introducción que escribió en la conmemoración de la primera década de *El género en disputa* y traducción a otros idiomas, agrega que “el discurso no es exclusivo ni de la presentación corpórea ni del lenguaje, y su condición de palabra y obra es ciertamente ambigua” (2007: 31).

<sup>81</sup> David Córdoba agrega que entonces la condición de 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” (Córdoba, 2003:92).

La noción de performatividad como reiteración ritualizada del género que consigue su efecto en el cuerpo es muy útil para esta investigación.<sup>82</sup> Propongo enriquecerla con la teoría antropológica para, junto a las cadenas de rituales de interacción, analizar cómo el cuerpo y sus manifestaciones afectivas construyen la serodiscordancia.

Aunque es evidente que a Butler parece quedarle claro que hay manifestaciones corporales que escapan del lenguaje –como también se está teorizando desde el análisis de los afectos–, “muy a su pesar”, como indica Yébenes (2015: 72), su teorización no da cabida a las prácticas que no necesariamente forman parte del lenguaje,<sup>83</sup> por lo que me interesa resaltar que un “acto no lingüístico también se vuelve significativo” (Moreno y Torres, en prensa) y es performativo pues, en la medida en que es acto, contribuye a “hacer cosas” con el cuerpo y contribuye a la construcción de la subjetividad, pues en la teoría antropológica feminista, “se sugiere [ver el cuerpo], más bien, como punto de partida y llegada del proceso de materialización” (Muñiz, 2010: 46; 2014: 306). Estos procesos culturales están ritualizados, como agrega Rodrigo Díaz:

Los rituales mismos producen situaciones, crean horizontes desde los cuales se tiene un rasgo de visión de la propia sociedad y forma de vida [...]. Horizontes donde, a veces se expresan los intereses y las emociones de los actores, sus intenciones y deseos; donde se vuelcan los movimientos de los cuerpos disciplinados, los dispositivos de poder y las prácticas estructuradas, pero también donde “hablan” los cuerpos intoxicados, donde se despliegan revelaciones filosóficas que promueven la reflexividad y la creatividad (1998: 314-315).

Entonces, la antropología del ritual ha analizado la configuración del cuerpo, no solo desde la dimensión meramente lingüística; también “tiene importantes aportes que hacer al poner en evidencia acciones significativas que no son actos de habla” (Yébenes, 2015: 72; Hollywood, 2002). Aporte que abona a esta investigación

---

<sup>82</sup> Para un trabajo que complejiza el recorrido de la noción de performatividad en Butler, desde la discursividad, la identidad, la contextualidad y la materialidad, véase Moreno y Torres, en prensa.

<sup>83</sup> Como indica Yébenes, “Para Butler, la materialidad está unida a la significación desde el principio; sin embargo, que esté unida a la significación no quiere decir en absoluto que se disuelva en ella” (2015: 72).

para entender al cuerpo no solo desde sus discursos, sino también desde sus prácticas.<sup>84</sup>

Así, los rituales y prácticas corporales son cruciales, junto a los actos de habla, para la conformación de los cuerpos y sus manifestaciones. Como agrega Yébenes:

Los rituales y las prácticas corporales no portan un significado simbólico que está allí para ser descifrado, sino que son performativos, hacen cosas. Desde esta perspectiva, sin ser actos de habla, funcionan de manera análoga: aquello a lo que se refieren se constituye en la acción misma. *Crean cierto tipo de sujetos, de disposiciones, de emociones y deseos* (2015: 73, cursivas de la autora).

Estos procesos rituales en los que las personas emplean estrategias de socialización y privilegian algunas prácticas corporales significativas por encima de otras, para darle sentido a su existencia, es lo que Catherine Bell denominó “ritualización” (2009: 7-8, 98). Esta, al realizar cosas, “distingue, con lo cual también es eminentemente performativa.”<sup>85</sup> “Los actos rituales deben ser entendidos en un marco semántico donde el significado de la acción depende de su lugar y relación, dentro de un contexto, con todas las otras formas de actuar: qué repiten, qué invierten, a qué aluden y qué niegan” (Yébenes, 2015: 73-74). La ritualización entonces es productiva, produce cuerpos ritualizados “mediante la interacción del cuerpo con un ambiente estructurado y estructurante” (Bell, 2009: 98). La ritualización como, agrega Rodrigo Díaz, “es ante todo una práctica [...], está enraizada en el cuerpo, opera sobre el cuerpo, lo manipula, lo transforma, aunque sea fugazmente” (2014b: 160-161).

---

<sup>84</sup> Retomo de la antropología la noción de “prácticas corporales”, desarrollada en México por Elsa Muñiz, quien, inspirada en Foucault, pero sobre todo en Butler, indica que el análisis de “este tipo de prácticas permitirá la comprensión del cuerpo y la corporalidad” (2010: 38) ya que los cuerpos se materializan por la performatividad corporal, pero también por las prácticas, las cuales define como “sistemas dinámicos y complejos de agentes, de acciones, de representaciones del mundo y de creencias que tienen esos agentes, quienes actúan coordinadamente e interactúan con los objetos y con otros agentes que constituyen el mundo; si consideramos que forman parte del medio en que se producen, es decir, que son históricas, estaremos de acuerdo en que los procesos cambiantes que las caracterizan y diferencian no son independientes de la transformación del medio y/o del contexto en el que se desarrollan” (2010: 41-42; 2014: 301. Véase también Muñiz, en prensa).

<sup>85</sup> Rodrigo Díaz agrega que “las ritualizaciones conforman en realidad redes de acciones, entretejimientos, en las que intervienen tanto actores humanos como actores no humanos, creencias, reglas, prácticas” (2014b: 160).

La noción de ritualización es compatible con la noción butleriana de performatividad, pues en ambas el poder es crucial en la reiteración de los actos: “la ritualización es una estrategia para la construcción de una relación limitada y limitadora de poder” (Bell, 2009: 8), donde se crea “la producción de un agente ritualizado capaz de ejercer físicamente un esquema de subordinación o insubordinación” (Bell, 2009: 100). Asimismo, ambas nociones vieron, dentro de la repetición la oportunidad para negociar el poder.

La ritualización entonces, agrega Yébenes, “tiene que ver con que los sujetos sociales y sus relaciones se generan a través de las prácticas corporales de la vida ritual” (2015: 74). Esta misma autora ilustra el punto teórico de unión entre Butler y Bell:

Al cuestionarse sobre la relación entre ritualización y poder, Bell argumenta que el poder y sus disposiciones se generan y regulan mediante eso que Butler llamaría una “reiteración ritual”, y no en algo exterior a la reiteración ritual misma. La repetición es, al menos en cierto sentido, la condición mínima –restrictiva y constrictiva– de formalización que es constitutiva del proceso de socialización [...]. Este aspecto reiterativo establece la continuidad entre las prácticas corporales, a lo cual Bell llamaría las prácticas corporales que han sido ritualizadas. Ambas dependen de la iterabilidad para significar y constituir realidades (2015: 74).

Es así como propongo pensar conceptualmente el ritual y las prácticas como productoras de sentido, con estas tenemos “los elementos implicados en la performatividad: el lenguaje –implicado en el acto de la enunciación–, el cuerpo del ‘yo’ que realiza el acto, y el mundo social, representado en las convenciones y rituales necesarios para su cumplimiento” (Moreno y Torres, en prensa). Después de este rastreo teórico que nos permitió adentrarnos a la dimensión ritualizada y de prácticas corporales que conforman la vida emocional de las personas, es momento de reflexionar de manera breve sobre estos elementos inmersos en la serodiscordancia.

### 2.3 Vulnerabilidad, emociones y serodiscordancia

Entender al cuerpo y sus manifestaciones emocionales es crucial para esta investigación. Entenderlo desde los afectos y las emociones no debe hacernos



olvidar que “el cuerpo es un fenómeno social: es decir, que está expuesto a los demás, que es vulnerable por definición” (Butler, 2010: 57).

El cuerpo “no es una mera superficie en la que se inscriben los significados sociales, sino aquello que sufre, se alegra y responde a la exterioridad del mundo, una exterioridad que define su disposición, pasividad y actividad” (Butler, 2010: 58). Los cuerpos afectados por el VIH/sida son muestra de la vulnerabilidad diferenciada a la que están expuestos por el estigma que este padecimiento conlleva. Dado que los afectos involucrados en este padecimiento están regulados, en este caso, por el régimen político-discursivo de la heterosexualidad, las personas que no obedecen linealmente al régimen quedan relegadas en muchos casos a la esfera de la ininteligibilidad.

El VIH/sida, como muchos padecimientos, es uno con tintes altamente emocionales. Además de la relación de subordinación con la heteronorma, la relación de la biomedicina con los sujetos sin duda también es emocional, y debe quedar documentada para comprender no solo cómo esta disciplina científica construye corporalidades, sino también cómo se viven desde las personas implicadas.<sup>86</sup> Como bien ha documentado Joseph Dumit, a partir de una etnografía que realizó en Estados Unidos sobre algunas empresas farmacéuticas: “Los hechos biomédicos identifican los riesgos e inducen la ansiedad, esperanza y ocasionalmente negación. A través de una gramática personalizada, crean una relación entre nosotros y la verdad que en la mayoría de los casos debemos aprender a vivir, intentar buscar otras alternativas para sobrellevarla o intentar olvidarla” (2012: 21).

Aunque lo desarrollaré en los próximos capítulos, baste con mencionar por ahora que el diagnóstico reactivo al VIH generó en todas las personas que entrevisté una mezcla de emociones que a veces es difícil de explicar. Las personas entrevistadas transitaron del miedo a la tristeza, angustia, culpa,

---

<sup>86</sup> Para el caso de la sociología mexicana, Roberto Castro ha suministrado propuestas teóricas para el análisis sociológico de los procesos salud-enfermedad-atención. Véase Castro, 2011a; 2011b.

depresión, que remitieron a un contacto directo con la muerte, sensaciones que han resignificado poco a poco.<sup>87</sup>

Vivir la experiencia de la serodiscordancia también ha sido emocionalmente complejo. Cuando alguien revela su diagnóstico a la otra persona involucrada en el vínculo, el miedo de quien no vive con el VIH, la culpa por una posible transmisión y la tristeza también estuvieron muy presentes en las/o involucradas/os. La resignificación de la información científica respecto al padecimiento, así como la convivencia con otras personas con experiencias similares en grupos de auto apoyo, han contribuido a que, mediante redes afectivas, encuentren un nuevo sentido al VIH/sida y continúen con el vínculo.

Dentro de la regulación diferenciada de los afectos y las emociones, el VIH/sida es muestra clave de cómo el duelo por las personas que han muerto por este virus, en la mayoría de las ocasiones, no es reconocido en la esfera pública. Ni siquiera en otras en el ámbito privado. Muchas veces se oculta la causa de la muerte de alguien para evitar la relación con el estigma que forma parte del padecimiento. Como bien indica Butler: “Cuando hablamos de duelo abierto o de indignación, estamos hablando de unas reacciones afectivas que están sumamente reguladas por regímenes de poder y, a veces, sometidas a censura explícita” (2010: 66).

A lo largo de los acercamientos etnográficos que he realizado con varones y como parte de mi vida, he visto que en el ambiente social del homoerotismo las personas están más familiarizadas con el tema, que en los ambientes de las prácticas hetero-erótico-afectivas. Un chiste común para muchos varones homosexuales, cuando alguien baja de peso, se relaciona con indicar que la causa es el VIH; mientras que, sobre todo para las mujeres, el padecimiento pasa inadvertido o es inexistente hasta que forma parte de sus vidas o la de las personas con las que tienen un vínculo.<sup>88</sup>

---

<sup>87</sup> Véase también, Torres, 2013: 165-212.

<sup>88</sup> Esto es más complejo de lo que planteo aquí. Los procesos de invisibilización del padecimiento en las mujeres a veces remiten a que no hay tantas políticas públicas o campañas de prevención destinadas a ellas; en otros casos, también ha sido una estrategia que algunas mujeres utilizan para no portar el estigma que conlleva el VIH/sida. Esto lo desarrollo más adelante.

“Sentir” más empatía con unas causas que con otras, también atiende en muchos casos a cómo se distribuye el afecto. “Los dispositivos de regulación de las sensaciones consisten en procesos de selección, clasificación y elaboración de las percepciones socialmente determinadas y distribuidas” (Scribano, 2011: 102). Como ya lo indiqué en los apartados anteriores de este capítulo, la socialización es crucial para la distribución de las sensaciones, emociones y afectos. Como agrega Butler, “El afecto depende de apoyos sociales para sentir: llegamos a sentir solo con relación a una pérdida percible, la cual depende de estructuras de percepción sociales; y solo podemos sentir afecto, y reivindicarlo como propio, a condición de estar ya inscritos en un circuito de afecto social” (2010: 80).

“La manera en que soy encontrado, o sostenido, depende fundamentalmente de las redes sociales y políticas en las que vive el cuerpo, de cómo soy considerado y tratado y de cómo esta consideración y este trato hacen visible o no dicha vida” (2010: 83), indica Butler, la vida corporal depende de las ritualizaciones que llevamos a cabo de la vida diaria, pero para el caso el VIH/sida, ha dependido también, en gran medida, de la política y del poco reconocimiento que ha tenido para el Estado, que en términos butlerianos, emplea ciertos marcos normativos para indicar qué vidas merecen vivir y cuáles son dignas de ser lloradas.

Ejemplo de los efectos de la regulación de los afectos de manera diferenciada para el VIH/sida los podemos encontrar en investigaciones que se han realizado desde la antropología y la sociología que rescatan la vivencia del padecimiento. Si sumamos más factores a la experiencia de vivir con el virus que se traducen en precarización inducida,<sup>89</sup> podemos ver los procesos emocionales que forman parte de esta. En México, los casos de indígenas que viven con el virus han dado muchas pistas al respecto.<sup>90</sup> Rescato el análisis que realiza Guillermo Núñez sobre uno de los informantes que participaron en su investigación sobre VIH/sida, indígenas, homoerotismo y migración. Veamos cómo

---

<sup>89</sup> Véase el capítulo I para una definición.

<sup>90</sup> Hay que recordar que la vivencia del padecimiento en estos casos suele ser más compleja, y que en muchos contextos rurales el VIH/sida es una causa de muerte importante, pues no existe la misma cobertura de medicamentos ni abordaje al respecto. Véase Núñez, 2007, 2009, 2011; Reartes, 2011; Ponce y Núñez, 2011; Ponce, 2016.

se viven los estragos de la *racialización* de manera emocional y cómo la sensibilidad también está atravesada por el riesgo respecto al padecimiento, y esto es aplicable a mujeres y hombres, en relaciones heteroafectivas u homoafectivas.

Es de destacar la manera en que esta situación emocional que combina la vivencia de la marginalidad por ser indígena y pobre y el deseo hacia personas “blancas y finas”, como define Humberto, condicionan en él la aceptación de formas de relación y trato no muy equitativas por parte de sus parejas, a veces claramente agresivas. Asimismo, cabe preguntarse hasta qué punto también esa situación emocional de soledad, que se intensifica en la medida en que la familia no conoce su disidencia sexual o de género, de necesidad afectiva, de anhelo amoroso, de deseo de aceptación, de inseguridad provocada por el racismo y el clasismo, puede conducir a aceptar relaciones sexuales que involucran riesgos. La noción de entrega amorosa como entrega sin reservas o temores al VIH parece confluir con el sentimiento de haber encontrado un bien escaso al que no se atreve a hacer demandas, a riesgo de perderlo. Creo que esto puede explicar el hecho de que Humberto no haya utilizado, ni utilice, condones con las personas con quien siente una atracción más que sexual, amorosa, así sea la primera relación (2009: 491-492).

Ahora bien, que haya personas que vivan en precariedad inducida no significa que debamos comprenderla como una condición determinista donde no haya posibilidades de resistencia. Ya lo indicó Butler, aunque las respuestas afectivas

apelan a y realizan ciertos marcos interpretativos; también pueden cuestionar el carácter supuesto de estos marcos y de esa manera suministrar condiciones afectivas para la crítica social [...]; si este estatus precario puede convertirse en condición de sufrimiento, también sirve a la condición de la capacidad de la respuesta, a la condición de una formulación del afecto entendida como un acto radical de interpretación frente al sojuzgamiento indeseado (2010: 59, 93).

Por ejemplo, en los contextos urbanos se han generado respuestas corporales críticas que demandan mejor atención médica para las personas afectadas por el VIH/sida. Siguiendo lo planteado respecto a las prácticas corporales ritualizadas en tanto teatralización, podemos reflexionar cómo es que mediante protestas que se han llevado a cabo por muchas personas a lo largo de todo el mundo, mujeres y varones han puesto su rostro, testimonio y cuerpo para darle “cara” al padecimiento y exigir cambios: “es imposible oponer lo teatral a lo político dentro de la política *queer* contemporánea” (2008: 327), agrega Butler.

En el mismo tenor, indica Ahmed, “El activismo alrededor del sida produjo obras de duelo colectivo que buscaban hacer presente la pérdida de las vidas queer dentro de la vida cultural pública” (2014: 156). Butler también nos recuerda cómo en Estados Unidos, los movimientos sociales *queer* de inicios de la década de 1990 fueron cruciales para el activismo del VIH/sida:

La creciente teatralización de la indignación política en respuesta a la nefasta falta de atención de los responsables políticos en la cuestión del sida aparece como una alegoría en la recontextualización de lo “*queer*” que pasó de ocupar un lugar en la estrategia homofóbica de la abyección y la aniquilación a constituir una insistente condena pública de aquella interpelación desde el efecto de la vergüenza. Puesto que la vergüenza se produce como el estigma no solo del sida sino también de la condición *queer* y que esta última se considera, según la argumentación homofóbica, como la “causa” y la “manifestación” de la enfermedad, la cólera teatral es parte de la resistencia pública a aquella apelación a la vergüenza (2008: 328).

En México, también han existido respuestas corporales afectivas que se han realizado en el espacio público para demandar mejor atención médica a las personas afectadas por el padecimiento. Un evento que retoma la teatralidad y el *performance* como estrategias para el activismo, lo podemos encontrar con la “Caminata nocturna silenciosa en conmemoración a los muertos por Sida”, como se le llamó en su implementación a finales de 1980, o “La caminata nocturna silenciosa”, nombre que adquirió después de unos años.

Fueron eventos que se celebraron por más de dos décadas en la Ciudad de México. Organizados principalmente por las organizaciones de la sociedad civil de lucha contra el VIH/sida y replicando la *Candlelight Memorial* de algunas ciudad de Estados Unidos, la “Caminata nocturna silenciosa” consistió en montar un tianguis informativo en algún sitio emblemático del centro de la Ciudad de México, proporcionar información sobre uso del condón y VIH/sida, para después de las 18:00 hrs, aprovechar la oscuridad de la noche, encender velas y caminar en silencio como forma de protesta.<sup>91</sup>

Esta marcha, celebrada regularmente entre mayo y julio, se unió para 1990 a otros eventos como la “Velada en Memoria de los Muertos por el Sida, el 2 de noviembre; la instalación de Altares de Muertos en Memoria de las Personas que

---

<sup>91</sup> Véase Hernández, 2012 y su interesante análisis de este evento, desde su aparición en 1990.

han Fallecido a Causa del Sida” (Hernández, 2012: 317-318). Eventos muy importantes para el país, pues surgieron a iniciativa del activismo y mediante la teatralización, personas afectadas e involucradas con el VIH/sida utilizaron el cuerpo como canal de denuncia, y en algunos casos, como en los eventos de noviembre, utilizaron elementos culturales como la veneración a la muerte, para recordar a los que murieron por el virus y exigir mejora en el acceso a tratamientos antirretrovirales, atención médica digna e información que contribuya a eliminar el estigma asociado a este padecimiento.<sup>92</sup>

El papel del silencio fue muy relevante en estos eventos, pues sirvió para buscar la protesta mediante el cuerpo, prescindiendo del habla. El miedo, vergüenza –como lo menciona Butler para el caso estadounidense–, tristeza por haber perdido a un ser querido y el coraje ante la falta de atención estatal sirvieron como emociones que juntaron y movilizaron estos cuerpos para buscar mejores alternativas de vida mediante “rituales de protesta modernos con un enorme contenido simbólico y cultural” (Hernández, 2012: 332).

Así, han estado presentes las emociones dentro de los procesos de vulnerabilidad y precariedad inducida propios del VIH/sida. Como hemos visto, la dimensión afectiva es crucial para este padecimiento, pues no solo aflora cuando el diagnóstico reactivo o la serodiscordancia surge en las personas, las emociones también son un canal de movilización corpóreo/afectiva y forman parte de la respuesta política hacia la enfermedad.

Después de analizar el papel de las emociones dentro del VIH/sida, es momento de analizar de manera conceptual tres procesos emocionales que estuvieron presente en los relatos de las personas que participaron en esta investigación: abyección, amor y miedo.

---

<sup>92</sup> Las representaciones en torno al VIH/sida por parte de grupos conservadores han estado asociadas a la muerte, la devastación y el sufrimiento. La probabilidad de contagio ha generado, en algunos sectores de la población, segregación al pensar que es un padecimiento de varones con prácticas homoeróticas, así como pánico de adquirirlo en algún momento de la vida y enfermar. Véase Treichler, 1987; Sontag, 2003; Vaggione, 2009.

### 3. Emociones y serodiscordancia

Realicé este capítulo a partir de la transcripción y lectura de las entrevistas y registros que permanecieron en mi diario de campo a lo largo de un año que duró el acercamiento etnográfico. Decidí que las emociones que me manifestaron las/os interlocutoras/es fueran las que guiaran mi búsqueda conceptual, y no las que yo creía que forman parte de la serodiscordancia.

Me enfoco en tres procesos emocionales que creo que sobresalieron de manera permanente: abyección,<sup>93</sup> amor y miedo. Hay otros que también fueron importantes –como la culpa–, pero que prefiero conceptualizar a partir de los datos empíricos. Por ahora, me remitiré de manera breve a cómo han sido teorizados estos tres procesos en la teoría feminista y sociológica, y posteriormente profundizaré en sus manifestaciones sensitivas a la luz de los testimonios de las personas que participaron en la investigación en los siguientes capítulos. Lo anterior no para definirlos, sino para, de acuerdo con el modelo de “la socialidad de las emociones”, preguntar qué hacen, cómo trabajan para generar el contorno en que los cuerpos se ubican –o son ubicados– en una posición de abyección, que sienten miedo y que han experimentado “el amor” en un vínculo serodiscordante.

Indagar en la función sociocultural de las emociones y su papel en la categorización de las experiencias corporales nos permite entender los estados afectivos como procesos complejos donde las personas experimentan diversas sensaciones que varían de acuerdo a cada emoción. Es decir, la abyección, el amor y el miedo tienen distintos ángulos y posibilidades de resignificación que transcurren –como indicó Elias (1999)– entre valencias positivas y negativas. Procedo a presentar estos procesos; su orden alude a la relevancia que creo que tienen en los casos que investigué.

---

<sup>93</sup> Las personas entrevistadas no se refirieron a la “abyección” como tal. Sus testimonios hicieron alusión a la sensación de sentirse “fuera de”, “desplazadas/os”, “excluidas/os”. Decidí interpretar estas ideas a la luz de los debates conceptuales en la teoría feminista sobre la abyección y relacionarlos con estas sensaciones emocionales desde la vivencia de la heteronorma y de la imbricación de los dispositivos biomédico y de la sexualidad.

### 3.1 Abyección y afectividad

Si bien no considero que la abyección es una emoción *per se*, sino más bien, una dimensión relacional de exclusión, me parece que es necesario reflexionar sobre las emociones que la posición de abyecta/o despliega. Ha sido la *queer theory*, sobre todo Judith Butler, quien impulsó esta noción a partir del planteamiento de Julia Kristeva, quien la definió como una frontera, “un don repulsivo que el Otro ha convertido en *alter ego*, deja caer para que ‘yo’ no desaparezca en él, y encuentre en esta sublime alineación una existencia desposeída” (2006: 18). Desde su postura, lo que vuelve abyecto a alguien es “aquello que perturba una identidad, un sistema, un orden. Aquello que no respeta los límites, los lugares, las reglas. La complicidad, lo ambiguo y lo mixto” (2006: 11).

Ahora bien, es necesario notar que, de acuerdo con Rodrigo Parrini, Butler sigue parcialmente la línea conceptual de Kristeva respecto de lo abyecto. “Si para Kristeva, el otro delimita un espacio, pero mediante la posesión y la repugnancia, para Butler lo clausura a través de la exclusión y la dominación [...]. En Kristeva la abyección desbarataba las identidades, pero en Butler las funda y las consolida” (2013: 40).

Es la línea butleriana la que sigo para esta investigación. Cuando analiza el papel de la heterosexualidad como régimen discursivo, la autora afirma:

Esta matriz excluyente mediante la cual se forman los sujetos requiere pues la producción simultánea de una esfera de seres abyectos, de aquellos que no son “sujetos” pero que forman el exterior constitutivo del campo de los sujetos. Lo abyecto designa aquellas zonas “invivibles”, “inhabitables” de la vida social que, sin embargo, están densamente pobladas por quienes no gozan de la jerarquía de los sujetos, pero cuya condición de vivir bajo el signo de lo “invivible” es necesaria para circunscribir la esfera de los sujetos (Butler, 2008: 19-20).

Es la noción del “exterior constitutivo” lo que le permite describir a Butler cómo se genera esta fuerza de exclusión en la que la heterosexualidad será la que produce a los sujetos y hará que algunas vidas sean más “vivibles” e inteligibles que otras, pues “la heteronormatividad no solo define una práctica sexual normativa, también una manera normal de vivir” (Jackson, 2006b: 107).



Como ya lo he indicado a lo largo de este capítulo, es mediante la interacción y las prácticas ritualizadas de la vida diaria que se crea la vida corporal en relación con las normas. “Los agentes sociales mediante sus actividades encarnadas construyen, representan y hacen sentido de la vida diaria generizada y sexualizada” (2006b: 108), dice Stevi Jackson desde una postura sociológico-feminista. Dado que las normas aparecen “*como* la superficie de los cuerpos [...]”; la heteronormatividad afecta las superficies corporales que emergen a través de las impresiones que realizan otras personas”, agrega Ahmed (2014: 145, cursivas de la autora).

La condición de desecho propia de la abyección es eminentemente emocional. Carlos Figari dice que es necesario prestar atención a las emociones inmersas en la abyección, porque “estas son las que permiten visualizar claramente cómo aparecen socialmente manifestadas las regulaciones culturales en torno a las diferencias que se escriben en los cuerpos” (2009: 131). Rodrigo Parrini, por otra parte, añade que podemos pensar la abyección como una dimensión estructural, así como “una torsión de pensamientos y afectos, que si bien corresponde a una frontera ambigua, también permite crear una estructura de heterogeneidad que, a largo plazo, produciría una novedad afectiva y representacional en el campo de la sexualidad” (2013: 51).<sup>94</sup>

Sara Ahmed dice: “Es importante considerar cómo la heterosexualidad funciona poderosamente no solo como una serie de normas e ideales, sino también a través de las emociones que moldean cuerpos y mundos; las (hetero)normas son investimentos que pueden ser asumidos por sujetos” (2014: 146-147).

Evidentemente, al ser la abyección una condición emocional, también es corporal, con claras dependencias sociales: “En el campo de lo ético y normativo las valoraciones discurren entre lo bueno y lo malo, lo sano y lo enfermo, lo legal-ilegal, normal-anormal [...] y en el terreno de las emociones, lo abyecto básicamente discurre entre la repugnancia y la indignación” (Figari, 2009: 133).

---

<sup>94</sup> Este autor plantea una sugerente conceptualización ambivalente de la abyección y da pistas conceptuales de cómo pensar en la justicia a partir de esta. Para profundizar en su propuesta véase, Parrini, 2013.

La vida ritual corporal<sup>95</sup> en la condición de abyecta/o “adquiere una relevancia singular, pues constituye, gesta, trabaja con clasificaciones, opera con cuerpos, y por tanto con la posibilidad de que afloren las abominaciones, la suciedad, procesos contagiosos” (Díaz, 2014b: 246). Si pensamos en las experiencias serodiscordantes, podemos ver claramente cómo operan estos órdenes clasificatorios del cuerpo, pues como indica Ahmed, “producir repugnancia es, sobre todo, *ser afectada/o* por lo que ha sido rechazado” (2014: 86, cursivas de la autora).

La abyección en la serodiscordancia tiene varios matices significativos: por un lado hace alusión a la “falta” de salud, a la condición de “enferma/o”, ausencia que impacta la percepción de las personas sobre sí mismas; por otro lado, a la connotación predominantemente sexual que conlleva el padecimiento, que en muchos casos que he documentado, hace referencia a una “falla” al mandato de la norma sexual –al caracterizar al padecimiento como algo propio de las prácticas homoeróticas y/o de los homosexuales–, o de los acuerdos establecidos en un vínculo erótico-afectivo a partir de la monogamia –el diagnóstico reactivo a VIH ha representado en algunos casos la prueba de infidelidad–. Es en esta tensión compleja, como agrega Adrián Scribano, “entre precariedad, borde y abyección, que pueden entenderse muchas de los miles de prácticas sociales en torno al disfrute, la esperanza y el amor” (2011: 5).

En los vínculos homoerótico-afectivos serodiscordantes, la sensación de abyección se hace presente al no adecuarse a la heteronorma: “Los afectos negativos del ‘no precisamente’ vivir en las normas nos muestran cómo amar amores que no son ‘normativos’ implica someterse a los costos y daños provocados cuando no las seguimos” (Ahmed, 2014: 146). Este estigma<sup>96</sup> produce

---

<sup>95</sup> Esta vida ritualizada que instauro el régimen político-discursivo de la heterosexualidad se constituye mediante la cotidianeidad, la cual “es también su afectividad, que está envuelta en ceremonias (nacimiento, matrimonio, muerte) que unen a las familias, y en un investimento continuo en la sentimentalidad de la amistad y el romance” (Ahmed, 2014: 147).

<sup>96</sup> Cuando hablo de estigma, parto de la noción de Erving Goffman, en la que “ciertos atributos que culturalmente son indeseables, crean ‘marcas’ o estigmas en las personas que repercuten en su relación con los otros, a través de sus atributos que son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser determinado tipo de individuos” (Goffman, 1963: 15).

daños psíquicos (Butler, 2001) o heridas corporales (Ahmed, 2014: 147) que estas personas enfrentan en su vida cotidiana por no adaptarse del todo a la norma.

Si la repugnancia y la indignación se hacen presentes en los procesos de *abyectificación*, como indica Carlos Figari, las prácticas sexuales entre varones han conllevado estas emociones cuando se piensa en el uso de orificios corporales que para algunas personas “no fueron hechos para el placer”. “En el caso de gays o travestis esto es repugnante, no solo por ser posibles depositarios de semen [lo que tal vez los torne aún más temibles], sino que media el ano en todo el proceso, frontera de lo animal y punto borde del desecho máximo y visible de lo putrefacto del cuerpo” (Figari, 2009: 136-137).<sup>97</sup>

Además, para el caso de la serodiscordancia la noción de “contaminación” se vuelve crucial cuando hablamos del posible riesgo de transmisión del virus, “las formas proyectivas de la repugnancia colocan a los cuerpos abyectos siempre al filo del peligro contaminante, la polución, el daño. Lo abyecto se construye así en un juego polisémico en el que de la repugnancia se pasa fácilmente a la indignación y por ende a la penalización” (Figari, 2009: 138).<sup>98</sup>

Ahora bien, es cierto que aunque la repugnancia se relaciona con la expulsión y segregación en el orden normativo, “es profundamente ambivalente: implica el deseo o la atracción por los mismos objetos que siente que son repulsivos” (Ahmed, 2014: 84).<sup>99</sup>

También es necesario destacar, como ya lo mencioné en el capítulo anterior, que aunque las/os interlocutoras/es se asumen como heterosexuales, ellas/os también padecen los estragos de la heteronorma, pues esta “atraviesa todos los deseos, el heterosexual también” (Parrini, 2013: 51). El VIH/sida también

---

<sup>97</sup> Para una interesante genealogía de algunas representaciones en torno al ano, la penetración anal y su organización a partir del género, raza, clase social y relaciones de poder, véase Sáez y Carrascosa, 2011.

<sup>98</sup> Para un análisis clásico de la noción de contaminación, desde la antropología, véase Douglas, 1973. La abyección también ha sido pensada desde la “monstruosidad”. Para un análisis sobre estos procesos de segregación y alteridad, véase desde la filosofía el debate que realiza Foucault al respecto (2001). Desde la sociología, véase una compilación que engloba trabajos sobre la *otredad* y sus repercusiones afectivas (León, 2009).

<sup>99</sup> He documentado algunos casos de varones con prácticas homoeróticas donde resignifican algunos elementos considerados “sucios o desviados” en sus prácticas sexuales. Véase Torres 2013; 2014.

genera procesos de abyección para estas personas, marcas de exclusión, pues el padecimiento se relaciona en muchas ocasiones con una supuesta “homosexualidad” en varones que deberían ser “hetero”, y “promiscuidad” en mujeres, “fallas” en los roles de género e ininteligibilidad. La abyección y la serodiscordancia también se relacionan con el “amor”. A continuación reseñaré de manera breve algunos elementos propios de la construcción de este proceso emocional desde el feminismo y la sociología.

### 3.2 Amor

Sin duda el amor se vincula de manera directa con la abyección, pues la heterosexualidad como régimen político-discursivo ha utilizado el discurso del amor y la pareja heterosexual como figuras de la preservación de la especie humana, relegando a la ininteligibilidad prácticas y manifestaciones no heterocentradas.

En este apartado acudo a los usos que la noción de “el amor” ha suscitado en la teoría feminista y sociológica. Este acercamiento permitirá comprender de manera crítica cómo esta emoción ha sido utilizada para avalar la heterosexualidad y algunos de sus efectos en los vínculos serodiscordantes. El amor, como otras emociones que se conceptualizaron a partir del *boom* que generó el estudio de la afectividad en las ciencias sociales, se ha investigado de manera creciente a partir de la década de 1970.<sup>100</sup>

Las teorías feministas sobre el amor han sido de las más enfáticas en develar cómo el discurso construido sobre esta emoción se relaciona con el ejercicio del poder sobre los cuerpos,<sup>101</sup> sobre todo los de las mujeres, pues, como indica Mari Luz Esteban, la cultura amorosa ejecuta un papel que “cumple en la perpetuación de un orden social absolutamente jerarquizado” (2011: 40). El amor,

---

<sup>100</sup> Para una recopilación de los principales acercamientos conceptuales en las ciencias sociales al tema, véase García y Cedillo, 2011; Rodríguez, 2012.

<sup>101</sup> Véase Esteban, 2008; Jackson, 2010; Jónasdóttir, 2011; Ahmed, 2014.

entonces, “se vuelve una manera de vincularse con otros en relación a un ideal, el cual toma forma como efecto de tal vinculación” (Ahmed, 2014: 124).<sup>102</sup>

Las teorías feministas se percataron de que el amor “permea todos los espacios sociales, también los institucionales, e influye directamente en las prácticas de la gente, estructurando unas relaciones desiguales de género, clase y etnia, y un modo concreto y heterosexual de entender el deseo, la identidad y, en definitiva, el sujeto” (Esteban, 2011: 24). Los discursos en torno a esta emoción han servido como justificación para la opresión de muchas personas, sobre todo de las mujeres.

Mediante la noción de “amor romántico”,<sup>103</sup> las feministas lograron analizar el mecanismo mediante el cual el amor se convirtió en un “régimen emocional que compromete directamente al cuerpo. La centralidad de lo afectivo, y específicamente de lo romántico, es fomentada en las mujeres desde muy pequeñas mediante un *trabajo corporal* intenso” (Esteban, 2011: 50, cursivas de la autora).

Apoyado en rituales que se insertaron en la vida cotidiana, como las citas, el cortejo, la búsqueda de pareja y las prácticas sexuales, este régimen creó una serie de *técnicas corporales* que impregnaron la socialización en torno al género y el deseo. La heterosexualidad utilizó estas instituciones para fortalecer su proyecto de normalización a partir de la división binaria y supuestamente complementaria masculino/femenino como equivalentes a hombre/mujer y garantizar la descendencia humana.

El amor romántico, como construcción social, se sostuvo a partir “del matrimonio y su extensión, la familia nuclear tradicional” (Herrera, 2010: 78), los cuales se institucionalizaron en Europa a partir del siglo XII y para el siglo XV estaban establecidos y avalados por instituciones eclesiásticas y por el Estado (Herrera, 2010: 118-119). Esta institución permitió generar un contrato equiparable

---

<sup>102</sup> Para acercarse a las maneras en que el amor actúa como estrategia discursiva para segregar a personas que “no aman a la nación”, desde fuentes psicoanalíticas, véase el análisis de Ahmed, 2014: 122-143.

<sup>103</sup> Agrega Coral Herrera que “el romanticismo que modela nuestro ideal de amor erótico, [es] un producto cultural occidental que ha experimentado una expansión de carácter mundial, principalmente gracias a la industrialización de la cultura primeramente, y al proceso de globalización cultural, después” (2010: 77).

al de la tenencia de propiedad privada. Es decir, los hombres tienen derecho a los cuerpos de las mujeres mediante este acto (cfr. Jónasdóttir, 2011: 254-255; Jackson, 2010: 100, 103).

Al avalar esta institución como la vía hegemónica para la reproducción humana, otras maneras de concubinato fueron sancionadas (cfr. Foucault, 2011a): “La necesidad de parejas heterosexuales que formen familias *normales* posee una explicación económica muy obvia. El sistema social y político necesita de una estructura básica que está basada en el trabajo en pareja para sacar adelante a nuevos trabajadores y trabajadoras que produzcan y consuman” (Herrera, 2010: 263, cursivas de la autora).

Siglos más tarde, con el auge del capitalismo, se extendió a lo largo del globo terráqueo una visión del amor modelada por los medios de comunicación masiva, principalmente estadounidenses, proceso que “expandió el mito del amor romántico por todo el planeta gracias a la globalización [...]. Los años de la transición entre el siglo XX y el XXI estuvieron marcados, entre otros acontecimientos culturales, por el auge de los productos del sentimiento” (Herrera, 2010: 378; véase también Esteban, 2011).

En la instauración de la figura del matrimonio heterosexual se configuraron los roles de género y las mujeres fueron relegadas al espacio doméstico y al cuidado, el cual fungió como la expresión del “amor” hacia los otros. Esta característica del cuidado como si fuese intrínsecamente femenina ha creado una representación que posiciona a las mujeres como aptas para atender a los demás. Tan es así que se ha convertido en una profesión en algunos casos, pues “ha adquirido mucha relevancia en las sociedades europeas a finales del siglo XX, por el aumento de las necesidades de atención relacionadas con el envejecimiento de la población e incorporación mujeres al trabajo” (Esteban, 2011: 67).<sup>104</sup>

Ahora bien, que las posturas feministas denuncien cómo el amor repercute en la subordinación de las mujeres no quiere decir que algunas no lo vean como

---

<sup>104</sup> Arlie Hochschild ha escrito mucha producción científica al respecto. Sus aportes han mostrado la relación entre trabajo y emociones. Sobre el cuidado, véase, su interesante investigación que relata desde el amor, el papel de cuidadoras domésticas migrantes en Estados Unidos (2008: 269-285).

fuente de agenciamiento y lo planteen como un acto revolucionario que parte de la solidaridad entre las personas para ir en contra del sistema capitalista.<sup>105</sup>

Es decir, los feminismos han suministrado mucha reflexión teórica y política respecto al amor y sus usos discursivos y emocionales, y “también han generado investigación sobre las problemáticas envueltas en las relaciones íntimas de la vida cotidiana” (Jackson, 2010: 99). Además, aunque han develado el papel de la heterosexualidad como guía que modela cuerpos y deseos, Stevi Jackson nos recuerda que aunque “esta forma de parentesco minimiza o excluye otras formas de amor, sobre todo las que no conforman el ideal, las parejas lesbianas y homosexuales no necesariamente escapan a esto” (2010: 103). Las nociones de monogamia, matrimonio y “entrega total” también son reproducidas y reinventadas por muchas personas en vínculos homo y lésbico erótico-afectivos, por lo que es necesario pensar en clave feminista sobre las implicaciones del amor en nuestras vidas.

La sociología también ha contribuido a delinear las dimensiones sociales del amor y a develar cómo se entreteje en el proceso actual de individualización de las sociedades contemporáneas (Jónasdóttir, 2014)<sup>106</sup>, y aunque puedan existir diferentes enfoques, “existe un consenso en que el amor es una construcción social” (García y Cedillo, 2011: 558).

La teoría sociológica ha brindado distintos puntos de vista para entender el amor, ya desde sus usos sociales, desde un punto de vista funcionalista (Luhmann, 1985); desde la reflexividad de las sociedades modernas, desde la muy criticada obra de Giddens (2000) o desde posturas posmodernas que develan el amor en tiempos del consumismo (Bauman, 2003). Esta disciplina ha generado debates importantes para la comprensión de la construcción social del amor y sus efectos en las personas.

Entre los más relevantes está el que ha desarrollado Eva Illouz (2007; 2009), en donde analiza el papel del amor como producto cultural del capitalismo tardío. Esta autora destaca que “en tanto práctica cultural, el amor romántico

---

<sup>105</sup> Véase Herrera, 2010: 78; Jackson, 2010: 105; Jónasdóttir, 2014: 42.

<sup>106</sup> Para un recuento del análisis del amor desde la sociología, véase García, 2014. Para un acercamiento sociológico sugerente al amor y al dolor, véase Aguiluz, 2012.

queda expuesto a la doble influencia de la esfera política y de la esfera económica, aunque se distingue de otras prácticas porque supone una experiencia inmediata del cuerpo” (2009: 20). Esta experiencia corporal está regida, de acuerdo con Illouz, por las leyes del mercado y se vive de manera distinta, dependiendo de la clase social de la que se forme parte.

La autora ha puesto el énfasis en cómo se experimenta en sociedades occidentales “la romantización de los bienes de consumo y la mercantilización del amor romántico”, a partir del siglo XX, mediante lo que los discursos de los medios de comunicación masiva dictan. Además, aunque reconoce el análisis feminista sobre el amor, invita a ir más allá, pues para ella “la organización social del amor no se estructura solo en términos del patriarcado, sino también, y en igual o menor medida, en términos de clase socioeconómica” (Illouz, 2009: 42).

Lo interesante de su trabajo son las exhaustivas etnografías que informan a los datos teóricos que retoma principalmente de Marx, Weber y Bauman, para pensar el amor desde el mercado en nuestras sociedades contemporáneas y su impacto diferenciado de acuerdo a la clase social.

En México, Olga Sabido y Adriana García (2015) han analizado cómo se vive el amor. A partir de la revisión exhaustiva de varios autores de la sociología, han realizado mezclas conceptuales interesantes que vislumbran cómo se experimentan las emociones en el cuerpo. Rescatando la perspectiva de Norbert Elias y Erving Goffman, entienden el amor desde una perspectiva relacional en la que las personas en vínculos afectivos construyen la noción del “nosotros” a lo largo de situaciones específicas.

Así, el feminismo y la sociología han enfatizado el papel de subordinación, disciplinamiento, control corporal propios del amor y su anclaje relacional y situacional en la mercantilización de las sociedades contemporáneas. Ahora bien, el reto es pensar cómo operan estas dimensiones en el “amor serodiscordante”, pues aunque parta de la visión que he desarrollado en este apartado, como Stevi Jackson señala, es necesario “mantener una perspectiva crítica feminista sobre el amor heterosexual sin negar que el amor es en nuestros días muy significativo y



altamente valorado por muchas mujeres –y también por muchos varones–” (2010: 99).

En los capítulos siguientes desarrollaré cómo algunas personas viven el amor desde la serodiscordancia; baste por ahora indicar que la diferencia en el estado serológico complejiza lo acotado en las líneas anteriores, pues hay que sumar el miedo al contagio y/o a que la/el otra/o enferme, que prevalece en muchos momentos del vínculo. Procedo a hablar de manera general de cómo se ha entendido el miedo en la sociología.

### 3.3 Miedo y serodiscordancia

Aunque el miedo es muy importante para la vida social, realmente su tratamiento conceptual por las ciencias sociales y las humanidades ha sido muy reciente; Ahmed lo ha teorizado “como tecnología y como síntoma de la vida moderna” (2014: 71).

Sin duda, esta emoción se origina en relaciones corporales de proximidad; como indica Ahmed, “el miedo funciona para asegurar la relación entre cuerpos, los reúne y los separa mediante los estremecimientos que se sienten en la piel, en la superficie que emana del encuentro” (2014: 63).

Los feminismos han destacado cómo el miedo ha operado, a través de estereotipos, en distanciamientos entre los cuerpos, mostrando las concepciones corporales diferenciadas que hacen, mediante operaciones discursivas, que algunas personas sean “temibles” y otras no.

“En los enfoques feministas, el tema del miedo se considera estructural y mediado, más que una respuesta corporal inmediata ante un peligro objetivo. En vez de ver el miedo simplemente como una consecuencia inevitable de la vulnerabilidad de las mujeres, las críticas feministas argumentan que el miedo es una respuesta a la *amenaza* de la violencia” (Ahmed, 2014: 69, cursivas de la autora). El tema ha sido abordado de manera exhaustiva por feministas, a raíz de

los debates sobre la dupla público/privado y la supuesta violencia a la que la feminidad hace que estén expuestas las mujeres.<sup>107</sup>

Por su parte, las ciencias sociales han destacado cómo los miedos siempre han formado parte de la socialización, “pero los temores cambian según el tiempo y los lugares en relación con las amenazas que abruman” (Delumeau, 2002: 11).

La sociología por su parte ha destacado la dimensión social del miedo y cómo es construido de acuerdo al contexto geográfico y al momento histórico, así como las atribuciones de lo “temible” a ciertos cuerpos. Andrew Tudor agrega al respecto que pensar en el miedo desde la sociología es relevante, pues esto podría dar cuenta de que este “está abierto a procesos sociales con patrones de refuerzo y rutinización” (2003: 241).<sup>108</sup>

Actualmente, gracias a las teorizaciones sobre el riesgo, discutidas en el capítulo anterior, surgieron algunos acercamientos conceptuales sobre el miedo que resaltan su papel “como ordenador de las sociedades y el mundo actual” (Villa, 2002: 5; cfr. Tudor, 2003: 238).

Dentro de esta perspectiva sobresale que el miedo, como mecanismo productor de subjetividades en las sociedades contemporáneas, sirve para comprender procesos sociales más amplios, que dan cuenta, por ejemplo, de la socialización diferenciada a partir del temor en contextos de violencia en Colombia (Blanco, 2014); del miedo y la violencia en México (Reguillo, 2000); de la ciudad como espacio donde se experimenta el miedo (Villa, 2002); de los contactos sociales con la alteridad (Delumeau, 2002; Ahmed, 2011; Sabido, 2012; Blanco, 2014); de una política afectiva que repercute, mediante el lenguaje, en que unos cuerpos sean más temidos que otros (Ahmed, 2014: 62-81); del miedo que forma parte de muchas experiencias corporales de personas de América Latina por vivir procesos de dictadura (Lechner, 2002) y hasta de cómo el miedo guía las

---

<sup>107</sup> Considero que los feminismos acertaron al poner a debate la división espacial por género, pues como menciona Ahmed, “la producción de ‘lo temible’ está también ligada con la autorización de los espacios legítimos: por ejemplo, en la construcción del hogar, como un espacio seguro, las formas de feminidad ‘apropiadas’ quedan ligadas con la reproducción del espacio doméstico” (2014: 70).

<sup>108</sup> De hecho, este autor propone un modelo de análisis del miedo desde la sociología que comprende seis dimensiones que se entrecruzan y abarcan elementos macro, como los ambientes y las culturas del miedo, y elementos micro, como el cuerpo, las personalidades y los sujetos sociales. Véase Tudor, 2003.

vivencias de migrantes que cruzan la frontera para llegar a Estados Unidos, constituye parte crucial de su andar dentro de la “ilegalidad” y cómo el temor también sirve para resistir a este régimen de vulnerabilidad inducido por la migración (Aquino, 2015). Esta emoción forma parte de la vida diaria; entender cómo trabaja y moldea los cuerpos en sus relaciones de co-presencia sirve para identificar mecanismos de exclusión y la de resignificación emocional que hacemos en la cotidianidad.

Respecto a la vulnerabilidad, tema central de esta investigación, hay una relación directa con el miedo, pues “una suposición de sentido común podría ser que los más asustados son los que están más vulnerables; el miedo podría verse como una ‘respuesta razonable’ a la vulnerabilidad, donde esta sería percibida como una cualidad inherente o característica de algunos cuerpos” (Ahmed, 2014: 68). Sin embargo, como ya lo he destacado a lo largo del texto, son otras condiciones sociales las que contribuyen a la sensación de vulnerabilidad diferenciada.

Ahora bien, sentirse vulnerables, entendiendo la vulnerabilidad como relación corpóreo-afectiva, genera sensaciones relacionadas con el miedo, la angustia y el temor en muchas personas, y tiene implicaciones importantes para la serodiscordancia. Como indica Ahmed sobre esta emoción,

La relación del miedo con el objeto tiene una importante dimensión temporal: tememos a un objeto que se nos acerca. El miedo, como el dolor, es sentido como una forma desagradable de intensidad. Pero aunque la experiencia vivida del miedo puede ser desagradable en el presente, el displacer del miedo también se relaciona con el futuro. El miedo involucra una *anticipación* al daño o a la herida, nos proyecta del presente hacia un futuro. Pero la sensación de miedo nos proyecta hacia ese futuro como una experiencia corporal intensa en el presente (Ahmed, 2014: 65, cursivas de la autora).

Intensidad corporal que ha estado muy presente en las experiencias serodiscordantes que forman parte de esta investigación. El VIH/sida aún es visto como impredecible y hasta, en algunos casos, como algo mortal, lo que genera miedo en quienes son diagnosticadas/os. Por otro lado, permanece el miedo en quien no vive con el virus a adquirirlo en cualquier momento; y en ambas personas, el temor a que alguien enferme por alguna causa relacionada con el VIH o presente efectos secundarios o colaterales por los antirretrovirales. La

“infecciosidad” y “transmisibilidad” del padecimiento genera relaciones complejas y cercanas con esta emoción.<sup>109</sup> Así vemos que, como indica Coral Herrera, “el miedo también tiene una clara conexión con el apego: todos tenemos miedo a perder a nuestros seres queridos, a que no se nos necesite o no se nos quiera” (2010: 19).

Hasta aquí este recuento sobre las emociones que estuvieron más presentes en los testimonios de las personas que participaron en la elaboración de esta investigación. Con este capítulo pudimos observar cómo la vida corporal tiene otras dimensiones, además de las discursivas, que dan cuenta de las lecturas y resignificaciones afectivas que realizan mujeres y varones de la Ciudad de México en vínculos serodiscordantes. El énfasis en cadenas de interacción social, en las prácticas corporales y en la ritualización nos dan pistas conceptuales para comprender cómo el cuerpo experimenta investiduras afectivas biomédicas y de género; y cómo dan sentido al amor, mediante relaciones de abyección y miedo, mediante el acompañamiento, descubrimiento y apropiaciones del padecimiento.

Con este capítulo termino los apartados estrictamente conceptuales de esta investigación. A continuación me centraré en la etnografía que he realizado desde hace algunos años y en lo consecuente resaltaré los casos de las personas que participaron en el trabajo de campo y buscaré enlaces teóricos entre lo vertido en estos dos capítulos y las experiencias afectivas que recopilé sobre la serodiscordancia en la Ciudad de México.

---

<sup>109</sup> Jean Delumeau indica al respecto que “El temor al regreso de enfermedades contagiosas pertenece también a los miedos básicos que cada uno de nosotros llevamos, lo que explica la frágil comparación que presenta con demasiada frecuencia al Sida como la ‘peste’ de nuestra época” (2002: 15).



## CAPÍTULO III

### Encuentros afectivos de la serodiscordancia: etnografía, saberes localizados y emociones

*El problema es que con las teorías sobre el cuerpo nos distancian de las experiencias diarias de la corporalidad y hasta de los placeres y peligros del propio cuerpo, por esta razón es necesario hacer énfasis en las actuales tecnologías del cuerpo así como de las prácticas corporales como eje de los análisis (Muñiz, 2014: 308).*

*Una tarea central de la etnografía queer es escribir e investigar en una manera que haga justicia a las maneras en que las personas viven sus subjetividades generizadas y sexuales con complejidad. Es también una tarea que requiere que cuestionemos las condiciones de producción de conocimiento cuando teorizamos vidas queer (Rooke, 2010: 40)*

En este capítulo desarrollo de manera conceptual herramientas para entender los acercamientos que tuve en el proceso de trabajo de campo para esta investigación. Describo la etnografía feminista/*queer* como estrategia metodológica en la que enfatizo los procesos corpóreo-afectivos inmersos en los encuentros que he tenido por muchos meses con personas en vínculos serodiscordantes. Parto de una metodología feminista que indica que el conocimiento es situado y resalto el papel del cuerpo y las emociones presentes en los contactos etnográficos que realicé. Posteriormente, relato las vicisitudes corporales de mis informantes junto con las implicaciones subjetivas de este proceso etnográfico y presento rasgos generales de las/os interlocutoras/es.

#### **1. Estrategia metodológica: etnografía feminista/*queer***

Mi intención al realizar esta investigación fue crear un acercamiento que dé cuenta de algunos elementos presentes en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes

sobre la vivencia del emparejamiento, para comprender los significados atribuidos al padecimiento y su repercusión en las prácticas sexuales y la vida cotidiana. La etnografía sirvió como la herramienta metodológica precisa para este fin, pues como indica Patricia Ponce en relación a investigaciones sobre género y sexualidad:

La etnografía es imprescindible para este tipo de trabajos, pues es un camino espléndido que nos permite acercarnos y registrar la infinita y variada combinación de expresiones personales que se manifiestan en la compleja red de relaciones sociales, todas ellas cruzadas por factores subjetivos de quienes se ven inmersos en la investigación; ello nos impide hacer generalizaciones, caer en sitios comunes y nos posibilita una mirada introspectiva (2004:9).

La etnografía “es un proceso de investigación muy complejo, con muchos frentes simultáneos y sucesivos” (Ferrándiz, 2011:10), “donde la observación y la participación se entretajan con otros procedimientos” (Flick, 2004: 161). La antropología ha sido una de las disciplinas científicas que más ha teorizado al respecto, pues ha hecho de la etnografía su método predilecto para dar cuenta, de una manera más reflexiva, de las complejidades socioculturales que forman parte de las culturas.

Aunque la etnografía ha formado parte de muchas investigaciones, sobre todo antropológicas, su entendimiento y alcances epistemológicos no han mantenido consenso en las ciencias sociales y las humanidades. Como asevera Renato Rosaldo,

La antropología ha experimentado un cambio radical desde finales de los setenta. Dicho cambio se ha visto estimulado, a su vez, por cambios ocurridos en el mundo, tales como la descolonización, el movimiento por los derechos civiles, la aparición de una economía global y las intervenciones masivas de desarrollo. El programa de investigación etnográfica reciente está dando especial énfasis a la historia, y la política en derechos de desigualdad y opresión, base de factores tales como la occidentalización, el imperialismo de los medios de comunicación, las invasiones de la cultura consumista y las diferencias de clase, género, raza, etnicidad y orientación sexual (2000: 16-17).

Sarah Corona y Olaf Kaltmeier agregan que “con el auge de los acercamientos teóricos posestructuralistas, poscoloniales e interaccionistas, la verdad producida por las etnografías tradicionales fue puesta en jaque, así como el problema de la representación, la autoridad y la autoría colaborativa” (2012: 11). Si bien este

cambio conceptual se inició con los trabajos de Clifford Geertz y su “descripción densa” de la cultura –la cual propuso como estrategia para “ver las cosas desde el punto de vista del actor” (2003: 27, 32), donde dicha descripción sería interpretativa del flujo del discurso social para fijarlo en términos susceptibles de cultura–, me interesa resaltar las conceptualizaciones recientes que están reflexionando sobre las implicaciones corporales y emocionales que forman parte del enfoque etnográfico.

En la década de 1990, Renato Rosaldo dio algunas pistas para repensar la etnografía desde un diálogo reflexivo entre quien investiga y las personas investigadas. Para esto, propone el concepto de sujeto posicionado (y re-posicionado):

En los procedimientos interpretativos de rutina, de acuerdo con la metodología de la hermenéutica, podemos decir que los etnógrafos se re-posicionan conforme van entendiendo a otras culturas [...]. La noción de posición también se refiere a cómo las experiencias de vida permiten o impiden cierto tipo de explicación (2000: 28-29, 39).

Este autor llega a tal noción después de un proceso de transición en su percepción de prácticas culturales de los *ilongot*, quienes demostraban ira al cortar la cabeza de sus adversarios. Si bien en un inicio no entendió del todo cómo el coraje les permitía acabar con la vida de otra persona, cuando murió su esposa por un accidente mientras realizaba trabajo de campo en la misma localidad, él comprendió cómo el duelo despliega muchas emociones intensas, lo que lo posicionó en otro lugar para entender la fuerza movilizadora de las emociones en las culturas.

Este cambio epistemológico en la comprensión de la etnografía ha permitido reflexionar más sobre los encuentros afectivos y experimentar con otras fuentes metodológicas. Como vimos en el capítulo anterior, la pugna performatividad/*performance* generó muchos desencuentros conceptuales, pero también muchas vías analíticas fructíferas para la comprensión de la actuación de la vida cotidiana que nos permiten las normas, y los mecanismos por los que nos constriñen. En términos metodológicos, esto fue recuperado por varias/os sociólogas/os, en un principio estadounidenses, pero después de muchas partes del mundo, que remarcan la teatralidad en la etnografía.



La “performance ethnography”, nutrida principalmente por los aportes de Butler sobre el género, pero sobre todo por la sociología de George Herbert Mead y de algunas teorizaciones sobre raza y teatro como las de bell hooks, propone una escritura experimental de los reportes etnográficos y una retroalimentación entre las artes y las ciencias sociales para presentar resultados de investigación mediante poemas, actuaciones o *performances*.<sup>110</sup>

Mi propuesta metodológica se nutre de este llamado crítico a romper con la visión clásica de la etnografía —la cual quiere preservar una distancia que dote de cierta “objetividad” al análisis etnográfico—, pues considero que aporta un acercamiento estático de la realidad estudiada. Ya Johannes Fabian nos invitó en la década de 1990 a pasar de una etnografía informativa a una *etnografía performativa* “que pueda dar cuenta de la coproducción del conocimiento” (2014: 204), idea que ha sido retomada por cierta antropología que enfatiza el trabajo reflexivo producto de los acercamientos etnográficos (cfr. Askew, 1998; Caprara y Paes, 2008; Madison, 2011; Rinehart, 2012; Vargas y Ayora, 2015).

Retomo esa invitación y resalto la performatividad de la etnografía, pero propongo hacerlo desde concepciones feministas y *queer*, mediante el posicionamiento del cuerpo y las emociones como canal de partida para el análisis etnográfico.<sup>111</sup> Pues como bien señala Rodrigo Díaz,

Una antropología “performativa” ha de comprender los “pulsos” de otros modos de existencia y sus relieves del mundo, pero también ha de ser reflexiva en la medida en que se interroga por las formas en que nosotros, antropólogos fundamos situaciones y representaciones de la alteridad; reconocer que no solo decimos cosas, sino cómo las decimos y qué hacemos al decirlas, qué realidades del “otro” estatuímos (2015: 78).

---

<sup>110</sup> Ha sido tal el *boom* de la performatividad y los estudios del *performance* en las ciencias sociales y las humanidades, que incluso algunas/os de estas/os autoras/es aseveran que su trabajo se afilia a lo que denominan “Las Ciencias Sociales Performativas”. Véase Denzin, 2003; McCall, 2003; Atkinson, 2004; Guiney, López y Wright, 2008; Gergen y Jones, 2008; Roberts, 2008.

<sup>111</sup> Aunque me parece interesante y sugerente el aporte de las “Ciencias Sociales Performativas”, no me afilio a ellas y/o a la “performance ethnography”, pues no utilizaré medios artísticos como herramientas para la expresión de la información recabada en la etnografía. Conceptualmente hablando me parece que todavía hace falta repensar un poco más los límites entre la performatividad y el *performance*, evitando que sean vistos como sinónimos. Considero que esta delimitación podrá dejar más claras las posibles alianzas y oportunidades de retroalimentación entre ambas nociones.

Resaltar la reflexividad dentro de la etnografía es relevante porque “la práctica etnográfica es una experiencia necesariamente intersubjetiva. Hay un impacto del etnógrafo en la realidad social estudiada, y esta a su vez impacta al mismo” (Ferrándiz, 2011: 95). Esta práctica debe poner de relieve “cómo utilizar el cuerpo como instrumento metodológico” (Ferrándiz, 2011: 135). Como bien indicó Rodrigo Parrini en su tesis doctoral:

Sostengo que el lugar que nos permite investigar el deseo, colectiva y subjetivamente, es nuestro propio deseo; no como una configuración cerrada, sino más bien como un punto de conexión de nuestros cuerpos con otras corporalidades, de nuestras intensidades con otras (humanas y no humanas, conscientes e inconscientes, espirituales y corporales, materiales e imaginarias), con las de otros (2015: 15).

Reflexionar sobre el cuerpo como canal de acercamiento etnográfico contribuye también al llamado que hace Carlos Figari, pues

hacer investigación social implica una doble hermenéutica por la cual se explica y se comprende lo que los actores sociales explican y comprenden, pero esta relación de conocimiento, debe basarse en una interpretación ‘conversacional’ que no lo someta a la violencia de un método [...]. De allí la necesidad de plantear los lugares de enunciación de nuestro discurso sobre el otro desde el momento de enunciación como otro (2014: 70, 71).

Aunque creo que no es posible eliminar la violencia de la vida social y, en este caso, del acercamiento etnográfico, considero que partir desde las implicaciones corpóreo-afectivas en la etnografía da otro matiz a la investigación y baja un poco la intensidad de lo violento que supone iniciar una investigación que indaga temas altamente estigmatizados, como la serodiscordancia. Así, “Una etnografía sería un conjunto de experiencias más o menos complicadas, tanto intelectual como corporalmente, que se compararía con un ideal que, si bien nunca se cumple, marca los estándares de esta práctica” (Parrini, 2015: 360).

Cierta antropología, alguna sociología y sobre todo los feminismos se han enfocado en investigar y dar un espacio en la academia a realidades y/o discursos subordinados (cfr. Haraway, 1995; Rosaldo, 2000: 17-18; Markussen, 2006: 291; Rooke, 2010). En este tipo de acercamientos etnográficos *otros* es relevante resaltar “dónde se sitúa la propia corporalidad del investigador” (Ferrándiz, 2011: 143).

En la sociología, por ejemplo, no puedo dejar de mencionar algunos trabajos que han realizado etnografías corporales y nos han mostrado su relevancia para entender la sociedad. Howard Becker fue uno de los pioneros en esto. Él ha resaltado sus propios procesos subjetivos, los cuales forman parte de las investigaciones que realiza, como las relacionadas con el jazz y el uso de la marihuana (véase Becker, s/a; 1976). William Foote Whyte (1971), al analizar las pandillas de Boston, mostró cómo investigar realidades sociales complejas mediante la etnografía. Su inmersión en barrios con muchas pandillas juveniles le permitió explorar estrategias de acercamiento a los entrevistados y reflexionar sobre sus implicaciones metodológicas.

Finalmente, vale la pena destacar el trabajo de Lloïc Wacquant (2004) y sus acercamientos etnográficos corporales al mundo de los boxeadores en Estados Unidos. Wacquant entrenó como un boxeador más; siguió la vida del gimnasio y vivió desde su propio cuerpo los efectos de una metodología encarnada. Su trabajo es muy importante, pues además da cuenta del papel de la raza y la posición de quien investiga y el mundo del boxeo, ya que era el único blanco entre sus compañeros. Su trabajo vislumbra las reglas del deporte, sus implicaciones corporales y las implicaciones del trabajo etnográfico.

Para esta investigación partí de una etnografía feminista/*queer* que es performativa en tanto realiza otras formas de conocimiento mediante la reflexividad implicada en las experiencias corpóreo-afectivas de las personas participantes en la investigación, lo cual incluye las mías. Puse el acento en los encuentros<sup>112</sup> que desplegó esta herramienta metodológica para enmarcar el conocimiento co-producido entre las personas que participaron en la investigación y mis vivencias sobre la serodiscordancia.<sup>113</sup>

En cierto sentido, realicé también una especie de autoetnografía (cfr. Adams y Holman, 2011; Blanco, 2012). Aunque esta investigación no trata

---

<sup>112</sup> Retomo la noción de “encuentro” de Johannes Fabian (1983), para quien es mejor utilizar este concepto pues permite resaltar cómo el conocimiento etnográfico es co-producido entre quien investiga y las/os *otras/os*, mediante negociaciones constantes que se dan al interior del trabajo de campo.

<sup>113</sup> Para hacer énfasis en lo anterior, no solo me referiré a las personas que participaron en los encuentros etnográficos como “informantes”, sino también como “interlocutoras/es”.

estrictamente sobre mi experiencia en relación con los discursos del VIH/sida, lo que he experimentado a lo largo de mi vida marcó cómo me relacioné con otras personas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes. Intenté que todas las pláticas y acercamientos que tuve con mis informantes partieran de que estoy investigando temas que también he vivido.

Dado que este padecimiento es un tema muy estigmatizado, algunas/os interlocutoras/es necesitaron una especie de retribución al momento de nuestro encuentro. Muchas/os buscaban aclarar algunas dudas o simplemente conocer cómo viví algunos procesos que vivían al momento de la entrevista. Me parece crucial retomar elementos míos para enmarcar el relato etnográfico, pues me considero un sujeto más del que ha sido producido por las normas biomédicas y de género. Conuerdo con Tony Adams y Stacy Holman en que los compromisos de la *queer theory* y la autoetnografía se unen para

revisar y refinar prácticas de investigación reflexivas: la autoetnografía como método de investigación intenta perturbar ideas tradicionales y dominantes sobre la investigación, particularmente sobre qué tipo de investigación y cómo deben hacerse, [mientras] que lo *queer* propone una sensibilidad similar e intenta perturbar ideas tradicionales y dominantes sobre lo que pasa como “normal” (2011: 110).

Me sumo a la propuesta de Alison Rooke de *queerizar* o cuestionar convenciones de la etnografía para enriquecer el entendimiento sociológico del género, la sexualidad y, en este caso, de la serodiscordancia.<sup>114</sup> Retomo también su comprensión de lo *queer*, no desde interpretaciones que se han relacionado más bien con elementos voluntaristas, como lo post-gay y la flexibilidad de todas las sexualidades, sino en conexión con “las emociones [... donde lo queer] presta atención a las complejidades de la intersubjetividad en la construcción del *self*, en términos de las vidas como son vividas al nivel de la cotidianidad” (2010: 26).

Una mirada sociológica permitirá un acercamiento etnográfico a la sexualidad que indique “que el género, las identidades sexuales, y los significados que circulan alrededor de ellas, son más que meramente formulaciones

---

<sup>114</sup> La autora agrega: “*Queerizar* la etnografía entonces, necesariamente involucra explorar las lógicas normativas de la investigación y la escritura etnográficas. Esto incluye interrogar las ficciones del tiempo y el espacio etnográficos y la naturaleza intersubjetiva del campo” (Rooke, 2010: 29).

discursivas. Son realidades diarias y prácticas que tienen consecuencias reales” (Rooke, 2010: 28). Parrini agrega: “Es necesario que nos preguntemos cómo escribir una etnografía que resguarde la sensibilidad, que no renuncie a la razón, y que dé cuenta de las complejidades cruzadas que forman parte de un campo: las propias y las ajenas” (2015: 347). Considero que un acercamiento corpóreo-afectivo permitirá “tomar las emociones de manera seria” (Rooke, 2010: 31) y encontrar empatía *encarnada* con las personas que participen en la etnografía.<sup>115</sup>

Epistemológicamente hablando, las teorías feministas llamaron la atención sobre la posición subjetiva inmersa en la producción del conocimiento. Esta investigación retoma la *objetividad encarnada* que introdujo Donna Haraway, la cual alude a “conocimientos situados [...]. La objetividad dejará de referirse a la falsa visión que promete trascendencia de todos los límites y responsabilidades, para dedicarse a una encarnación particular y específica” (1995: 324-326). Retomo esta idea en contra de pretensiones de conocimiento racional y universal propias del “hombre blanco”.<sup>116</sup>

Entre las técnicas que utilicé destaca la observación participante, la cual entiendo como un proceso “mediante el cual un[a] observador[a] toma parte en las actividades cotidianas, en los rituales, en las interacciones, en los sucesos en los que participa la gente estudiada con el fin de aprender los aspectos explícitos e implícitos de la cultura” (Ferrándiz, 2011: 87). También realicé entrevistas en profundidad, conversaciones informales y llevé un diario de campo donde anoté las reflexiones, ideas o cosas que me dijeron las personas entrevistadas y que no pudieron ser registradas en una grabadora de audio. Conuerdo con Andrea Caprara y Lucyla Paes en que el diario es un instrumento muy valioso para las investigaciones etnográficas en salud, pues en él “escribimos observaciones, experiencias, sentimientos, sensaciones, hasta ‘percepciones de piel’” (2008: 369).

---

<sup>115</sup> Esta idea la desarrolla Rooke para ir más allá de la noción del “*rapport*”, establecida en la metodología cualitativa en la década de 1980, que hacía alusión a “sentir empatía por las personas para que se ‘abran’ y manifiesten sus sentimientos” (Taylor y Bogdan, 1984: 55), para ahora enfatizar desde las emociones el interés genuino por la investigación y el despliegue del lugar que ocupa quien investiga.

<sup>116</sup> Aunque no se trata de una fuente feminista, véase también la interesante propuesta que realizan Sarah Corona y Olaf Kaltmeier (2012) sobre lo que denominan “las metodologías horizontales en las ciencias sociales y culturales”.

Concentrémonos ahora en estos elementos desplegados en la búsqueda de personas en vínculos serodiscordantes.

## **2. Etnografía y serodiscordancia**

Empecé a investigar algunas implicaciones socioculturales de la serodiscordancia desde 2011. El resultado de los primeros acercamientos con varones se plasmó en mi tesis de maestría (Torres, 2013). Posteriormente amplié el proyecto de investigación e incluí a personas en vínculos hetero-erótico-afectivos, proceso que ahora reporto en este documento. He realizado acercamientos etnográficos por más de cinco años –para este proceso con vínculos hetero utilicé más de un año– y no dejan de sorprenderme las dificultades sociales y el estigma que muchas personas experimentan a partir de su contacto con el VIH/sida.

Acercarme a estas personas ha sido complicado pues, con justa razón, algunas sospechan de las intenciones de quienes quieren realizar investigaciones sobre sus vidas. La *abyectificación* se materializa y se hace presente cuando alguien quiere preguntar sobre el diagnóstico reactivo al padecimiento y las emociones de por medio. Como ya lo indiqué, he asumido que soy un sujeto más del relato etnográfico. Mis prácticas homo-erótico-afectivas, el miedo que ha atravesado mi vida por una posible adquisición del virus y las emociones que he sentido por no adherirme del todo a la heteronorma, han marcado mis vivencias afectivas. Intenté que este fuera el punto de partida en el trabajo de campo; relaté cada vez que me presenté ante las/os posibles interlocutoras/es que mis prácticas en la actualidad no son hetero-erótico-afectivas; que he vivido experiencias serodiscordantes y que seguramente existen puntos en común entre mi historia y sus preocupaciones, alegrías, frustraciones e impulsos por seguir en un vínculo con este problema.

A pesar de eso –o quizás precisamente por eso–, la encomienda de recabar sus testimonios no fue nada fácil. Creo que cuando realizamos investigación con metodología cualitativa existe un sesgo colonizador: debemos buscar el relato, muchas veces en una lógica donde la confesión se hace presente; es como si se buscara entrar en la vida de las personas para devolverla a “la ciencia” y así

analizar qué es *lo* que las/os interlocutoras/es viven. Intenté que el eje de este trabajo transitara en *otras* direcciones y que más bien nuestras experiencias se cruzaran y viéramos en la investigación socio-antropológica un canal de expresión de nuestras vivencias. Retomé la invitación de Olaf Kaltmeier al respecto, quien indica que “El investigador no puede escapar por completo de sus disposiciones coloniales, pero lo puede hacer visible y cambiar tras la autorreflexividad permanente en sus discursos y prácticas” (2012: 52).

Muchas veces me han preguntado por qué decidí realizar esta investigación. Siempre expresé que me investigo a mí mismo porque mucha gente que quiero vive con VIH, además de que todas/os estamos expuestas/os al virus y me parece oportuno contribuir con investigaciones sobre el tema. En una entrevista, después de escuchar mi respuesta, un interlocutor me dijo que antes “no sabía qué era eso de serodiscordancia”, que “las etiquetas son fuertes”, porque muchas veces le han cuestionado “¿qué sientes que tu pareja viva con VIH?”, cuestionamientos que le parecen discriminatorios: “es como una manera de exclusión, de recalcar que tú no y él sí (vive con el virus), no me agrada al cien; aparte de que eres gay, te conviertes de nuevo en el bicho raro, por tener esa etiqueta”. Respondí: “Siéntanse en nivel de simetría, están con un par, están hablando con alguien que ha vivido las mismas cosas que ustedes, entonces somos tres bichos raros dialogando”.

Cuando inicié el trabajo de campo puse de relieve que el caso del VIH/sida y la serodiscordancia son peculiares por el ocultamiento y la exposición simultánea que conllevan. Recordemos la dinámica de biomedicalización y confesionalidad inmersas en el padecimiento. Quienes viven con el virus, deben ir con el personal de infectología al menos cada seis meses para el tratamiento antirretroviral. Además, el padecimiento representa una marca de la *abyectificación* por las prácticas sexuales fuera de la norma, alguna “falla” en el vínculo erótico-afectivo u otra circunstancia de índole sexual, en la mayoría de los casos, cuyo resultado es vivir con algo en el cuerpo que nunca se irá y que también tendrá repercusiones en la vida afectiva.

Estas dinámicas también se hacen presentes, por ejemplo, cuando quien vive con el virus busca nuevo empleo o cuando oculta sus medicamentos para que la gente no sepa qué ingiere. Estrategia que puede cambiar cuando se intenta tener un vínculo erótico-afectivo después del diagnóstico, pues convivir con alguien de manera más cercana involucra el miedo al contagio del VIH, así como al enfrentamiento de la diferencia en el estado serológico.

Desde la otra perspectiva, quien no vive con el virus, regularmente no tiene un involucramiento directo con el padecimiento. Quienes forman parte de experiencias homo-erótico-afectivas tal vez tienen incorporada la experiencia del miedo; seguramente han escuchado de alguien que conocían, o han asistido a eventos académicos o culturales relacionados con el activismo de alguna persona involucrada en esos temas. Quizá sí fue un referente cuando tuvieron que informar [o confesar] a la familia y amigas/os que la heterosexualidad no sería por el momento su guía para vincularse de manera erótica y afectiva, pues en demasiadas ocasiones, la relación directa de las prácticas homoeróticas con el VIH/sida es inevitable para muchas personas.

Para las mujeres involucradas en la serodiscordancia, la lejanía parece ser en primera instancia más amplia. La heterosexualidad como forma de vida tal vez les planteó otros retos que no se relacionaban con un posible contagio, cuidados paliativos o incluso el pensar en un padecimiento transmisible que pudiera tener sus orígenes en las prácticas sexuales. ¿Qué pasa cuando ocupan el papel de la “portadora” del virus? ¿Qué sucede cuando están del otro lado, como acompañantes de alguien que vive con el padecimiento?

Para los varones que se asumen como heterosexuales, el enfrentamiento a la serodiscordancia también puede involucrar una confrontación con su sexualidad, ¿el mandato heterosexual permite que un hombre<sup>117</sup> viva con VIH? Si tiene el diagnóstico reactivo al virus, ¿qué sucede después? ¿Deja de ser hombre? ¿Dónde adquirió el virus, en prácticas sexuales con mujeres o con varones? ¿El diagnóstico refleja un incumplimiento de la norma heterosexual? Y si

---

<sup>117</sup> En la lógica hegemónica de la *matriz heterosexual*, donde hombre equivale a masculino y heterosexual (cfr. Butler, 2007; Núñez, 1999).



complejizamos más las cosas, ¿qué sucede si el varón vive del lado seronegativo en la serodiscordancia? ¿Puede una mujer vivir con VIH/sida? Y en todos los casos, ¿qué pasa con el cuerpo y las emociones? ¿Cuáles son los virajes de las resignificaciones inmersas en la serodiscordancia? Estas y otras preguntas guiaron mi trabajo de campo.

Me parece necesario enmarcar el lugar desde donde me ubico en la coproducción del conocimiento etnográfico de esta investigación. Un ejercicio de etiquetación requeriría señalar varios aspectos de la identidad: sexo (biológico), orientación sexual, etnicidad, nacionalidad, edad, clase social y escolaridad que se hacen presentes al momento de investigar. Estas categorías son relacionales con implicaciones fenomenológicas claras; en muchos casos depende del contexto en el que nos encontramos para que alguna de estas tenga más relevancia, lo que tiene repercusiones en los encuentros etnográficos que hacemos y en las maneras en que producimos investigación social. Resaltar estas posiciones debe ser crucial para una metodología feminista.

Me posiciono como una marica que se acercó a personas en experiencias serodiscordantes a través de espacios institucionales. Resaltar mi posición como sujeto generizado, racializado y sexualizado me parece crucial para las investigaciones sobre género y sexualidad. Enfatizo esas dimensiones porque me ha parecido necesario: en varios eventos académicos he visto a muchas/os colegas en espacios feministas, de género y/o de las ciencias sociales y las humanidades hablando sobre “los *otros* sexuales”. Lo que yo veía desde mis “saberes localizados” eran personas blancas, ricas, algunas asumidas como heterosexuales, muchas provenientes del norte global hablando de los *otros* sin notar su posición en el campo académico, ni la de sus investigaciones.

Muchas veces quedé abrumado ante la manera en la que pasaba inadvertida la posición de las/os colegas como investigadoras/es, los privilegios que esto les da y la carencia de enunciación explícita de los lugares simbólicos y materiales desde donde realizaron las investigaciones. Mi intención no es invalidar sus aportes; tampoco creo que las/os pobres y/o personas con prácticas no hetero deban ser las únicas que hablen de sus pares. Más bien denuncié la falta de esta

reflexividad sobre nuestras posiciones; me parece que hablar desde los saberes que poseemos y desde las condiciones mediante las cuales producimos el conocimiento etnográfico es más potente y fructífero.<sup>118</sup>

La categoría *marica* –que en realidad vinculo de manera interseccional con la de clase social y la de etnicidad– la utilizo desde dos frentes teóricos: el primero, inspirada en Monique Wittig (2006), cuando habla de las *lesbianas* como categoría política para reivindicar su papel como *clase* que intenta destruir las categorías sexuales hegemónicas, pues rechazan el contrato heterosexual y en cierto sentido, no dependen de los hombres.

El segundo punto de inspiración proviene de Paco Vidarte (2007) de quien retomo la idea de la “ética marica” desde la cual hace un llamado a evitar tendencias universalistas de marcos interpretativos sobre la ética y así cambiar los efectos normalizadores y misóginos de las políticas LGBTTTIQ identitarias. Desde la particularidad, esta postura estratégica deberá “recuperar la solidaridad entre sí de los oprimidos, discriminados y perseguidos, evitando ponerse al servicio de éticas neoliberales criptorreligiosas heredadas en las que nos hemos criado y en las que se han forjado muchos intereses de clase” (2007: 21).

Con estas ideas trato de distanciarme, primero, de los hombres; y después, de los *gays* en tanto sujetos blancos; y trato de posicionarme como marica feminista que busca escapar, en la medida de lo posible, de las categorías identitarias hegemónicas de la “diversidad sexual” para, desde la crítica,<sup>119</sup> hablar de la clase social, la *racialización*, mis prácticas homo-erótico-afectivas, que han sido marcadas también por la movilidad social que me brindó mi paso por la universidad y que guían esta investigación.

Las experiencias que he vivido, entonces, se cruzan con las de otras personas y nuestras diferencias de edad, prácticas erótico-afectivas, clase social y género, dialogaron, contribuyeron y en otras ocasiones dificultaron el proceso de acercamiento etnográfico, pero sin duda, lo produjeron.

---

<sup>118</sup> Con esto quiero decir que estoy en contra de algunas posturas feministas que indican que existe un “privilegio epistemológico” en las personas oprimidas quienes al experimentar la segregación de manera directa, adquieren una visión privilegiada sobre la dominación.

<sup>119</sup> Parto de la noción de Foucault que ve la crítica como el arte de no ser gobernado de determinada manera (1995: 7).

Recabar los testimonios de la serodiscordancia significa adentrarse en una red de emociones y significaciones compartidas por experiencias mías y de las/os interlocutoras/es. Además, el estigma de la *abyectificación* del padecimiento contribuye a que la gente esconda su estado serológico y sus prácticas serodiscordantes por el miedo a ser descubiertas/os, discriminadas/os y juzgadas/os.

Me percaté, ante este panorama de restricción para la obtención del dato cualitativo, que debía buscar mediante instancias institucionales personas que quisieran contribuir con la investigación. Inicié la búsqueda de interlocutoras/es al término del primer año de mis estudios de doctorado, en julio de 2014. Partí de algunas suposiciones teóricas y metodológicas, como la de que la resistencia de las personas a dar su testimonio tiene que ver con los estragos del estigma del padecimiento. También preví que en los vínculos hetero-erótico-afectivos sería el varón quien vive con VIH. Respecto a los homo-erótico-afectivos, no tuve inconvenientes, pues sé por mi experiencia de tesis de maestría que hay elementos identitarios que facilitan el contacto.

Me enfoqué en las resignificaciones del padecimiento en la serodiscordancia desde la performatividad del género y la interacción, mediante el papel del cuerpo y las emociones en estas vivencias. Decidí elaborar dos guías de entrevista en profundidad<sup>120</sup> que abarcan estos temas, una para ser realizada con ambos integrantes del vínculo, y la otra individual. La primera sería el punto de partida y presentación, así como un primer acercamiento para saber qué pasaba con el vínculo, cuánto tiempo llevaban conviviendo con el VIH/sida y cómo se sentían de manera general respecto a la diferencia en su estado serológico. Para la guía de entrevista individual reservé los temas relacionados con las prácticas sexuales, así como la historia de cada persona respecto a sus vínculos erótico-afectivos y su inmersión en el actual y con el VIH/sida. Las primeras entrevistas se enfocaron en reconstruir la historia del vínculo erótico-afectivo actual y el resto en cómo se va transformando en el presente.

---

<sup>120</sup> Se encuentran disponibles en la sección de anexos al final de la tesis.

Decidí entrar en la vida de las/os interlocutoras/es tanto como ellas/os quisieran. Planteé desde un inicio la necesidad de hacer una investigación desde encuentros etnográficos que permitieran conocer de manera detallada cómo se viven las experiencias serodiscordantes. A todas las personas que logré entrevistar les pedí que firmaran una carta de consentimiento informado y cada quien preserva una copia, donde indico la relevancia del proyecto y manifiesto que pueden detener las grabaciones, no compartir cosas que no deseen o dar por terminada su participación en cualquier momento.<sup>121</sup> Procedo a relatar qué sucedió cuando ingresé a un grupo de auto apoyo para personas que viven con VIH.

## 2.1 Grupo de auto apoyo y primera/os interlocutora/es

El primer acercamiento lo realicé a través de grupos de auto apoyo. Como pude ver antes (Torres, 2013), estos son cruciales para el cambio en la significación del padecimiento, pues permiten que la gente hable del VIH/sida y sus implicaciones. Por experiencias previas, sabía que es difícil acercarse a estos espacios institucionales. Las personas encargadas piden que justifiques, hasta que les dejes claro, cuál será el beneficio de tu participación para quienes acuden a la organización de la sociedad civil. Desde 2011 que decidí investigar las experiencias de la serodiscordancia me he cuestionado por qué quiero hacer la investigación y cuáles serán los beneficios para las/os entrevistadas/os. He declarado –como ya lo indiqué– cada vez que intento entrar a un espacio de este tipo que tengo implicaciones personales y que además creo necesario investigar estas realidades erótico-afectivas para generar conocimiento social al respecto.

Afortunadamente una asociación permitió sin ninguna restricción que me acercara a sus grupos de auto apoyo. Cuando supieron cuál era el tema de investigación no dudaron en auxiliarme, siempre y cuando aceptaran mi entrada las/os asistentes al grupo.

Acudí en la primera semana de agosto de 2014 a una de las sesiones semanales de uno de los grupos. Llegué antes de que iniciara el arribo de las

---

<sup>121</sup> Véase la sección de anexos al final de la tesis.

personas que participan, me dirigí a los coordinadores del grupo y les conté sobre mi investigación. Me dejaron permanecer y me brindaron la oportunidad de hablar sobre mi tesis al final de la sesión. El espacio físico destinado a estas reuniones está al final de un pasillo; es pequeño, pero tiene una puerta que impide que el ruido entre en la sala de espera, donde hay una recepción y sillas para las personas que llegan al lugar, pues también brinda aplicación de pruebas de detección de anticuerpos de VIH, consejería, asesoría psicológica y atención médica.

La sesión duró dos horas. Al inicio solo estábamos cuatro varones, después fueron llegando más, hasta convertirnos en 21 y una joven trans. La reunión inició con una dinámica de integración, nos preguntamos nuestros nombres y ayudamos a vestir con papel de china a un participante del grupo. Me percaté de que algunos participantes eran sordomudos; la chica trans fungió como la traductora.<sup>122</sup> Cuando ella llegó, se posicionó al frente y tradujo con lenguaje de señas lo que se dijo.

Después de la dinámica de integración, tuvimos que leer algunos letreros con las reglas del grupo, que principalmente versan sobre el respeto a la opinión de las demás, la invitación a no monopolizar la palabra y la confidencialidad respecto de lo que se dijo. Hay cuatro coordinadores del grupo: uno de la logística de cada sesión, otro de los fundamentos psicológicos de cada reunión, uno más de las dinámicas de integración y otro que se encarga de los sitios virtuales de internet donde difunden información sobre el grupo. Regularmente, el que coordina la logística se encarga de conceder la palabra a cada persona y de informar sobre las actividades posteriores. Para cada día hay un tema específico que es abordado por alguien y tiene experiencia personal, de activismo o académica al respecto.

En la primera sesión a la que yo asistí, el tema era el transcurrir del VIH a lo largo de los años y la moda. Un participante del grupo, de 50 años, relató cómo fue visto el padecimiento desde su surgimiento en la década de 1980, qué pasaba con las percepciones hegemónicas al respecto y qué ropa se utilizaba en ese

---

<sup>122</sup> Aproximadamente había cuatro varones con algunas deficiencias auditivas.

entonces. En una dinámica lúdica sobre las modas de cada década, cada persona, después de responder una pregunta sobre alguna prenda, decía cómo había sido su acercamiento al padecimiento y qué se pensaba sobre él. Aunque la mayoría de los participantes de esa sesión estaban entre los 20 y 37 años de edad, todos coincidieron en que el estigma ha formado parte del VIH/sida. Aunque actualmente este no represente una “sentencia de muerte”, es inevitable no transitar por momentos de miedo e incertidumbre cuando se recibe el diagnóstico reactivo.

Al final de la sesión, nos tomamos las manos, cada quien dijo unas palabras sobre cómo nos sentíamos y me permitieron presentarme al resto del grupo. Indiqué quién era y por qué investigaba la serodiscordancia. Pedí que si alguien estaba interesada/o en participar con la investigación, me lo hiciera saber. Distribuyeron entre las/os participantes tarjetas en blanco para que, si alguien quería formar parte de la tesis, me dieran sus datos después. Se acercaron dos varones a mí para participar en la investigación. Luego los contacté, pero no respondieron las llamadas ni los correos electrónicos y ya no los vi en el grupo.

A pesar de que ninguno de los participantes del grupo de auto apoyo respondió de manera favorable a mi llamado, decidí seguir asistiendo a las sesiones y ver los matices de las conexiones emotivas que surgen en este espacio. La segunda sesión a la que asistí tuvo una dinámica similar. Fue la siguiente semana de agosto. Me llamó la atención que también llegaron 22 varones y la misma chica trans, pero algunos de ellos no fueron los mismos que asistieron a la reunión pasada. También me generó inquietud saber por qué no había más mujeres en el grupo. El tema de ese día fue el de los antirretrovirales y sus efectos secundarios y colaterales. La dinámica principal consistió en escribir en un pizarrón el nombre de algunos fármacos y cada quien tuvo que indicar cuáles tomaba, cuáles han sido sus efectos secundarios y cómo se adecuó al tratamiento. Llamó mi atención que la mayoría hizo referencia, como efectos secundarios, a alteraciones del sueño, gastritis y en algunos casos depresión y ansiedad.

La emoción que predominó casi en todos fue el miedo a los efectos colaterales, es decir, los efectos a largo plazo que pueden provocar los medicamentos. El miedo más recurrente se relaciona con el cuerpo, pues los asistentes a esa sesión temen que su cuerpo cambie por la lipodistrofia o lipoatrofia y que sus mejillas absorban más grasa de la que deberían y su estómago crezca o les salga una joroba muy pronunciada en la espalda. También sobresalieron unos jóvenes que acaban de ir al grupo y no habían iniciado el tratamiento por miedo a las alteraciones propias de los efectos secundarios y colaterales. Parece que la sesión les sirvió, porque reconocieron que el tratamiento es la única alternativa médica para estar bien y minimizar la probabilidad de enfrentar otras enfermedades propias del padecimiento. Al final, los que ya están en tratamiento indicaron que se han acostumbrado a los antirretrovirales y que su ingesta se ha hecho rutinaria.

Ante la escasez de personas dispuestas a participar en la investigación, decidí alejarme unos días del grupo; el coordinador de información que me permitió entrar a las sesiones se encargó en los días que me ausenté de distribuir tarjetas por si alguien quería dejar sus datos de contacto. Regresé dos semanas después y en esa sesión el tema fue el avance de los antirretrovirales. Uno de los integrantes del grupo que estudia un doctorado en ciencias duras explicó de manera asequible para todas las personas cómo funcionan en las células los fármacos, cuáles son los avances en medicamentos más efectivos, con menos efectos secundarios y colaterales, así como las investigaciones recientes que apuntan hacia una cura del padecimiento.

De manera general sobresale que todas/os las/os participantes del grupo se mostraron optimistas ante los avances biomédicos, aunque el miedo sigue en ellas/os, sobre todo en los efectos que producen los fármacos. Me percaté de que ya no hablaron de mi tema de investigación al final de la sesión. Sin embargo, indicaron que la siguiente semana hablarían de “un tema que gusta mucho a los asistentes”: las parejas serodiscordantes. Me permití pedir la palabra y les ofrecí la posibilidad de realizar una exposición de los resultados de mi investigación de tesis de maestría para que la y los asistentes al grupo conocieran las experiencias

de otros varones que han vivido serodiscordancia. Los coordinadores aceptaron, me invitaron a tomar un café y me pidieron que no hiciera evidente que busco interlocutoras/es para la investigación, porque no querían ser “conejos de Indias”. Les indiqué que si lo hacía era para crear una investigación que diera cuenta de sus experiencias desde una perspectiva sociológica-feminista. Decidí no hablar más de mi investigación, realizada de 2011 a 2013, en las sesiones subsecuentes y preparé la exposición sobre las experiencias homoeróticas serodiscordantes de 20 varones de la Ciudad de México y algunos municipios del Estado de México.

Antes de acudir a la cuarta sesión del grupo, decidí entrevistar al coordinador que me permitió entrar al espacio de auto apoyo. Me comentó que el grupo quiere renovarse todo el tiempo y que quieren apoyar a las personas, pues algunos de ellos también viven con el padecimiento y tienen formación profesional en ciencias sociales, lo que les permite ayudar a más personas que han vivido lo que ellos. La duda que más me aquejaba era saber dónde estaban las mujeres, ¿por qué solo hay una joven trans en el grupo? ¿Qué pasa con las demás? El interlocutor fue claro: “las mujeres no se sienten identificadas en ese lugar; solo van hombres y eso las avergüenza. Han asistido una o dos, pero no perduran, quizá haga falta crear un espacio para ellas”. Esto me dejó muchas incertidumbres al respecto y algo que siguió latente en el trabajo de campo por muchos meses fue ver el lugar que ocupan las mujeres dentro de la serodiscordancia y el VIH/sida. ¿Dónde están? ¿Por qué no asisten a espacios mixtos? ¿Por qué hay segregación en grupos de personas que viven con VIH? ¿Qué hace que solo asistan los varones?

Después de la entrevista inició la sesión. Tenían contemplada mi participación en 20 minutos; decidí eliminar en la medida de lo posible la carga teórica de mi exposición y me concentré en las tres fases de análisis de aquella investigación: percepción del padecimiento, prácticas sexuales y vida cotidiana en tres momentos: antes, durante el momento de revelación del estatus serológico y, en el momento de la investigación, en su vínculo erótico-afectivo. Hice énfasis en los procesos emocionales que acompañaron a aquellos entrevistados, también hice hincapié en los procesos serodiscordantes que he experimentado en mi vida



desde la parte seronegativa. Pedí que las personas que asistieron –que, vale la pena mencionar, fueron más que en otras sesiones– compartieran con nosotros sus experiencias al respecto. La dinámica se extendió más de una hora. Se generó un ambiente relajado donde pudimos conectar nuestras experiencias.

Los puntos conflictivos fueron los mismos que en otras sesiones: cuándo iniciar el tratamiento antirretroviral, pero sobre todo cómo tener prácticas sexuales con otras personas con estado serológico distinto y cuándo plantear la serodiscordancia dentro del vínculo. Muchos de los cuestionamientos se relacionaron con el uso del condón, qué pasa si dejan de usarlo, si la otra persona debe saber su estado serológico, cómo vivir en la serodiscordancia. Di mis puntos de vista al respecto e indiqué que cada quien lo vive desde su perspectiva, pero que pueden experimentarse vínculos serodiscordantes sin una probabilidad elevada de seroconversión, siempre y cuando se lleven a cabo los cuidados necesarios.

Después de la sesión y de crear aquella red emocional decidí que era momento de dejar de asistir de manera rutinaria al grupo, porque mi investigación no quiere dar cuenta de los espacios de apoyo y era momento de explorar otros espacios institucionales. A partir de enero de 2015, asistí de manera eventual y para mediados de ese año de manera esporádica.

Pasaron algunas semanas y no aparecían interlocutoras/es. Ante la incertidumbre del paso del tiempo sin entrevistas ni contacto con personas involucradas en vínculos serodiscordantes, decidí cuestionarme si la investigación debía tomar un giro hacia la experiencia de la serodiscordancia en diferentes momentos del tiempo. Cuando decidí ampliar el espectro del contacto de personas, aparecieron poco a poco algunas/os interlocutoras/es. Durante seis meses pude dar seguimiento a cuatro varones jóvenes de clase media baja y baja que forman dos vínculos homo-erótico-afectivos, y a una mujer y su compañero en un vínculo hetero-erótico-afectivo serodiscordante, de clase baja y en la quinta década de su vida, a quienes pude entrevisté en profundidad durante 16 sesiones. Cada participante decidió hasta dónde pude entrar en sus vidas y procesos de emparejamiento, pero de manera general se mostraron muy participativa/os, me

recibieron en sus casas, ir a algunos de sus eventos importantes y pude acompañar a algunos hasta sus consultas médicas.

Después de seis meses de seguimiento a estos vínculos serodiscordantes hice un alto para percatarme de que los encuentros con estas experiencias me ha remitido a un proceso complejo, donde las conexiones emocionales y corporales se hacen presentes en las/os interlocutoras/es y en mí mismo. No había realizado investigaciones que involucraran mujeres antes de 2013; hacerlo con alguien que vivió los estragos de la violencia me remitió directamente a las conceptualizaciones de feministas de la segunda ola que pensaban en el patriarcado y los efectos de dominación en la vida de las mujeres. Todos los contactos que tuve con esta participante fueron muy intensos. Corporalmente hablando, los resentí: no hubo ocasión en que al finalizar la entrevista no me percatara de que sentía algo de fiebre, los músculos de la cara tensos, dolor estomacal, a veces náuseas; otras, tristeza y ganas de llorar. Estas sensaciones duraron meses en mí, incluso cuando presenté avances de investigación en coloquios, cada vez que mencionaba este caso tuve que hacer una pausa discreta en lo que lo enunciaba para que no fuera evidente mi voz entrecortada por las ganas de llorar.

Sara Ahmed indica que las emociones moldean las superficies corporales de las personas (2014). Con ese caso sentí que de alguna manera incorporé su dolor, ¿La dominación masculina? ¿La precarización en la que vivía? ¿Las desilusiones? ¿Los estragos de la violencia y la sumisión que había padecido por el “amor”? Al inicio no me explicaba por qué tenía esas sensaciones. Después me di cuenta de que aquellas respuestas emocionales me hicieron conectarme de manera corporal más intensa con los feminismos y de que tenía que seguir incorporando las voces de mujeres a mis investigaciones posteriores y que es necesario hablar de sus experiencias y los procesos de dominación que padecen, resisten y resignifican.

Esta relación corporal que tuve con el trabajo de campo ha sido experimentada por otras personas, como Rodrigo Parrini, quien, al relatar las

enfermedades que vivió después de estar en el lugar donde realizó una etnografía, así como las conexiones oníricas que hizo con sus interlocutores, agrega que

podríamos pensar el cuerpo como otro diario que se escribe en otro lenguaje o en una forma distinta de escritura. ¿Hay una narrativa en las enfermedades que produce un trabajo de campo?, ¿los síntomas son radiaciones de otras relaciones sociales, otras subjetividades, de otros cuerpos e incluso otras enfermedades? [...]. Si leyera los síntomas de mis enfermedades como notas corporales de un trabajo de campo, como complementos de una etnografía: ¿qué me dicen?, ¿qué develan?, ¿qué permiten entender que otros registros no consiguen? Si en ese proceso las notas se multiplican, así como los lenguajes, podemos intuir que hay algo que no logramos entender. En otras palabras, el exceso corporal, onírico, afectivo y emocional no es solo un resultado residual del trabajo de campo. También es señal de una carencia interpretativa. Hay algo que no logramos elaborar simbólicamente, hay espacios experienciales que no podemos registrar en el lenguaje (2015: 341).

En mi caso, insisto, esta investigación ha potencializado una conexión corporal con los feminismos. Para acceder a la versión de más mujeres decidí dar otro viraje a las estrategias metodológicas empleadas hasta finales de 2014, continué con el seguimiento de los tres vínculos erótico-afectivos que decidieron formar parte de la investigación y me enfoqué en buscar más en otros espacios institucionales. El reto estuvo en conseguir los testimonios hetero-erótico-afectivos, en ver los matices en otras experiencias materiales de clase social, edad e involucramiento con el padecimiento distintas a las del único vínculo de este tipo que conocía.

Mantuve abierta la posibilidad de que, si no aparecían en mi camino más personas afectadas por la serodiscordancia que se asumieran como heterosexuales, recabaría los testimonios de manera retrospectiva en personas que hayan formado parte de este tipo de vínculos en alguna etapa de su vida. Asumí que su testimonio daría riqueza a la información recabada al mostrar cuál es el elemento que produjo una ruptura en sus vínculos erótico-afectivos. Una dificultad todavía mayor, pero que hubiera enriquecido mucho la investigación, hubiera sido acercarse a realidades lésbicas serodiscordantes. Si bien, como he intentado mostrar, las mujeres aparecen algo segregadas del panorama del VIH/sida, parece que las experiencias lésbicas lo están todavía más, por lo que será necesario intentar ver qué pasa en ese sentido y reconozco que esta es una carencia importante de mi investigación que debe ser subsanada.

## 2.2 Segunda fase trabajo de campo: la clínica y la búsqueda de acercamientos con otras mujeres y más testimonios

A finales de 2014 comienzo a implementar las nuevas estrategias de búsqueda de interlocutoras/es. La opción de las organizaciones de la sociedad civil había quedado agotada, pues ya había visitado muchas desde 2011. Ya durante la investigación para mi tesis de maestría, había repartido volantes con mis datos en salas de espera de algunos hospitales y no había tenido éxito.

Decidí como primer paso hacer una inmersión reflexiva sobre mis estrategias cuando intenté acercarme a personas en vínculos serodiscordantes. Después de tener una participación profunda en el campo de investigación durante el segundo semestre de 2014, terminé sumamente agotado. La mezcla de emociones e incertidumbre me obligaron a ir a terapia psicológica para contención emocional. Después de algunas sesiones de catarsis, asumí que era momento de volver a buscar interlocutoras/es. En esta nueva fase, prioricé el rescate de la voz de las mujeres y, ante las dificultades para encontrarlas, mi objetivo versó en acudir a algunas instituciones médicas relacionadas con el VIH/sida.

En diciembre de ese año vi un tríptico sobre un evento para conmemorar el día de la lucha contra el VIH/sida. Incluía varias presentaciones de ponentes que trabajan en un centro de investigación de un hospital del gobierno federal. En el programa del evento hubo mesas enfocadas a mujeres, hombres, usuarias/os de drogas inyectables, gente de la tercera edad y estaba anunciada una exposición sobre parejas serodiscordantes. Mi expectativa por conocer a alguien que investigara sobre el tema me movió a ir. Acudí y me percaté de que las presentaciones se basaban en información sobre Estados Unidos, las/os ponentes celebraban que allá se hiciera tanta investigación y se preguntaban –a partir del contexto estadounidense– cómo operarían ciertas categorías –sobre todo epidemiológicas– en México. La exposición sobre la serodiscordancia se enfocó en consejos a personas seronegativas que tuvieran prácticas sexuales con alguien que viva con VIH, para no adquirir el virus.

Al final decidí acercarme a la directora del área de investigación social. Le compartí mi entusiasmo por los eventos sobre el VIH/sida desde una perspectiva

sociocultural y le conté sobre mi investigación. Como le pareció interesante, le pedí su apoyo para ingresar al hospital, hacer trabajo de campo y, a cambio, le ofrecí información como sustento empírico que contribuiría a mejorar la atención que reciben sus pacientes, así como una oportunidad de acercarse a sus necesidades a través de sus experiencias y no solo de enfoques epidemiológicos. Ella escuchó mi petición e indicó que sería interesante tener una perspectiva cualitativa. Me pidió mi protocolo de investigación y quedó en darme respuesta a la brevedad.

En la fecha que me indicó, le envié mi propuesta de investigación. Un mes después me respondió por correo electrónico diciendo entre otras cosas, lo siguiente:

pedí a algunos miembros del equipo psicosocial que revisaran tu propuesta, para tener una diversidad de opiniones. Nos parece que tu proyecto es interesante y valioso, sin embargo, no corresponde a las líneas de investigación que perseguimos actualmente [...], que son primordialmente cuantitativas y enfocadas en la investigación operativa. Por lineamientos oficiales y para cuidar el bienestar y confidencialidad de nuestros usuarios, para que pudiéramos apoyarte, el proyecto tendría que incorporarse dentro de [los nuestros] y ser aprobado por el Comité de Ética, por lo que para nosotros representaría una inversión de tiempo y esfuerzo; debido a que no está dentro de nuestras líneas de investigación prioritarias por el momento, el consenso es no involucrarnos en esto (directora de investigación social de un hospital del gobierno federal).

Ante mi desconcierto por la negativa a desarrollar la investigación, agradecí que se hubieran tomado la molestia de leer mi proyecto de investigación y lamenté que no quisieran “invertir tiempo y esfuerzo” en un proyecto que “no está dentro de sus líneas de investigación”. ¿En qué medida mi entrada a su institución vulneraría la confidencialidad del estado serológico de las/os pacientes? ¿Qué cuidan de las/os pacientes? Si bien no soy paciente de ningún espacio clínico para personas que viven con VIH/sida, sí he estado involucrado en muchos sentidos con el tema. No entendí qué tan intrusiva podría ser mi presencia cuando solo me iba a acercar a personas que lo permitieran.

Días después, decidí enfocarme en la transcripción de las entrevistas de la primera fase de la etnografía. Pensé que quizá la manera de acercarme a las instituciones no era la adecuada y que tendría que regresar a los testimonios que

tenía hasta el momento para ver en qué elementos debía centrarme en la nueva fase y por qué caminos iba la investigación. Mi conclusión fue la misma: necesitaba recuperar las voces de las mujeres y contrastar sus vivencias con las de los varones.

A inicios de 2015 pensé en aplicar un cambio a la estrategia metodológica: tal vez sería bueno pensar en incorporar otras miradas que de alguna manera se relacionaran con la serodiscordancia y no solo pensar en “parejas”, para enriquecer la etnografía con otras miradas y, sobre todo, adaptarme a las vicisitudes que el caso lleva implicadas por el ocultamiento del estado serológico ante gran parte de la sociedad.

Aunque hubiera querido agotar la estrategia que empleé en 2014 de dar seguimiento a personas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes, decidí que debía aceptar que la investigación misma me llevaba por otros caminos que tuve que aprovechar. Parrini dice que “Tanto etnógrafos como investigadores sociales debemos acomodarnos, de una u otra manera, al mundo que estudiamos, a los sujetos, a los hechos, a los espacios, a las estéticas” (2015: 355). Acepté que la realidad social es así de compleja: es muy difícil entrar a espacios institucionales a buscar interlocutoras/es, en algunos no ven relevancia a la metodología cualitativa, en otros sobreprotegen a las personas afectadas por el padecimiento; en unos más, prefieren que asistan a sus espacios solo personas que requieren atención. Pensé entonces que sería más productivo disminuir la elevada ansiedad que me generó no encontrar participantes y sacar ventaja de lo que se me presentaba como posibilidad para acercarme a nuevos testimonios.

Esto me hizo darme cuenta de que la etnografía sin duda es un proceso, como cualquier otro proceso corporal, altamente emocional. Krista McQueeney y Kristen Lavelle, utilizando la noción de *emotional labor* de Arlie Hochschild (1979), nos recuerdan que hacer presentes las emociones en el acercamiento etnográfico nos acerca a “una metodología crítica [que nos hace] llegar a entendimientos más profundos de los relatos y acciones de los participantes” (2015: 1, 2). Estas autoras nos invitan a resaltar la labor emocional que realizamos en la etnografía, la cual varía a lo largo de las situaciones que enfrentamos cuando buscamos los

datos empíricos. La etnografía pone de relieve las tensiones emocionales que forman parte del trabajo de campo y contribuyen a delinear nuestro posicionamiento en la investigación.

En temas altamente estigmatizados, como el VIH/sida y la serodiscordancia, el trabajo emocional ha sido constante. Trabajé durante muchos meses con la angustia por no poder acercarme a más personas, con el miedo de que no pudiera hacerles sentir cuál era mi intención, con la ansiedad por no recopilar nuevos datos, pero también con la perseverancia para seguir con este trabajo. *In situ*, las dificultades de presentarme en las instituciones médicas, indicar la relevancia científica y social de mi trabajo, mi retribución hacia la institución, lidiar con visiones machistas que no ven lo productivo de una reflexión feminista, ni con mi obstinación por acercarme a testimonios de mujeres, también requirieron de trabajo emocional intenso. A partir de estas situaciones, me percaté de que en el trabajo etnográfico nuestras emociones salen a flote y es a partir de allí que se inician o se imposibilitan las conexiones afectivas necesarias para acceder al testimonio de las/os interlocutoras/es.

Para acercarme a más personas, pensé en ampliar el espectro geográfico de la investigación y no tomar en cuenta solo a la Ciudad de México y al Estado de México, sino a personas que habitaran en estados aledaños. A inicios de enero de 2015 escuché sobre una mujer que vive con VIH en Morelos y que ahora estaba embarazada. Al parecer había escuchado sobre mi investigación y quería participar con una entrevista. Ella vive en un contexto socioeconómico bajo y no tenía mucha información científica respecto al padecimiento.

Pedí el número telefónico de esta joven, quien parece que tenía menos de 30 años y un hijo, además del que venía en camino. Después de unos días, la llamé; la escuchaba apenada, no sabía qué responder. Le indiqué quién me había dado sus datos y concertamos una entrevista. Una semana antes de esa cita, le marqué a su teléfono de nuevo para confirmar y me pidió cambio de fecha porque en el lugar donde nos veríamos hubo disturbios por algunas manifestaciones en las calles y no le parecía un contexto seguro. Vale la pena mencionar que pidió que la entrevista fuera en el espacio público, en un lugar muy alejado de su casa.

Dos semanas después la volví a contactar a su teléfono celular para ver si ya podíamos vernos para la entrevista. La llamé como a las ocho de la noche; sorpresivamente, no respondió ella, sino un hombre; pedí hablar con la interlocutora y el hombre me dijo en un tono molesto que ella no estaba, que quién la buscaba. Le proporcioné mi nombre y él enojado me dijo que no sabía a qué hora podría contestar ella la llamada. Agradecí la atención y le dije que la buscaría después. Una hora más tarde recibí un mensaje de texto de ese número que indicaba: “No me busques más pedos, por favor ya no me llames”. La incertidumbre se apoderó de mí. ¿Sabía que yo era quien la había buscado? ¿Mi voz “masculina” le ocasionó un problema con el hombre que respondió al teléfono? ¿Se trataba de una escena de celos o de una negativa a participar en la investigación?

Minutos después recibí una llamada telefónica de ese número. Era la mujer a quien entrevistaría. Ella no sabía quién era yo; ya no me recordaba. Le dije que era el estudiante que realizaba una investigación sobre la serodiscordancia. Su tono de voz cambió. Le pregunté si le había ocasionado un problema y me dijo que sí. Indagué si quisiera continuar con la entrevista y me dijo que no sabía, su voz se oía temerosa. Decidí que era mejor no continuar. Le ofrecí una disculpa, le dije que no fue mi intención molestarla y que esperaba no haber ocasionado problemas con el varón que respondió la llamada. No supo qué decir, solo se rió de manera nerviosa y dijo que no pasaba nada.

Considero que este acercamiento me permite leer la violencia que viven las mujeres. ¿Será que quien contestó el teléfono me leyó como hombre y asumí que mi llamada no era para una investigación? Creo que sí. ¿Será que incluso no sabe él sobre el diagnóstico de la mujer? Perdí el contacto con una interlocutora, pero viví de cerca el papel de la violencia a través de los celos. Descubrí que el acercamiento a las mujeres no sería fácil. El orden de género forma parte crucial del mismo. Solo fue mi voz, ¿qué sucedería si me vieran en persona?, ¿me seguirían leyendo como hombre y el acceso a las mujeres por parte de sus parejas varones sería imposible? Las pocas horas que duró esta experiencia de la



última llamada me permitieron saber que la violencia patriarcal controla no solo las prácticas, sino el testimonio de las mujeres respecto al padecimiento.

También es importante mencionar que entablé contacto con dos psicólogas y un médico que atienden a personas que viven con VIH. Pasaron varios días y correos electrónicos para que conocieran un poco de mi proyecto de investigación y aceptaran contactarme con personas en vínculos serodiscordantes. Pero una vez más, me enfrenté a la negativa para participar en mi investigación. En un correo electrónico me comentó la psicóloga que lamentaba mucho que nadie hubiera querido participar, que en realidad es complicado que los pacientes quieran hablar de sus experiencias con alguien que no conocen. Ella, la otra psicóloga y el médico se ofrecieron a platicar conmigo para recopilar su testimonio como profesionistas de la salud y su relación con el VIH/sida. Decidí enfocarme en conseguir más personas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes y entablar contacto con ellas y él en unos meses después para recabar su testimonio.

Días después de esta experiencia pensé en la necesidad de, una vez más, crear nuevas estrategias para acercarme a mujeres involucradas en la serodiscordancia. Entablé contacto con personas de colectivos estudiantiles y de la diversidad sexual por varias semanas para ver si conocían personas en esta situación. Incluso pensé en indagar experiencias serodiscordantes del pasado de algunas personas y ver los cambios en las temporalidades y su relación con el padecimiento.

Nadie manifestó conocer a mujeres en vínculos serodiscordantes. Sin embargo, seguían apareciendo varones en vínculos homo-erótico-afectivos. Al principio me resistía a seguir entrevistándolos y decidí solo agregar a varones que sociológicamente hablando dieran un nuevo matiz a la investigación. Es decir, que fueran interlocutoras/es con alguna característica sociodemográfica distinta a las de las personas que ya habían participado en la investigación.

Semanas después alguien me dio el número telefónico de dos varones en un vínculo serodiscordante que querían formar parte de la investigación. Aunque al principio temía que incluirlos me alejara de mi objetivo para esta fase –entablar contacto con mujeres relacionadas con el VIH/sida–, decidí acercarme a estos

interlocutores porque ambos son de clase social media-alta [así se asumen ellos], y provienen de otro contexto sociocultural distinto al mío.

La primera entrevista la hicimos en la casa de los interlocutores a las 10 de la noche, porque ambos llegan tarde a casa. Ellos se acercan al estereotipo del *gay*: son clasemedieros, blancos, atractivos, altos, viven en una zona cara de la ciudad y además son muy exitosos en sus respectivos empleos.

El contacto que establecí con ellos fue peculiar, no sabía muchas veces qué decir y a ellos les parecían extrañas algunas de mis prácticas. Por ejemplo, me preguntaron si había llegado en automóvil; les dije que no, que no tenía. Cuando les dije que vivía en el sur de la ciudad, me preguntaron inmediatamente en qué zona, para ver si la conocían. Cuando supieron que estudiaba un posgrado, manifestaron sentirse en confianza porque por mi nivel educativo; según ellos, tendíamos afinidad en muchos temas. Con nuestro contacto se sintieron en confianza porque, como indicaron:

No es por ser groseros, pero no nos gusta ver en la clínica mucha gente pobre, que sufre mucho. Ves muchas historias muy tristes. La verdad es que conocer a alguien que ya estudia el doctorado nos da más confianza, queremos conocer gente involucrada con el tema [el VIH/sida], que esté a nuestro nivel, que tengamos la misma conversación y que no todo sea drama, porque eso nos abrumba.

Incluso, con uno de ellos, en una entrevista individual me comentó: “claro, es que al menos nosotros no estamos tan mal, imagínate ser feo, pobre, joto y todavía vivir con VIH, eso está más cabrón”.

Yo nunca oculté mi origen socioeconómico; asumo que lo infirieron después de algunos minutos de platicar, ver mi ropa, escuchar mi manera de hablar y de que les conté cuál es mi medio de transporte. Conocerlos me permitió ver que la clase social no debe pasar inadvertida en mi investigación y que es más fácil experimentar la serodiscordancia si tienes sustento económico.<sup>123</sup>

Después de algunas semanas de seguir buscando testimonios, decidí ir a la Clínica Especializada Condesa de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, en los primeros días de febrero de 2015, para realizarme una prueba de

---

<sup>123</sup> Al respecto véase el trabajo de Claudia Fonseca (2005) que invita a retomar el papel de la clase social para el análisis etnográfico.

detección de VIH, y aproveché para preguntar si podían ayudarme con la investigación. Cuando realicé mi tesis de maestría me acerqué ellas/os para pedir su apoyo; pero, aunque mostraron interés en mi trabajo, no se pudo concretar nada entonces. Supuse que pasaría lo mismo esta vez, pero sorprendentemente me dijeron que ahora están muy interesados en investigaciones con metodología cualitativa y que estaban dispuestos a apoyar mi proyecto. Les conté que mi acercamiento etnográfico ya estaba avanzado y que enfocarme en las dinámicas de atención de la clínica sería otra investigación, por lo que solo quería explorar cómo trabajan y buscar usuarias/os para acercarme a sus implicaciones corpóreo-afectivas.

La entrada a la clínica fue complicada, a pesar de su primera aceptación. En seguida aparecieron los cuestionamientos sobre la dimensión ética de la tesis e inició un intercambio de oficios y correos electrónicos: primero les mandé mi protocolo de investigación; después dos correos electrónicos más. Luego me pidieron apoyo institucional por parte del Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) de la UNAM a través de documentos que indicaran que mi investigación está avalada por la Universidad. También me pidieron que se indicara que mi tesis está guiada por normas éticas. Luego tuve que esperar a que mi protocolo fuera leído por varias personas, entre autoridades administrativas y académicas de otras instituciones que colaboran con este espacio médico.

Inició así una nueva etapa del acercamiento etnográfico. Cuando tuve el visto bueno de muchas personas, tuve que ir de nuevo para presentarles las cartas de consentimiento informado que firman todas/os mis interlocutoras/es con el logo del PUEG. Todas las cartas debieron llevar sello o firma de alguna autoridad o programa de la UNAM. Un integrante del personal de la clínica corrigió el contenido de la carta de consentimiento informado. Me pidieron una fotografía y algunas copias de documentos de identificación oficial para generarme una credencial. Después tuve que esperar a que estuviera la persona que elabora las credenciales. Todo este proceso llevó dos meses.

Después me canalizaron con unos varones jóvenes que forman parte de una asociación civil que junto con el espacio institucional brindan asesoría a personas recién diagnosticadas. Ellos indicaron que, para aprovechar mi paso por allí, elaborarían un plan de trabajo: para febrero de 2015, tenían identificados más de 150 vínculos serodiscordantes: 27 hetero-erótico-afectivos, 15 en vínculos donde una persona es trans y el resto (más de 100), de vínculos homo-erótico-afectivos.

Me sorprendió que cuando les hablé sobre el proyecto, un consejero me dijo: “el VIH forma parte de los *gays*, no hay muchos heteros involucrados con el padecimiento; de más de 10,000 pacientes que atendemos acá, el 10% deben asumirse como heteros, los demás han tenido prácticas sexuales con varones”. ¿El VIH/sida es entonces un padecimiento de varones que mantienen prácticas homoeróticas? A pesar de que las cifras epidemiológicas indican mayor prevalencia en ellos, me propuse indagar por qué las mujeres no aparecen en el panorama. ¿Es el espacio institucional? Días después conocí a una mujer que vive con VIH y que brinda consejería a las mujeres que reciben diagnóstico en la clínica. Le pregunté si estaba en un vínculo serodiscordante en la actualidad, me dijo que sí, pero que “su pareja no sabe, que ella perdería su trabajo si supieran, que además es madre de un hijo y no le gustaría que por decirle a su actual pareja sepan”. Con este testimonio descubrí que tal vez la imposibilidad para acercarme al testimonio de las mujeres se relacionaba, dependiendo del caso, con dos procesos: la violencia patriarcal que las invisibiliza del panorama del VIH/sida<sup>124</sup> o con una estrategia donde se utiliza el ocultamiento para mermar los estragos de la *abjectificación*.

Mi lugar de contacto con nuevas/os interlocutoras/es se estableció a partir del espacio que ocupan las personas de la asociación civil –denominadas/os “asesoras/es pares”– que se encargan de recibir a los nuevos pacientes con diagnósticos de VIH; les dan apoyo, les escuchan y orientan desde su experiencia

---

<sup>124</sup> Ya ha sido documentado que las mujeres también forman parte de “los grupos de riesgo” para adquirir el padecimiento. Es cierto que no figuran de manera preponderante en el panorama de lucha contra los estragos de la pandemia. Esto se hace más presente si pensamos en mujeres con prácticas lésbicas. Sobre su invisibilización véase Richardson, 2000; Wieringa, 2010.

sobre cómo vivir con el padecimiento hasta cómo insertarse en la clínica. Este espacio es una sala donde hay tres escritorios con computadoras, sillas y detrás una terraza donde se conversa de manera privada con quienes necesitan aclarar dudas. Está ubicado junto a los consultorios de consejería, donde hay psicólogas/os que informan sobre el resultado de la prueba de detección. Sin duda, se trató de un lugar de observación privilegiado, pues además de ver la rutina diaria de entrada y salida de pacientes, vi cada día a muchísimas personas que se acercaban a pedir condones y que manifestaban sus inquietudes sobre el padecimiento.

El plan de acción de contacto con las/os usuarias/os del hospital fue: la gente de la asociación civil hizo los contactos vía telefónica para dar un breve seguimiento sobre las personas en vínculos serodiscordantes (yo pagué el crédito para el teléfono celular de donde realizaron las llamadas); la gente que aceptó asistió a una asesoría con ellos, para ver cómo ha marchado su vínculo, y después yo aparecí para plantearles mi investigación y ver quién querría participar con su testimonio. Este plan obedeció a la necesidad de preservar la privacidad de las/os participantes y que fuera el servicio de atención el punto de partida para el contacto, mas no mi investigación.

El proceso de planeación e inicio de las llamadas tardó un mes. Mientras tanto, aproveché para asistir a diario a las instalaciones de la clínica; para ver cómo son las dinámicas de trabajo en los espacios de consejería y aplicación de pruebas de detección de VIH, platicar con personas que acuden al espacio institucional y en la medida de lo posible entablar contacto con personas en vínculos serodiscordantes.

Al mismo tiempo asistí a varias sesiones de grupos de auto apoyo para personas que viven con VIH que ofrece esta institución y registré lo observado en mi diario de campo. En ninguno de los dos grupos que asistí había mujeres, solo alrededor de una treintena de varones. Me percaté de que la dinámica era similar a la de otros espacios donde yo ya había estado. Las emociones estaban muy presentes; me llamó mucho la atención el caso de un joven que había recibido su diagnóstico muy recientemente, lo que lo tuvo llorando toda la sesión. Cuando le

dieron la palabra, comentó que quería ser una persona “normal”, que el padecimiento sería ahora una especie de doble marca y falla para la familia: por “ser maricón y ahora vivir con el virus”, indicó. Indudablemente, el trabajo de los facilitadores es crucial no solo para que las sesiones contribuyan a que las personas se sienten mejor y vayan incorporando el padecimiento a sus vidas, sino que también contribuyen a crear redes afectivas de solidaridad y acompañamiento. Al final de cada sesión me permitieron presentar y solicitar apoyo para recopilar testimonios para mi investigación. Algunos varones se acercaron y me proporcionaron sus datos.

El proceso de acercamiento por teléfono marchó de manera lenta y no obtuve buenos resultados para la tesis: de los más de 150 vínculos serodiscordantes registrados, accedieron a la plática con el personal de la asociación civil que trabaja en la clínica un poco más de 20, la mayoría varones asumidos como homosexuales. La sombra de la imposibilidad para acercarme a las mujeres seguía acechándome; la diferencia es que en este espacio institucional veía todos los días a muchas con diagnóstico reactivo a VIH. Supe desde un inicio que allí podría acercarme a sus testimonios.

Portar el gafete sirvió como herramienta para que las/os usuarias/os pensaran que trabajaba allí; todo el tiempo me preguntaban en los pasillos por consultorios, aulas y demás espacios. También me planteaban dudas sobre el diagnóstico y los trámites administrativos. Yo respondía que estaba realizando una investigación y que no laboraba allí. Incluso, en una ocasión se acercaron un joven y una chica de aproximadamente 25 años, me pidieron condones, les dije que en cuanto se desocuparan las personas de la asociación civil les atenderían; me contaron por sí mismos que él vive con VIH y ella no: sentí que fue la coincidencia que estaba esperando, les platicué sobre mi investigación, aceptaron participar, pero dijeron que tendría que entrevistarles en ese momento, aunque cuando me percaté, después de que recibieron atención médica se fueron; me dejaron su número telefónico pero no respondieron los mensajes que les envié en los siguientes días.

Mientras seguía en la búsqueda de testimonios de mujeres, platicaba con personal de la clínica y a veces usuarias/os. Me sumergí en la vida institucional y creé buenos lazos afectivos con muchas personas que allí trabajan. Les manifestaba de manera constante mi preocupación por no encontrar testimonios de mujeres; sorpresivamente, un joven que escuchó la plática se acercó a decirme: “es que las mujeres no lo transmiten, por eso no has encontrado aquí”.<sup>125</sup> Indiqué que yo consideraba que sí, pero que era importante saber cómo comprendían ellos la relación VIH/sida-mujeres. En la asociación civil que está dentro de la institución de salud, incluso hay dos mujeres que fungen como asesoras pares. Posteriormente supe que en la clínica hay un grupo para ellas, que no podían ir hombres; pedí acceso, aunque fuera a la parte final para presentarme; sin embargo, me indicaron que es un espacio destinado para ellas y que además ninguna estaba en un vínculo serodiscordante. Me indicaron también que la mayoría había adquirido el virus porque sus parejas –varones– se lo transmitieron.

Después de algunas semanas, aparecieron dos varones en otro vínculo homo-erótico-afectivo, los entrevisté pues se trataba de personas muy jóvenes, incluso para uno de ellos se trataba de su primera experiencia de “relación de pareja”. Días más tarde, una mujer que vive con VIH accedió a darme dos entrevistas. Ella había tenido una relación serodiscordante, pero desafortunadamente se había enterado cuando su esposo falleció y meses después ella recibió su diagnóstico. Su historia fue muy valiosa y nutrió de manera sustancial la investigación.

Días después una mujer trans fue con su novio a la clínica; un asesor par me indicó que ella y él están en un vínculo serodiscordante, nos presentaron y decidieron participar en la investigación. Al inicio, quise partir de una postura más abierta y a mí me pareció que estaba en contacto con un vínculo hetero-erótico-afectivo más; durante la primera entrevista me llevé una sorpresa que derrumbó algunas certezas metodológicas: ellos no se asumen como hetero, tampoco creen

---

<sup>125</sup> Una vez más salió la invisibilización de las mujeres. Como lo documenté en el capítulo I hay incluso evidencia epidemiológica que constata transmisión de VIH entre mujeres con prácticas lesbo-erótico-afectivas (cfr. Chan, Thornton, Chronister *et al.*, 2014).

que son los típicos homosexuales o *gays*, se asumen como bisexuales. Cuando pregunté por qué, ella respondió: “porque está conmigo”, yo respondí: “pero eres mujer, ¿no serían hetero?”, ella dijo: “pero soy mujer trans, hay algo de mí que conservo de cuando era hombre, él no está con una mujer que son como las demás, seríamos bi, entonces”. Vale la pena indicar que esto mismo me sucedió dos veces más: conocí a dos parejas más en vínculos semejantes y sus respuestas fueron similares. Esos acercamientos me hicieron ver que los procesos de identidad/identificación son complejos. Dado que estos informantes indicaron no estar en un vínculo “homo” ni en uno “hetero”, decidí no utilizar sus testimonios para esta tesis y dedicarles posteriormente otro espacio que analice las vicisitudes del padecimiento que en sus casos se complejizan por el uso de hormonas que muchas veces no son compatibles con los antirretrovirales y la experiencia trans que da matices distintos a la vivencia de la serodiscordancia.<sup>126</sup>

Enfrentar la serodiscordancia mediante mis entrevistas ha sido complicado para algunas personas. Un día me dijo uno de los consejeros en tono de broma: “tu protocolo hace que terminen las parejas serodiscordantes”. Sorprendido pregunté por qué y me comentó de dos casos de varones que habían decidido terminar su vínculo después de que alguno de los consejeros les comentó sobre mi tesis. Aunque me parece que el fin de esas relaciones no dependió totalmente de su participación en mi investigación, considero que es importante resaltar cómo la posición de *abyectificación* desplegada por el padecimiento se hace presente cuando alguien la confronta de manera directa. Es como si el padecimiento fuese un fantasma que con mi intervención aparece, haciendo evidente la sensación de vulnerabilidad a que este induce. Permanecer oculta/o es una estrategia de sobrevivencia en muchos casos; es una herramienta que muchas veces es utilizada para formar un vínculo erótico-afectivo, para evitar que la familia u otras personas se enteren del diagnóstico y en muchos casos, hasta para conseguir empleo.

---

<sup>126</sup> También tuve la oportunidad de asistir a un grupo de auto apoyo para personas trans (que no necesariamente viven con VIH) dentro de la clínica. De la misma manera, me presenté y busqué interlocutoras/es. Aunque algunas personas tomaron mis datos, nadie me contactó después. Estar allí sirvió para saber de manera más cercana que las experiencias trans remiten a otro tipo de complejidades socioculturales que deben ser documentadas.



Las entrevistas con varones continuaron y un día logré entrevistar a dos que acababan de conocer el diagnóstico reactivo a VIH de uno de ellos. Nuestra plática fue interesante, pues quien no salió reactivo aprovechó el momento para terminar el vínculo erótico-afectivo. Aunque indicó que no terminaba por la diferencia en el estado serológico y argumentó que se debió a otros factores, considero que aprovechó el espacio de la clínica para finiquitar la relación.

Posteriormente, después de dos meses de trabajo de campo intenso, empezaron a aparecer más mujeres que quisieron contribuir con mi investigación. Primero conocí a una que fue a la clínica a recoger los estudios de laboratorio de su esposo, quien también vive con el virus y al momento de la entrevista estaba hospitalizado por una complicación derivada del padecimiento.

Días después, conocí el caso de una pareja donde la mujer vive con VIH y el esposo no. Escuchar sus historias me remitió a algunos elementos compartidos en los testimonios que recabé de mujeres: su papel como cuidadoras del esposo, la entrada al conocimiento de una nueva enfermedad que antes era totalmente desconocida por ellas, la preocupación por saber de dónde vino el diagnóstico, el miedo a adquirir el virus y, si ya lo adquirieron, buscar resignación y resignificación del mismo, elementos que sin duda se relacionan con los roles de género que como amas de casa deben cumplir, pero que se complejizan por formar parte de vínculos con esta característica en los que nunca pensaron estar. Finalmente aparecieron otros dos varones interesados en compartir su testimonio que entrevisté de manera conjunta en una sola ocasión.

Algunos meses después, dos asesores pares decidieron iniciar un grupo de auto apoyo para “parejas serodiscordantes”, pues identificaron que son muchas las personas que están en este tipo de vínculos y tienen muchas inquietudes. La idea me entusiasmó mucho, no tanto por la posibilidad de conocer más gente para la interlocución, sino porque me parece que es necesario tener más espacios donde se hable del tema. Aunque hay muchas personas en este tipo de vínculos, su participación en el grupo no fue constante. Quizás en una de las sesiones que más participantes hubo, fue cuando asistieron algunos varones y una mujer en tres vínculos homo y uno hetero.

Constaté que mientras los varones en vínculos homo fueron por dudas sobre el VIH, algunas Infecciones de Transmisión Sexual y los efectos de los antirretrovirales, las personas en vínculos hetero hablaban además sobre la dificultad para incorporar el uso del condón en sus prácticas sexuales, la hostilidad de la familia –sobre todo de hijas e hijos– y en todos los casos, hablaron sobre el amor que sienten por la otra persona y la búsqueda de herramientas para resignificar el padecimiento y continuar con la relación erótico-afectiva actual. Después de unos meses de prueba, ante la falta de asistentes, el grupo desapareció.

El último mes que destiné al trabajo de campo lo utilicé para ahora recopilar testimonios de prestadoras/es de servicios de salud de la clínica. Intenté ver cómo actuaba el discurso de la medicina a través de ellas/os. La sorpresa que me llevé fue que, al menos con la gente que entrevisté, no vi una visión meramente biomédica; el personal de salud tenía claro que la vivencia del VIH y la serodiscordancia se complejizan en mujeres y en personas de clase socioeconómica baja. Me sorprendió la sensibilidad que mostraron para atender e intentar ayudar desde la institución de salud a personas en situaciones de precariedad. Las mujeres en vínculos serodiscordantes que sufren abuso, donde el esposo vive con VIH y no quiere usar condón, fue de las preocupaciones que sobresalieron.

En agosto de 2015 decido terminar el trabajo de campo. En resumen, en la primera fase de la etnografía di seguimiento a la vida cotidiana de varones en dos vínculos homo-erótico-afectivos y a una mujer y un varón en un vínculo hetero-erótico-afectivo por seis meses (julio-diciembre de 2014). En la segunda, estuve en la Clínica Especializada Condesa por seis meses; esta fase incluyó entrevistas con personas en vínculos serodiscordantes y observación participante de las actividades que realiza el personal de servicios de salud a quienes se diagnostica con VIH (enero-agosto de 2015).

En el transcurso del acercamiento etnográfico realicé entrevistas audiograbadas cuya duración osciló entre 1:30 y 2:45 horas cada una y las transcribí en el programa Word. Algunas fueron realizadas con ambos integrantes

del vínculo, otras de manera individual. Cada una de las personas entrevistadas posee una copia del consentimiento informado. En mi diario de campo registré notas que derivan de la observación que realicé, fragmentos de cientos de pláticas informales, así como reflexiones sobre el tema o algunos puntos relevantes de conversaciones con interlocutoras/es, compañeras/os y profesoras/es de seminarios doctorales de la UNAM y la UAM, tutoras y personas que prestan servicios de salud en la clínica.

En total realicé 42 entrevistas distribuidas de la siguiente manera: vínculos hetero: cuatro; vínculos homo: seis; vínculos con mujer trans: tres (las cuales elimino del análisis de esta investigación); mujeres que viven con VIH [sin vínculo al momento de realizar la(s) entrevista(s)]: dos; personal que presta servicios de salud en la clínica: siete (una psicóloga que lleva un protocolo para personas en vínculos serodiscordantes hetero, un psicólogo que lleva un protocolo para los vínculos serodiscordantes homo, un ginecólogo que atiende a parejas serodiscordantes hetero y cuatro asesores pares, de los cuales tres viven con VIH; el otro no vive con VIH, pero es psicólogo).<sup>127</sup> Con algunas personas tuve más de una entrevista.

### 2.3 Presentación de las/os interlocutoras/es

A continuación presento, de manera breve, algunas características de las personas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes que participaron en esta investigación. Cambié todos los nombres y algunos datos de identificación; aunque dos personas me pidieron que mantuviera sus nombres reales, decidí, para preservar el anonimato de sus testimonios desde una postura ética, no hacerlo. (En la sección de anexos, al final de la tesis, véanse dos cuadros que engloban más características de las/os informantes –incluido el personal médico– y algunos datos metodológicos).

---

<sup>127</sup> La guía de entrevista para el personal médico se encuentra en el anexo I al final de la tesis.

#### A) Isaac y Josué

Los conocí a finales de 2011 cuando presenté en un coloquio universitario los resultados de mi investigación de maestría. Isaac tiene 22 años, estudia una licenciatura y vive con VIH desde hace más de dos años; vive con su familia, que se encarga de su manutención. Recibe atención médica en una institución de seguridad social gubernamental. Se asume como homosexual.

Josué tiene 32 años y trabaja en una empresa, tiene la misma formación profesional que Isaac, pero más experiencia laboral. Vive solo. En el pasado, ya había tenido varias experiencias serodiscordantes, por lo que el tema no le era ajeno. Se asume como homosexual. Aunque también aceptó formar parte de la investigación sin ningún inconveniente al inicio, mostró algunas resistencias para emitir su testimonio. Me dijo que su proceso de participación en esta investigación fue “complicado y hasta un poco intrusivo”, porque si bien ve las ventajas de compartir lo que ha experimentado, le parece muy complejo contar su vida.

Llevaban más de un año en el vínculo. Desde que los abordé, ambos se mostraron dispuestos a participar. Isaac ha sido el más participativo. Vio pertinente su testimonio para la investigación: ha permitido que lo acompañe a su universidad, a las consultas médicas y a las reuniones de un grupo de activismo de la sexualidad diversa en el que participa; siempre estuvo dispuesto a conversar conmigo durante el tiempo que sea necesario sobre cualquier tema relacionado con el padecimiento y su vida cotidiana.

Dos meses antes de concluir esta investigación me entero que deciden terminar su vínculo.

#### B) Ramiro y Esteban

Conocí a Ramiro y Esteban en una reunión de un amigo común. Me sorprendió la rapidez con la que accedieron a participar, pero me alegró más tener interlocutores, por lo que pactamos una cita en un restaurante.

Ramiro tiene 23 años, trabaja en una empresa. Se asume como homosexual. Vive con sus padres. Recibió el diagnóstico reactivo a VIH hace un poco más de un año. Cree saber quién le transmitió el virus en una experiencia

muy complicada porque, aunque sabía que el padecimiento existía, nunca pensó que lo fuera adquirir, ya que casi siempre utilizó condón en sus prácticas sexuales. Se atiende en una clínica de una institución de seguridad social gubernamental. Su carga viral es indetectable y el conteo linfocitario elevado.

Esteban también tiene 23 años y trabaja en una oficina. Vive con sus padres y hermanos. Es una persona muy hogareña, tuvo pocas relaciones de pareja que duraron muchos años. Nunca había tenido ninguna experiencia previa relacionada con el VIH/sida o la serodiscordancia. Aparentemente no tiene mucha información respecto al virus, formas de transmisión o implicaciones en la vida cotidiana y prácticas sexuales.

Llevan pocos meses en su vínculo. Desde que se conocieron supieron la diferencia en sus estados serológicos.

### C) Josefina y Óscar

En otras investigaciones que realicé hace algunos años, conocí en varios grupos de auto apoyo a gente que vive con VIH. En uno de ellos, hablaban mucho de Josefina y Óscar, pues no es común encontrar personas que formen parte de vínculos hetero-erótico-afectivos en esos espacios. Cuando buscaba interlocutoras/es y me sentía un poco desesperado porque no aparecían, un amigo los encontró en una clínica, les comentó sobre mi investigación y aceptaron formar parte de ella.

Josefina y Óscar llevan más de dos décadas de matrimonio, tienen más de 50 años de edad cada quien y 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. La primera entrevista la realicé con ambos en su casa. Viven en una casa propiedad de Óscar en la Ciudad de México. Habitan con tres de sus hijas y las familias de ellas en una colonia popular. Hablaban del padecimiento y su relación de pareja enfrente de quien estuviera en la casa. Tienen más de 10 hijas/os, muchos nietos y pocos bisnietos. El diagnóstico de Óscar vino hace una década.

Josefina se asume como heterosexual, es ama de casa y realiza otras actividades informales que le dan remuneración económica, como el aseo en

varios lugares. A Óscar le diagnosticaron el virus a una edad y etapa avanzada porque, como se asume heterosexual, el personal médico intentó descartar cualquier enfermedad, menos el VIH, hasta que llegó a etapa de sida y dieron con el padecimiento. Años después, superó esta etapa y regresó a la de VIH.

#### *D) Edgar y Bernardo*

Los conocí a partir de un amigo en común. Edgar y Bernardo tienen 31 años de edad cada uno. Se asumen como homosexuales, viven juntos y trabajan en la misma empresa. Llevan más de una década en su vínculo erótico-afectivo y apenas algunos meses de haber recibido el diagnóstico reactivo de Edgar al VIH. Este apareció cuando la relación ya tenía muchos años. Desde el acercamiento, que fue muy sincero, me hablaron sin ningún problema de su apertura sexual, a través de historias que circulaban en la prosperidad económica, con viajes y adquisiciones de bienes como automóviles.

#### *E) Germán y Héctor*

Conocí a Germán en una asociación civil. Le platicué sobre mi investigación e inmediatamente aceptó participar. Tiene 28 años, vive con un primo, trabaja en una asociación civil, vive con VIH desde hace cuatro años. Héctor tiene 25 años, es estudiante de licenciatura, vive con sus padres y hermanos. Los dos se asumen como homosexuales. Es la primera experiencia serodiscordante de ambos, además de las primeras respecto a vínculos erótico-afectivos para Héctor. Llevan más de dos años juntos. Manifestaron algunos conflictos respecto al VIH relacionados con sus prácticas sexuales y algunos miedos que han experimentado.

#### *F) Virginia*

Tiene 34 años de edad. La conocí en una presentación sobre enfermedades crónicas. Vive con VIH desde hace una década, es madre soltera, supo de su diagnóstico a la par del de su esposo, quien falleció meses después. Se asume como heterosexual. Logró resignificar la vivencia del virus y apoyar a otras mujeres en la misma condición. Vive con su hija, quien ha sido una figura

importante para ella, pues la ha apoyado en su trabajo y en aceptar su estado serológico. Ha estado en algunos vínculos serodiscordantes (aunque en el momento de las entrevistas no estaba en ninguno) y me compartió algunas de las dificultades en este tipo de relaciones, sobre todo las que tienen que ver con posibilidades de maternidad, discriminación, miedos sobre la transmisión del virus y algunas dudas sobre los efectos de los fármacos.

#### G) Diana y Juan

Los conocí en la Ciudad de México. Diana tiene 30 años, es ama de casa, viene en otro vínculo erótico-afectivo, donde tuvo tres hijas, pero conoció a Juan y decidió terminarlo para iniciar este. Al momento de realizar la entrevista estaba buscando maneras para recuperar a sus hijas e incorporarlas a su nuevo hogar.

Juan tiene 33 años, trabaja en una panadería y conoció a Diana hace algunos meses. Vive con VIH desde hace un año. También tiene hijos que, al momento de la entrevista, no podía ver a causa de su nueva relación, situación que estaba arreglando. Ambos se asumen como heterosexuales, viven juntos, llevan seis meses en el vínculo y Diana se enteró hace poco del diagnóstico de Juan. Su relación se dio después de una experiencia de reclusión de Juan. Aunque solo pude tener una entrevista con ambos, su historia fue muy interesante.

#### H) Luis y Martín

Martín tiene 24 años, se asume como homosexual, estudió hasta la secundaria y después se dedicó a trabajar en una oficina. Luis tiene 23 años, migró a la Ciudad de México desde otro estado de la república mexicana, se asume como homosexual y trabaja en una tienda de abarrotes. El día de la entrevista había recibido su diagnóstico reactivo a VIH.

Llevan algunos meses en la relación. Cada uno vive con su familia en la periferia de la Ciudad de México. Manifestaron algunas dificultades por supuestas infidelidades, situación que Martín aprovechó para terminar el vínculo en la entrevista, la cual decidí concluir para darles tiempo de platicar entre ellos y solucionar sus conflictos. Lo aceptaron, se fueron del lugar donde estábamos y no supe más de ellos.

### *I) Inés y Aldo*

Inés tiene 39 años, es ama de casa, se asume como heterosexual y vive con VIH desde hace algunos meses. Aldo tiene 42 años, trabaja en una empresa, también se asume como heterosexual. Procrearon tres hijos juntos y llevan más de una década de matrimonio.

Su historia es peculiar, pues terminaron la relación hace algunos años; Aldo tuvo problemas de alcoholismo, lo que repercutió en conflictos en la dinámica de la relación: Inés decidió irse y formar otro vínculo erótico-afectivo. Meses después, la persona con la que Inés estaba murió por complicaciones del padecimiento y ella recibió el diagnóstico reactivo a VIH. Cuando ambos deciden retomar su relación, se encuentran en una nueva etapa que ha sido complicada, pero también les ha permitido estar juntos de nuevo.

### *J) Adriana y Alberto*

Adriana tiene 28 años, estudió una licenciatura y ahora trabaja en una empresa, se asume como heterosexual. Vive con sus padres. Alberto tiene 30 años, estudió licenciatura y trabaja como profesor. También se asume como heterosexual. Vive con sus hermanos y padre. Recibió su diagnóstico reactivo a VIH justo el día de la entrevista.

Llevan en el vínculo algunos meses y su historia, como la anterior, también es peculiar: se conocieron hace una década, formaron un vínculo que terminó, después se reencontraron, decidieron reanudar la relación y apareció el diagnóstico de Alberto. Al momento de los encuentros etnográficos, ambos se mostraron entusiastas por la posibilidad de conocer a otras personas que estuvieran experimentando situaciones similares a las de ellos.

### *K) Gabriela*

Tiene 26 años, se dedica al trabajo doméstico, estudió hasta la secundaria, se asume como heterosexual y vive en la periferia de la Ciudad de México. Lleva una década viviendo con su marido; recibió su diagnóstico hace algunos años. Al momento de realizar la entrevista, su esposo también vivía con VIH y estaba en el



hospital, Gabriela me relató las dificultades que ha vivido a partir de saber del padecimiento y cómo ha buscado lugares para resignificar su vivencia.

#### L) Mauricio y Alejandro

Mauricio tiene 24 años, es estudiante de licenciatura y se asume como homosexual. Vive con sus padres. Fue diagnosticado con VIH desde hace más de dos años. Alejandro tiene 26 años, trabaja en una asociación civil y también se asume como homosexual. Vive con una tía.

Llevan más de un año en su vínculo, es la primera experiencia de serodiscordancia para ambos. Alejandro supo del estado serológico de Mauricio meses después de haber iniciado el vínculo, lo que complejizó la relación. En entrevista con ellos, dijeron que habían decidido continuar juntos y que están aprendiendo a vivir con el padecimiento. Manifestaron algunos miedos por cosas que desconocen sobre el VIH.

Aunque al final de la tesis se encuentran dos cuadros con datos de las/os informantes, para facilitar a la/el lector/a su reconocimiento, proporciono este que engloba algunas características de las personas entrevistadas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes.

Cuadro resumen sobre algunos informantes. \*Elaboración propia.

Pseudónimo	Sexo	Edad	Personas con las que vive	Tiempo de diagnóstico
Isaac	H	22	Padres	2 años
Josué	H	32	Solo	Seronegativo
Ramiro	H	23	Padres	1 año y medio
Esteban	H	23	Padres	Seronegativo
Josefina	M	51	Algunas hijas y nietas/os,	Seronegativa
Óscar	H	51		8 años
Edgar	H	31	Pareja	5 meses
Bernardo	H	31		Seronegativo
Germán	H	28	Primo	4 años
Héctor	H	25	Padres	Seronegativo
Virginia	M	34	Hija	10 años
Diana	M	30	Pareja, familiares	Seronegativa
Juan	H	33		1 año
Luis	H	24	Padres	Entrevista
Martín	H	23	Padres	Seronegativo
Inés	M	39	Pareja e hijos	6 meses
Aldo	H	42		Seronegativo
Adriana	M	28	Padres	Seronegativa
Alberto	H	30	Padres	4 años
Gabriela	M	26	Esposo	2 años
Mauricio	H	24	Padres	2 años
Alejandro	H	26	Tía	Seronegativo

## 2.4 Conclusión

Así, algunos vaivenes de los encuentros afectivos de la serodiscordancia que forman parte de esta investigación. Como pudimos ver en este capítulo, enfatizar la etnografía como una herramienta corporal de acercamiento al trabajo de campo, me permitió partir de una postura feminista/*queer* que me dio la posibilidad de analizar las maneras en que la reflexividad y las emociones formaron parte de la co-producción del conocimiento etnográfico por parte de las personas que entrevisté y algunos elementos de mi vida.

Describir posteriormente cuáles fueron las vicisitudes que experimenté dio cuenta de las complejidades implicadas en un padecimiento como el VIH/sida y en los estragos del estigma que conlleva al ocultamiento. Finalmente, me parece que algunas características de las/os interlocutoras/es nos permiten conocer algunos rasgos de su historia para, como veremos más adelante, entender cómo algunos factores se vuelven cruciales para la vivencia de la serodiscordancia (por ejemplo, edad, ocupación, momento de adquisición del virus, estrategias de revelamiento del estado serológico, clase social, y sobre todo género).

En el siguiente capítulo presentaré la estrategia analítica que utilicé para esta investigación y mostraré cuál fue el proceso de codificación y acomodo de los datos empíricos que recabé en la etnografía y que sirvieron para formar algunas categorías de análisis.



## CAPÍTULO IV

### **Estrategia analítica: la “teoría fundamentada” y la codificación de la información cualitativa**

*Quienes nos afiliamos a la grounded theory nos podemos beneficiar de la tendencia actual hacia el análisis lingüístico y retórico al volvernos más reflexivas/os sobre cómo enmarcamos o escribimos nuestros estudios (Charmaz, 2003: 281)*

En este capítulo describo los elementos de la *grounded theory*, o teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967) que utilicé como guía para la codificación y el análisis de los datos empíricos. En el primer apartado describo cómo entiendo la estrategia analítica mencionada desde una visión ampliada que reduce la intención “objetivista” de sus creadores y propone retomar al constructivismo, así como algunos postulados posmodernos que forman parte del sustento teórico de esta investigación. En el segundo, relato cómo organicé la información cualitativa hasta formar las categorías que guían el análisis.

#### **1. Estrategia analítica**

##### **1.1 Sobre la teoría fundamentada**

Desde su surgimiento, la “teoría fundamentada”, al ofrecer una manera de interpretar los datos cualitativos mediante la explicación de situaciones sociales y empíricas, se convirtió en uno de los acercamientos de codificación de datos predilectos de la sociología y otras disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades. La idea de recopilar insumos provenientes de la realidad social y hacer teoría a partir de ellos ha sido muy atractiva y a más de 40 años de su

creación por Barney Glaser y Anselm Strauss (1967), sigue implementándose en muchas investigaciones.<sup>128</sup>

Esta herramienta sociológica me fue útil para crear categorías que provinieron de las entrevistas y notas de diario de campo, para después analizar los vínculos entre el discurso,<sup>129</sup> las prácticas que formaron parte de los encuentros etnográficos, y los conceptos teóricos existentes sobre la interacción, la sexualidad, el cuerpo y el género. Veamos de manera breve cuáles son los postulados de la teoría fundamentada.

En la sociología realizada durante las primeras décadas del siglo XX, los datos cuantitativos gozaban de alto prestigio pues su componente numérico aludía a una supuesta cercanía con la representatividad de la realidad. De acuerdo con Glaser y Strauss, “la investigación cuantitativa buscaba verificar la teoría existente” (1967: 223), la cual había sido creada por otras/os autoras/es, lo que hacía que la realidad fuera explicada mediante un *corpus* teórico preexistente, forzando su análisis.

La falta de veracidad y sofisticación de la investigación cualitativa llevó a estos autores a formar un método que se enfocara en crear teoría que proviniera de los datos empíricos. El objetivo de la teoría fundamentada fue “desafiar el acercamiento hipotético-deductivo que demanda el desarrollo de teorías o hipótesis claras y precisas antes de que la recolección de la información se lleve a cabo” (Kelle, 2005, s/p). Una de sus ventajas fue la de revelar la importancia de descubrir la teoría desde los datos, obteniéndola de manera sistemática para realizar investigación social, la cual deberá “ser adecuada a las situaciones empíricas, entendible para los sociólogos y demás personas, pero lo más importante es que debe ser útil al momento de proveer predicciones relevantes, explicaciones, interpretaciones y aplicaciones” (Glaser y Strauss, 1967:1).

Glaser y Strauss pensaron la teoría fundamentada como una estrategia para el manejo de los datos de la investigación, los cuales serían capaces de

---

<sup>128</sup> Recordemos que para sus creadores, la teoría fundamentada se basa en la premisa de que “la teoría, en sus varios niveles de generalidad, es indispensable para el conocimiento profundo de un fenómeno social” (Jones, Manzelli y Pecheny, 2007: 49).

<sup>129</sup> El discurso en este caso es entendido como acercamiento científico a los usos socioculturales del lenguaje (cfr. Gutiérrez, 2000).

proveer modelos de conceptualización para describir y explicar una realidad específica. Esta debería cumplir cinco criterios: “1) entablar predicción y explicación de un comportamiento, 2) ser de utilidad para el desarrollo teórico sociológico, 3) poder utilizarse en aplicaciones prácticas, 4) proporcionar una perspectiva del comportamiento estudiado, 5) guiar y proveer un estilo en un área particular de investigación” (1967: 3).

Después de realizar investigaciones sobre el proceso del diagnóstico de cáncer, estos autores desarrollaron esta herramienta analítica al percatarse de que en algunos contextos era necesario “sumergirse” en las dinámicas sociales para comprender qué sucedía desde las personas involucradas. También se dieron cuenta de que la comparación brindaba la posibilidad de enriquecer el análisis de los casos estudiados, por lo que crearon el método de comparación constante como base del proceso analítico de la investigación.

Este esquema se centró en rescatar categorías de análisis y sus propiedades, las cuales tendrán sustento en la interacción de quien investiga con el contexto social estudiado. “Las categorías son elementos conceptuales de la teoría; una propiedad es un aspecto conceptual o elemento de la categoría” (Glaser y Strauss, 1967: 36). Su grado de abstracción varía de acuerdo con la manera de codificarlas. Es necesario estar pendiente de las conceptualizaciones que emerjan durante el proceso de codificación; cada propiedad relatará un nuevo elemento de la categoría. Centrarse en la emergencia de nuevas propiedades evita el forcejeo con los datos y enriquece las categorías existentes, las cuales engloban información diversa, pero bajo un común denominador.

Las categorías son las que darán cuerpo a la escritura teórica.<sup>130</sup> La integración conceptual debe ser considerada, de acuerdo con Glaser y Strauss, en distintos niveles, iniciando con generalizaciones para llegar a abstracciones que den cuenta de situaciones más específicas. Para lograrlo, estos autores proponen

---

<sup>130</sup> La redacción de “teoría”, de acuerdo con este esquema analítico, es la meta que se debe lograr, pero para esta investigación prefiero hablar de explicación o escritura teórica, entendiéndola como la descripción analítica con base en las categorías obtenidas del esquema de la teoría fundamentada que se hará de la vivencia de la serodiscordancia de los casos estudiados que también se nutre de conceptos teóricos previos.

utilizar dos herramientas: el método de comparación constante y el muestreo teórico.

### 1.1.1 El método de comparación constante

El método de creación de escritura teórica es el dictado por la comparación constante, que indica que todo el tiempo se deben realizar comparaciones de los elementos a investigar, para llegar a la creación de categorías conceptuales, las cuales deben tener propiedades que reflejen sus características principales. O como indican sus creadores, “al momento de descubrir teoría, uno genera categorías conceptuales o sus propiedades a partir de la evidencia; después, la evidencia de la que la categoría emergió es utilizada para ilustrar el concepto” (Glaser y Strauss, 1967: 23).

Este método combina la codificación explícita de los datos con el desarrollo de escritura teórica (nuevas categorías, sus propiedades e hipótesis interrelacionadas). “Está diseñado para ser utilizado junto con el muestreo teórico, sea para escoger nuevos datos o para datos recogidos previamente” (Jones, Manzelli y Pecheny, 2007: 51). Emplearlo contribuye a la delimitación de las categorías, pues al comparar una gran diversidad de datos de manera constante, se recuperan de manera más detallada los elementos de las categorías, a través de la búsqueda de sus propiedades, similitudes y diferencias.

En la búsqueda de categorías y sus propiedades se deben tomar en cuenta cuatro pasos del método de comparación constante. El objetivo es buscar generalizaciones empíricas a través de la comparación de los factores que integren cada categoría para así generar sus propiedades, las cuales deben poder explicar cada categoría. Se debe también explicar la unidad de análisis a emplear en cada caso, designando las dimensiones a utilizar en cada concepto que forme parte de esta; se debe procurar verificar la teoría a través de la misma comparación constante. Los pasos son:

- a) Comparar incidentes aplicables a cada categoría. Glaser y Strauss indican que el análisis inicia al codificar cada incidente que sea posible, mientras emerjan los datos que pueden formar parte de alguna categoría (1967: 105). De acuerdo con estos autores, la primera regla básica que se debe

realizar en esta etapa es: “mientras se codifica un incidente que formará parte de una categoría, comparar con los incidentes previos en el mismo y diferentes grupos codificados de la misma categoría” (Glaser, Strauss, 1967: 106). Mientras las categorías y sus propiedades emergen, surgirán dos tipos: “las que la persona que investiga crea y las que han sido extraídas del lenguaje de la situación investigada” (Glaser, Strauss, 1967: 107).

- b) Integrar categorías y sus propiedades. La comparación contribuye en este paso a delimitar las primeras categorías y sus propiedades, integrándolas de acuerdo con sus relaciones, diferencias y similitudes, tomando en cuenta cómo se podrían relacionar de manera teórica. Glaser y Strauss indican que si los datos son obtenidos mediante el muestreo teórico (como ellos sugieren que debe ser), es muy probable que la integración de la teoría “surja por sí misma”. Mediante la codificación y el análisis, quien investiga formaliza los patrones de integración *in vivo* en los mismos datos; las preguntas de investigación guían la recolección de los datos para delimitar la teoría mediante su integración (1967: 109). De la misma manera, la integración de las categorías y sus propiedades se sigue efectuando en los siguientes pasos.
- c) Delimitar la teoría. Mientras la escritura teórica se desarrolla, varios elementos del método de comparación constante contribuyen a delimitar sus componentes en dos niveles: la teoría y las categorías. “La teoría se solidifica, en el sentido de que cada vez se realizan menos cambios en la medida en que continúan las comparaciones entre los nuevos incidentes con las propiedades de las categorías existentes” (Glaser, Strauss, 1967: 110). Las siguientes modificaciones se realizarán en vías de clarificar la lógica de las categorías, así como del desecho de las propiedades que no son relevantes, integrando los detalles que contengan elementos similares y contribuyendo a su reducción y saturación. Esta reducción contribuirá a tener menos categorías con datos uniformes.



- d) De la lista de codificación existente debe realizarse otra reducción. Un factor más que también contribuye a la conformación de categorías tiene que ver con su *saturación* teórica. El enfocarse en las repeticiones y similitudes entre los incidentes, colabora en la delimitación de las categorías y sus propiedades, ayudando a generar la escritura teórica que sea explicativa con el menor número posible de conceptualizaciones.

El momento de redactar la explicación teórica será cuando la/el investigador(a) se convenza de que su análisis forma una teoría sustantiva, con material preciso sobre el campo de estudio en que se inserta la realidad social a estudiar. La diversidad debe ser tomada en cuenta en los datos teóricos. Glaser y Strauss entienden por diversidad en la teoría “la comparación realizada en cada incidente con otros, o con propiedades de alguna categoría, con el fin de detectar sus similitudes y diferencias” (1967: 114).

La teoría, entendida como proceso en constante desarrollo, estará escrita en términos de proveer información general sobre acontecimientos o realidades sociales a explicar. Glaser y Strauss indican que quienes la están generando deberían tomar en cuenta algunos criterios que apelen a que las categorías “no sean tan abstractas como para perder su aspecto sensible, pero que al mismo tiempo sean lo suficientemente abstractas como para hacer de la teoría una guía general de situaciones de la vida diaria multi-condicionales y siempre cambiantes” (1967: 242).

### 1.1.2 Muestreo teórico

El muestreo teórico es el proceso de recolección de datos para generar escritura teórica, por lo cual estos son codificados mediante un proceso en el que se debe decidir “cuáles tienen más relevancia, cuáles deben ser confirmados, dónde buscarlos en orden de desarrollar la teoría mientras *emerge*” (Glaser, Strauss, 1967: 45, cursivas mías).

Dado que la relevancia del método de la *grounded theory* es que la teoría “emerja” de los datos, el número de casos no es relevante para generarla. De acuerdo con sus creadores, es necesaria la sensibilidad de la persona que investiga para relacionar los datos que reflejen la realidad empírica que se está

estudiando, y que esté presente la comparación para enriquecer los hallazgos. La recolección de datos en el muestreo teórico de la teoría fundamentada está guiada por la saturación teórica y de categorías.

Saturación quiere decir que no se han encontrado datos adicionales y es momento de agrupar las categorías y sus propiedades [...]. Los criterios para definir cuándo se ha llegado a la saturación son una combinación de los límites empíricos de los datos, la integración y densidad de la teoría, junto a la sensibilidad teórica del/[la] analista (Glaser, Strauss, 1967: 61).

La noción de saturación teórica fue desarrollada por Glaser y Strauss como respuesta a la saturación estadística, que está diseñada para obtener evidencia precisa sobre verificaciones o descripciones numéricas. Por otro lado, el muestreo teórico se realiza con la intención de descubrir categorías y propiedades, y sugerir su relación para crear escritura teórica. Este tipo de muestreo será juzgado por “la amplitud y diversidad que fue elegida para lograr la saturación de las categorías, de acuerdo con el tipo de teoría que se desea desarrollar, mientras que el estadístico lo será por las estrategias de aleatoriedad y estratificación representativa utilizadas en relación con la estructura social del grupo o grupos bajo muestreo” (1967: 62-63).

La saturación teórica permite que la sensibilidad de quien investiga forme parte crucial del proceso de acercamiento a la realidad social a investigar: el criterio para finalizar la recolección de los datos estará marcado por la riqueza recabada y la relación de las categorías y sus propiedades, y no por una serie de reglas que no siempre se adecuan a lo que se está investigando. “Deben tomarse en cuenta los criterios de propósito teórico (cuál es el propósito de la investigación) y de relevancia (qué capacidad tiene para promover el desarrollo de las categorías emergentes)” (Jones, Manzelli y Pecheny, 2007: 55).

La manera de analizar los datos y crear escritura teórica propuesta por la teoría fundamentada cobró relevancia en la metodología de investigación cualitativa, tanto que su vigencia sigue presente en nuestros días. Sin embargo, las críticas a los aportes de Glaser y Strauss también surgieron, lo que llevó a formular otras directrices sobre el entendimiento de la aplicación de este enfoque metodológico-analítico.

## 1.2 Teoría fundamentada revisitada

Las pugnas sobre los alcances de esta estrategia analítica se iniciaron entre sus mismos creadores. Glaser y Strauss indicaron a finales de 1960 que la literatura teórica sobre el suceso a investigar debería ser ignorada, pues de lo contrario la información que se recabara estaría “contaminada” por nociones previas, lo que repercutiría en la “emergencia” de las categorías a partir de la evidencia empírica. Esta sugerencia provocó críticas; para algunos autores, este posicionamiento se relacionaba con la epistemología positivista; de acuerdo con Udo Kelle, “la idea de que las únicas teorías legítimas eran aquellas que podían ser derivadas inductivamente por la simple generalización de la información observable, provino de las nociones de los primeros filósofos empiristas de las ciencias naturales modernas de los siglos XVII y XVIII” (2005, s/p).

La psicología cognitiva y epistemológica, entre otras disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades, refutarían estas nociones indicando que es “imposible liberar la observación empírica de toda influencia teórica, partiendo de que el hecho de observar genera un entendimiento ‘cargado de teoría’ [...]; por lo que la construcción de cualquier teoría, ya sea fundamentada o no, debe apoyarse en construcciones de conocimientos ya existentes” (Kelle, 2005, s/p).

En 1978, Glaser intentó clarificar este conflicto, indicando que la sensibilidad teórica puede explotarse mediante la “codificación teórica”, proceso delimitado desde la “codificación sustantiva”. Presentó una lista extensa de términos que pueden utilizarse para formar “familias de codificación”, agrupándolos en diferentes conjuntos (Kelle, 2005, s/p). Este autor

intentó ofrecer una serie de conceptos que podían guiar el desarrollo de la sensibilidad teórica de la persona que investiga, pero fracasó en explicar cómo dichos términos pueden ser usados y combinados para describir y explicar fenómenos empíricos [...]. Otro problema es que esa lista carece de una diferenciación entre nociones formales y sustanciales (Kelle, 2005, s/p).

Incluso las diferencias entre sus creadores siguieron creciendo y años más tarde decidieron trabajar de manera separada y cada quien promulgar su entendimiento y aplicación de esta estrategia analítica. Mientras Glaser quiso mantener la sensibilidad teórica como guía de búsqueda de los datos que expliquen la realidad

social, Strauss intentó abrir el enfoque y pensar en el apoyo de datos teóricos previos que se mezclen con los obtenidos en situaciones sociales.

“En la actualidad, este enfoque aún tiene mucha popularidad y cada investigador que lo adopta probablemente desarrolla su propia variación” (Jones, Manzelli y Pecheny, 2007: 47). Las críticas han conseguido que esta estrategia analítica siga vigente. A pesar de los intentos de sus creadores por adaptar la teoría fundamentada, permaneció una visión *objetivista* que considera que la realidad social puede ser aprehendida y explicada por quien investiga, marcando también un rasgo positivista en esta comprensión. “Las disputas posestructuralistas y posmodernas discuten premisas positivistas asumidas por los proponentes de la teoría fundamentada y que forman parte de la lógica de este método [...], con sus suposiciones de una realidad objetiva, externa y de un observador neutral que descubre los datos” (Charmaz, 2003: 250).

Esta pugna se hace presente en investigaciones como la presente que retoma parte de discursos posestructuralistas y feministas, los cuales desde una postura metodológica, abogan por explorar la reflexividad presente en el proceso de investigación y la co-construcción del relato del trabajo de campo.

A pesar de las críticas, la teoría fundamentada sigue ofreciendo una propuesta interesante para la codificación de los datos. Varias/os autoras/es han intentado conservar el ímpetu de la escritura teórica a partir de los contextos sociales investigados, pero han ampliado debates contemporáneos sobre la co-construcción del conocimiento en la investigación empírica. Adele E. Clarke propone, por ejemplo, centrarse en enfoques situacionales que resalten la relación entre diversos registros metodológicos que forman parte de la vida social. Además, sugiere hacer mapas que pongan de relieve las complejidades de estas vinculaciones. Este tipo de análisis “resitúa la teoría fundamentada después del giro posmoderno en una variedad amplia de caminos que posibilitan un mejor entendimiento de la vida social” (2003: 572).

Aunque retomo la invitación de Clarke a pensar en situaciones sociales y las complejidades contemporáneas inmersas en el proceso de investigación, mi acercamiento analítico se nutre más de la propuesta de Kathy Charmaz, quien

asevera que “podemos cambiar estas herramientas desde su apuntalamiento positivista hacia una práctica revisada, más abierta e indefinida de la teoría fundamentada que enfatice sus elementos emergentes y constructivistas” (2003: 250-251).

La autora propone entender la teoría fundamentada no como una estrategia rígida a seguir, sino más bien alude a enfatizar la creatividad de quien investiga para comprender situaciones sociales específicas y al mismo tiempo acudir a otros marcos conceptuales que den cuenta de interpretaciones que nutran la complejidad de la información cualitativa recabada. Es decir, “un acercamiento constructivista reconoce que las categorías, conceptos y el nivel teórico de análisis emergen de la interacción del/[la] investigador[a] con el campo y de las preguntas sobre los datos” (Charmaz, 2003: 271). Con este matiz constructivista, la finalidad de la teoría fundamentada no será “descubrir la realidad y explicarla, sino reflexionar en el proceso interactivo y su contexto temporal, cultural y estructural” (Charmaz, 2003: 273).

Así, esta estrategia analítica será utilizada como esquema metodológico que facilite el proceso de acomodo de los datos empíricos. Siguiendo la invitación constructivista de Charmaz (2003) y de Corbin y Strauss (1996) pongo énfasis en el proceso de investigación y co-construcción de prácticas y significados en la etnografía, en lugar de intentar “descubrir la realidad” de las/os interlocutoras/es y describirla. Retomo también conceptos que han sido desarrollados por otras/os autoras/es, pensando en la escritura teórica como resultado de tal proceso.

Después de este breve recuento sobre algunos elementos cruciales de la teoría fundamentada y cómo será entendida para esta investigación, es momento de hablar sobre el proceso de codificación para descomponer la información cualitativa en datos e ir formando las categorías de análisis.

## **2. Proceso de codificación**

Una vez que la teoría fundamentada fue aceptada por un sector amplio de la sociología en el mundo, empezaron las controversias sobre algunas ideas que surgieron respecto de si deberían existir caminos para acomodar los datos

empíricos. En 1987, Strauss indicó que es posible codificar los datos con una perspectiva teórica establecida. Posteriormente, esta idea se refuerza al trabajar con Juliet Corbin a partir de 1990 y coinciden en que “cualquier investigación empírica necesita un trasfondo teórico explícito o implícito que ayude a identificar, entre los datos, las categorías y sus relaciones de forma significativa” (Kelle, 2005, s/p). Esta autora y este autor se ciñeron al pragmatismo y a los estudios sobre la interacción desarrollados en la sociología de Chicago para enfatizar el papel de las relaciones humanas en la construcción de la socialización y aplicarlos a sus investigaciones a través de la teoría fundamentada. También ofrecieron un modelo de codificación para desarrollar las categorías y sus propiedades en tres etapas: abierta, axial y selectiva.

En respuesta a la propuesta de Corbin y Strauss, Glaser decide separarse totalmente de su postura en 1992 oponiéndose a su manera de interpretar y adaptar el enfoque de la teoría fundamentada. En el año mencionado publica un libro en el que les acusa de haber traicionado la causa común de este enfoque, pues para él, al usar conceptos como “codificación axial” forzarían las categorías en la información, en vez de permitir que emerjan. También sostuvo el argumento de “acercarse al campo de investigación sin ninguna pregunta o problema de investigación preciso e insistió en que existe una necesidad de no revisar la literatura en el área sustantiva del estudio” (Kelle, 2005, s/p; Jones, Manzelli y Pecheny, 2007: 48). Lo anterior para evitar una supuesta contaminación de información por parte de quien investiga, que repercutiría en adquirir de manera errónea los datos, así como en su emergencia.<sup>131</sup>

Corbin y Strauss (1996) proponen tres etapas para encontrar las propiedades de las categorías y el eje analítico de la explicación teórica del suceso social a estudiar. El fin de la codificación será la integración de los datos, a partir de una articulación creciente de los componentes de la explicación teórica. Las fases de codificación que proponen son:

---

<sup>131</sup> Este no es un problema menor, pues aún en la actualidad muchas/os colegas ven atractiva esta invitación de entrar al campo de investigación sin “naciones teóricas previas”, para resaltar los datos empíricos como único sustento conceptual. Me desmarco de esta postura y propongo utilizar la teoría fundamentada desde una perspectiva más incluyente.

#### a) Codificación abierta

“Remite al proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones” (Corbin y Strauss, 1996: 110). Para estos autores esta fase debe iniciar el proceso de codificación de los datos, pues intenta buscar conceptos, los cuales son la base fundamental de la escritura teórica: “Un concepto es un fenómeno al que se le ha puesto una etiqueta, se trata de una representación abstracta de un acontecimiento, objeto o acción/interacción que un[a] investigador[a] identifica significativo de los datos” (Corbin y Strauss, 1996: 112).

El propósito de esta etapa es describir los datos a partir de conceptos, para después buscar las primeras relaciones entre estos y crear las categorías. Durante esta codificación, los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan. “Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado bajo conceptos más abstractos, se denominan categorías” (Corbin, Strauss, 1996: 111-112).

Con la conceptualización se realiza una abstracción de los datos recabados, para así concentrarlos en frases que expresen un sentido de los mismos. Los conceptos pueden ser creados por la persona que investiga o realizados *in vivo*, es decir, retomar la misma palabra o frase del discurso de las personas entrevistadas. Una vez reconocidos todos los conceptos, se procederá a descubrir las categorías:

esta acción permitirá a la persona que realiza la investigación reducir el número de unidades con las que trabaja; además, las categorías tienen poder analítico porque poseen el potencial de explicar y predecir [...]. Deberán ser creadas en función de sus propiedades y dimensiones, las primeras son las características generales o específicas o los atributos de una categoría, las segundas representan la localización de una propiedad en un continuo o rango (Corbin y Strauss, 1996: 124,128).

Finalmente, al agruparse las propiedades y dimensiones, se darán patrones que describan las similitudes y diferencias de las categorías.

### b) Codificación axial

Puede ser utilizada para ir delimitando las categorías a partir de su relación con otras que analicen la complejidad del suceso a estudiar. Su propósito es comenzar por el proceso de reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta, “en esta fase, las categorías se relacionan con subcategorías para formar explicaciones precisas y completas sobre los fenómenos” (Corbin, Strauss, 1996: 135).

Esta fase representa el intento de reagrupar los datos ya codificados haciendo más sofisticado el proceso de construcción de categorías, a partir de las relaciones entre las categorías y las propiedades de cada una; las subcategorías serán los temas que no sean cruciales en el trabajo de campo, pero que contengan elementos de los datos que la categoría intenta agrupar.

Este tipo de codificación implica varias tareas básicas: 1) acomodar las propiedades de una categoría y sus dimensiones, 2) identificar la variedad de condiciones y sus consecuencias, 3) relacionar una categoría con sus subcategorías y 4) buscar claves en los datos que denoten cómo se pueden relacionar las categorías principales entre sí (Corbin y Strauss, 1996: 137). Se terminará de realizar esta codificación cuando las categorías estén saturadas.

### c) Codificación selectiva

Finalmente la codificación selectiva “se relaciona con el proceso de integrar y refinar la escritura teórica” (Corbin y Strauss, 1996: 157). Este tipo de codificación busca la integración de los datos a través del rescate de los hallazgos y la búsqueda de su correlación para generar líneas temáticas o meta-categorías que expresen a grandes rasgos el fenómeno a analizar. “Un elemento importante de esta fase es el descubrimiento de la categoría central de análisis pues representa el tema central de la investigación, todas las categorías principales se deben relacionar con ella y debe aparecer con frecuencia en los datos” (Corbin y Strauss, 1996: 161). Ya Corbin y Strauss, al momento de crear sugerencias para codificar la información cualitativa, propusieron pensar la codificación como un proceso,

Un proceso se puede describir como una serie de secuencias de acciones/interacciones que van evolucionando y que ocurren en un tiempo y



un espacio dados, que cambian o a veces permanecen iguales en respuesta a una situación o contexto [...]. El proceso demuestra la capacidad de los individuos, organizaciones y grupos de responder a las situaciones en las cuales se encuentran inmersos y moldearlas (Corbin y Strauss, 1996: 180, 182).

Corbin y Strauss proponen que al momento de codificar los procesos se buscará analizar la manera en que el contexto ha sido modificado por sucesos o las etapas o subprocesos que han experimentado las personas entrevistadas.

Como ya lo he mencionado a lo largo de este capítulo, el proceso de codificación termina cuando llegamos a la *saturación* del discurso, es decir, cuando se encuentran a través de la comparación todas las posibles propiedades de las categorías que integren la unidad de análisis a investigar para proceder así a la escritura teórica. De la misma manera, el número de interlocutoras/es utilizadas/os en esta investigación fue definido a partir de la *saturación*: detuve el acercamiento etnográfico después de un año porque sentí que ya no había elementos discursivos nuevos en los testimonios de las personas entrevistadas.

En suma, la codificación fue guiada por el método de comparación constante que propicia la teoría fundamentada, el cual se correspondió con las siguientes fases de codificación:

- De los datos brutos a la categorización inicial, en la que obtuve conceptos y delimité las primeras categorías y sus propiedades; esta fase se realizó mediante la codificación abierta.
- Integración de categorías y sus propiedades, en la que busqué organizar las categorías y los elementos que las conforman; para esta fase utilicé la codificación axial.
- Delimitación de la escritura teórica, donde intenté que las categorías estuvieran saturadas; esta fase se organizó por la codificación selectiva.
- Escritura o explicación teórica, que después de la integración conceptual, describa los elementos del fenómeno investigado; esta escritura debe cumplir con cuatro criterios: que la teoría 1) se ajuste

a los datos, 2) tenga relevancia, 3) funcione, es decir, sea explicativa, y 4) pueda ser modificada.

De esta manera tenemos las bases conceptuales que guiaron el camino de codificación de los datos empíricos. Vayamos a continuación al desglose, paso a paso, de la creación de las categorías analíticas que forman parte del proceso cualitativo de esta investigación.

## 2.1 Pasos de la codificación cualitativa y la creación de categorías de análisis

Después de transcribir las entrevistas me enfrenté a más de 400 páginas de información cualitativa; al mismo tiempo, habría que sumar las cientos de notas de campo, escritura de fragmentos importantes provenientes de conversaciones informales y reflexiones a las que llegué después de algunas charlas y asesorías académicas con colegas y profesoras de varias universidades. Vale la pena destacar el valioso apoyo del comité tutorial que guió esta investigación: Hortensia Moreno, Irene Casique y Zenia Yébenes siempre tuvieron la disposición para leer cada avance de investigación que les presenté. Además su lectura crítica y oportunas sugerencias para realizar una etnografía bien detallada fueron cruciales para este trabajo.

Procesar la cantidad de datos que despliega el acercamiento etnográfico es muy complejo; la codificación sirve para dar forma a todo esto. Procedo a recapitular el proceso de creación de categorías que guiaron el análisis de esta investigación.

Recordemos que en los encuentros etnográficos busqué profundizar en los siguientes temas: *a)* percepción y procesos corpóreo-afectivos de resignificación del VIH/sida y la serodiscordancia; *b)* prácticas sexuales antes, durante el vínculo actual y significados atribuidos al uso del condón; *c)* relación con la biomedicina y sus tecnologías.

También establecí criterios de selección de las/os interlocutoras/es para sistematizar la información que fue recabada: *a)* que quienes formaran el vínculo erótico-afectivo serodiscordante se asumieran como mujeres o como varones, *b)* que el vínculo llevara al menos tres meses, para que las/os participantes de la investigación tuvieran al menos algún tiempo de conocerse y convivir con la

serodiscordancia y/o con el VIH/sida, c) que en la medida de lo posible, estuvieran dispuestas/os a hablar, al menos, sobre sus prácticas sexuales y su percepción sobre el padecimiento, y d) que vivieran en la Ciudad de México o algún municipio aledaño.

Como ya lo mencioné en el capítulo anterior, realicé entrevistas a las personas involucradas en vínculos serodiscordantes en pareja y por separado para comparar las respuestas, enriquecer el análisis del discurso y ver qué orden generaba más información. Distribuí los temas de acuerdo con el tipo de encuentro etnográfico. La cantidad de entrevistas varió en relación a la apertura y accesibilidad de las/os interlocutoras/es. Ellas/os decidieron la cantidad de conversaciones que mantuvimos y el tipo de involucramiento en cada contacto.

La técnica de contacto de informantes “bola de nieve” contribuyó a que cada vez tuviera más informantes. El lugar para realizar la entrevista fue el que las/os interlocutoras/es eligieron. Para formar parte de alguna manera de sus rutinas de la vida diaria, sugerí que los encuentros etnográficos fueran en sus casas, trabajos o escuelas; también propuse mi hogar para las entrevistas.

Asimismo, intenté que me invitaran a reuniones y eventos importantes para ellas/os. Algunas personas accedieron a llevarme a lugares emblemáticos que solían frecuentar, otras decidieron que sería mejor vernos en algún restaurante, puesto ambulante de comida o cafetería; otras más en parques; algunas en sus casas, y como la segunda fase del acercamiento etnográfico se llevó en la Clínica Especializada Condesa, utilicé sus espacios para las entrevistas.

A pesar de que realicé algunas entrevistas en espacios públicos, el ruido de la calle o la atención de las personas que fungían como meseras/os en los restaurantes y establecimientos de comida no fue impedimento para establecer una comunicación efectiva y una escucha activa. A pesar de tratar temas como el momento del diagnóstico por parte de quien vive con VIH y las prácticas sexuales de ambos, logré obtener información bastante detallada. Vamos paso a paso al proceso de codificación.

### 2.1.1 De los datos brutos a la categorización inicial

Después de la lectura exhaustiva de las transcripciones de las entrevistas, destacué los primeros indicadores de conceptos que a continuación son presentados. Son de los más representativos que obtuve en el acercamiento etnográfico. Posteriormente, serán sometidos a una reclasificación más precisa que dé cuenta de posibles categorías y sus primeras propiedades. Para la creación de estos conceptos, también consideré las notas de mi diario de campo. Los 143 indicadores encontrados en la codificación abierta son:

Alucinaciones	Confianza
Amigas/os	Conflictos
Amor	Confusión
Análisis de laboratorio	Consultas médicas
Antirretrovirales	Conteo cd4
Asociación civil	Costumbre
Bisexualidad	Crisis
Cambios percepción sida	Cuerpo
Cambios percepción VIH	Cuidado
Cambios corporales por VIH	Culpa
Cambios prácticas sexuales	Cura
Cambios vida cotidiana	Definición VIH/sida
Cansancio	Depresión
Caos	Desconocimiento
Carga viral	Descripción prácticas sexuales
Clínica	Diagnóstico VIH
Coger	Diarreas
Comer mejor	Diferencia estado serológico
Compañerismo	Diferencia VIH y sida
Compromiso	Dinámica de pareja
Condón	Discriminación

Distancia VIH  
Dormir mejor  
Drogas  
Efectos colaterales fármacos  
Efectos secundarios fármacos  
Emociones  
Emociones y prácticas sexuales  
Empleo  
Enfrentamiento estado serológico del otro  
Estigma  
Etiquetas  
Experiencias  
Futuro  
Gripes  
Grupo de auto apoyo  
Grupos de diversidad sexual  
Heterosexualidad  
Hijas/os  
Hombres  
Homofobia  
Homosexualidad  
Importancia prácticas sexuales  
Incertidumbre  
Infidelidades  
Influencia VIH sexualidad  
Influencia VIH vida  
Influencia VIH vínculo  
Información antes  
Información VIH/sida  
Inicio relación de pareja  
Inmunidad VIH  
Internet  
Lugar VIH relación de pareja  
Lugar VIH vida  
Matrimonio  
Médico  
Menstruación  
Miedo  
Mitos  
Monogamia  
Muerte  
Mujeres  
Nervios  
Nietas/os  
Ocultamiento diagnóstico  
Orientación sexual  
Otros padecimientos  
Otros temas  
Pareja abierta  
Pareja con mismo estado serológico  
Participantes vida sexual  
Percepción sida antes  
Percepción VIH antes  
Personas trans  
Pesadillas  
Pobreza  
Posible contagio  
Práctica sexual común  
Prácticas sexuales antes  
Prejuicios  
Primeras prácticas sexuales

Proceso de conocerse	Sidosas/os
Promiscuidad	Significado diferencia
Prostitutas	Silencio
Protocolos médicos	Suciedad
Pruebas detección	Tiempo como pareja
Psicología	Tiempo de diagnóstico
Putas	Toma de medicamentos
Puto	Trabajo doméstico
Reclusorio	Trabajo sexual
Respeto	Transmisión VIH
Retos	Tristeza
Retos serodiscordancia	Uso del condón
Riesgo	Vida sexual actual
Rol sexual	VIH para elegir pareja
Ruptura condón	VIH/sida y muerte
Rutinas	Vínculos previos
Semen	Violencia
Seroconversión	Vivencias
Sexo ocasional	Vivir juntos
Shock	Vulnerabilidad

Estos conceptos resumen ideas principales vertidas en la amplia gama de respuestas de las/os entrevistadas/os; algunos de ellos, provienen de códigos *in vivo*, como “suciedad”, que refleja la sensación corporal que algunas/os interlocutoras/es experimentaron al momento de recibir su diagnóstico. Ejemplo de lo anterior lo proporciona un asesor par de la Clínica Especializada Condesa que vive con VIH y que, hablando de las conexiones emocionales con su trabajo, me dijo al respecto:

Me siento tan empático [en el trabajo] que no meto juicios [...]; cómo voy a meter juicios si tengo lo mismo, [aunque] yo sí me sentí sucio, en base a gente que he atendido entiendo en parte que es un proceso, todos tenemos que pasar por el proceso para trabajar la culpa, el estigma [...]; es muy importante esas partes de las emociones [¿Por qué te sentías sucio?, le pregunto.]

Porque de alguna manera yo, en lo particular, no me infecté por amor, no me infecté porque estaba en una relación, porque amaba a alguien; me infecté por sexo casual no protegido [...], hoy en día veo que no es así, puedo tener sexo ocasional, la diferencia es que no lo veo sucio (asesor par de la Clínica Especializada Condesa, vive con VIH).

Podemos ver en este testimonio que el interlocutor en mención recuerda que el diagnóstico reactivo a VIH le hizo sentir una especie de “suciedad” corporal que se traducía en una marca por asumirse como homosexual y tener “muchas” experiencias sexuales fuera de vínculos erótico-afectivos establecidos. Vale la pena destacar que, en este caso, el entrevistado relató sentir esa sensación a finales de la década de 1980. Curiosamente, él ha encontrado a muchas personas que experimentan sensaciones similares aún en estos días.

Otro ejemplo lo podemos ver con el concepto “puta”, el cual hace alusión a la manera en que algunas de las interlocutoras relacionaban las representaciones que mucha gente hace del VIH/sida y las mujeres. Virginia, una mujer que recibió su diagnóstico hace algunos años, me dijo al respecto en una entrevista:

Es difícil recibir el diagnóstico porque regularmente te etiquetan, tú eres la puta, tú eres la bruja, además tú eres la que los contagias, yo he sabido de otros casos que van a la Clínica [Condesa]; la mayoría de los maridos le dicen “tú me contagiaste”, yo digo “qué poca”, se van hasta con ese sentimiento de que “yo lo contagié” (Virginia, vive con VIH).

En varias pláticas informales escuché esta idea en mujeres. Ellas aludieron a esta supuesta falla que representa adquirir el virus. Incluso una mujer joven que esperaba el resultado de su prueba de detección del virus dijo que “era preferible padecer cáncer”, pues el estigma no sería el mismo. Además, si relacionamos el testimonio de Virginia con el del asesor par de la Clínica Especializada Condesa, podemos notar cómo en ambos se expresa un horizonte normativo de género. El VIH/sida representa la marca corporal de una acción “mal realizada”, lo cual refleja las significaciones del padecimiento en relación con el género, la sexualidad y lo “saludable”.

Otros indicadores fueron elaborados por mí. Aunque tal vez no provengan del lenguaje de las/os interlocutoras/es intenté buscar un concepto que englobara la idea principal o que resumiera algún proceso relevante para las personas entrevistadas. Como ejemplo de lo anterior, hago alusión al concepto “impacto

corporal del VIH”, el cual provino de los relatos que indicaron las sensaciones físicas y emocionales que experimentaron cuando tuvieron su diagnóstico reactivo a VIH, así como algunos de los padecimientos que vinieron después. Intenté con este caso concentrar la complejidad del proceso de saberse positiva/o al Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Óscar es un varón casado durante varias décadas con una mujer. Después de tener algunas/os hijas/os y hasta nietas/os presentó algunos padecimientos de manera inesperada y durante años el personal médico que lo atendió no dio con la causa, pues no imaginaban que un hombre heterosexual pudiera vivir con VIH. Después de que los médicos descartaron muchísimas enfermedades, pensaron en el virus como una posible respuesta, hicieron la prueba de detección y el resultado dio reactivo. El proceso fue tan extenuante que no solo repercutió en un deterioro grave en la salud del interlocutor, sino en una tristeza profunda y una incertidumbre elevada. En una entrevista me dijo lo siguiente:

Y pues ya, [el médico] me entregó el resultado positivo, me dio el papel para ir a la [Clínica] Condesa y pues sí, ahí estaba, desolado, porque te digo que por mi falta de conocimiento pues 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 a un parquecito que estaba cerca y pues ya fue algo devastador para todos, para mí verlas a ellas; el imaginar, si yo no conocía, pues ellas tampoco, nadie teníamos ningún conocimiento sobre qué era [el VIH] 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 de más de 40 años y el desgaste físico fue tremendo y además con una vida no muy sana, una vida de alcoholismo y mal pasadas, este, pues lógico que antes llevaba una salud muy buena, no tenía que ir al doctor a cada rato, pero mi cuerpo se desgastó de una manera tremenda y empezó un proceso de casi diario estar yendo a consultas (Óscar, vive con VIH).

Otro ejemplo lo podemos encontrar con el indicador “futuro próximo en el vínculo actual”; aquí agrupé los proyectos que algunas/os interlocutoras/es me compartieron en los encuentros etnográficos. Sobresalen las intenciones de casarse, tener descendencia o vivir en la misma residencia. Mi intención con este concepto fue destacar parte de los procesos de resignificación de vínculos serodiscordantes mediante las intenciones de seguir. Los siguientes testimonios dan cuenta de lo anterior:



Sí, tenemos planes de seguir y de todo, todo va con calma, ¿no?, todo se habla, pero sí me veo viviendo con él. Hasta me gustaría tener hijos también. Estar en la misma casa, en familia (Ramiro, vive con VIH).

Yo me visualizo mucho tiempo con Héctor; no hemos pensado en un contrato, pero creo que la relación hasta ahorita va bien, a pesar de algunos berrinches que se resuelven de manera casi inmediata; me gusta cómo va la relación, me visualizo mucho tiempo con él (Germán, vive con VIH).

Con esta fase de codificación pudimos ver cómo elaboré algunos indicadores o conceptos a partir de la lectura de la transcripción de entrevistas. Me centré también en la interacción en los acercamientos etnográficos y las notas del diario de campo. Con estos indicadores que engloban algunas de las ideas principales manifestadas por las/os interlocutoras/es procedo a buscar relaciones conceptuales entre ellos y desarrollar las primeras categorías.

### 2.1.2 Desarrollo de las categorías iniciales

Si bien algunos conceptos descritos en el apartado tales como “impacto corporal del VIH” buscan no solo describir alguna idea, sino agrupar algunos procesos complejos, en esta fase de codificación dicha intención se hace explícita y busca concretar algunas categorías y sus propiedades. Para lograrlo, me apoyé en la codificación axial y tuve en mente las nociones teóricas previas que guían esta investigación.

El miedo fue una emoción que predominó en el discurso de las/os interlocutoras/es, ya sea miedo a adquirir el VIH, a que quien vive con el virus enferme por causas relacionadas con el padecimiento o a que el cuerpo cambie por los efectos colaterales de los antirretrovirales. Hay un tipo de miedo que se relaciona con el ocultamiento del diagnóstico y con las representaciones del virus que realizaron las/os informantes y sus conocidas/os o familia generando marcas o estigmas sociales. A este tipo de miedo, que si bien es muy particular, se relaciona con procesos amplios del manejo de la vivencia del VIH y la serodiscordancia, lo denominé “miedo y abyección”, ambas nociones las desarrollé en el capítulo II. La teoría feminista lo retoma para pensar en los procesos de creación de identidades a partir de la exclusión. A continuación presento algunos testimonios que recuperan parte de esta categoría:

No es el miedo a que la gente se entere de que mi novio es seropositivo o de que la gente piense que me puedo contagiar, mi miedo es de que cómo vayan a reaccionar y yo soy bien explosivo [...]; es verdad que nuestro mundo está muy abierto a los demás, pero también es cierto que hay una parte de la casa donde no hemos dejado entrar a nadie en el diagnóstico, dejar a alguien entrar en esa parte pues sí deja miedo, tenerle miedo al miedo es extraño (Josué, no vive con VIH).

Me siento estigmatizado, a lo mejor, sí, por el VIH. Porque por el hecho de ser homosexual, no. Pero cuando hablas de VIH te ponen barrera [...]; me dirían que soy de la población que tiene más incidencia; qué mal, [además], la ley no te protege, lanza solo recomendaciones como: “no puedes tener hijos, no puedes adoptar durante años”, en esa parte sí me podría sentir estigmatizado (Isaac, vive con VIH).

Yo tampoco quiero sentirme como el etiquetado, no; si ya hay tabúes con la homosexualidad, esto [el VIH] ya sería el acabose, hay mucha desinformación; mejor no, prefiero que nadie se entere, qué miedo (Edgar, vive con VIH).

Otro ejemplo lo podemos encontrar con la categoría “cambios en las prácticas sexuales”, que agrupa los conceptos: prácticas sexuales antes, descripción, importancia, significados, primeras prácticas y condón. Con esta categoría intento resaltar el complejo proceso de adecuación a la serodiscordancia y sus conflictos en la sexualidad, sobre todo cuando se sabe de la diferencia en el estado serológico meses después de haber iniciado el vínculo o cuando aparece el diagnóstico reactivo a VIH en alguna de las personas involucradas durante la trayectoria de la relación. Por la complejidad del tema agregó, como nota metodológica, si me dijeron esto en entrevista individual o en pareja.

Me reclamó que en el último mes no nos habíamos acostado [...]. Tuve un lapso asexual, no sé cada cuánto pero me pasa, puedo vivir sin sexo, pero él no lo entendía, era como decirme: “no quieres estar conmigo”. “Estoy contigo, pero no sexualmente”, fue complicado explicárselo, se ve más la parte de cariño como “no me quiere, ya no quiere estar conmigo y por eso no tenemos relaciones” [...], de repente hace esos comentarios; a veces creo también que con algunos medicamentos no me dan muchas ganas (Isaac, vive con VIH [entrevista individual]).

No hemos tenido relaciones sexuales, es un tema guardado, no lo hemos tocado aunque hace días surgió la duda de pensar si alguien [en vínculo serodiscordante] ya ha tenido relaciones con alguien más después de su diagnóstico, porque hace algunos meses fuimos novios y no existía el VIH en él; pensaba que conocer a alguien en la misma condición que nosotros me tendría más tranquila. Sobre los cuidados especiales, por eso empezamos a

buscar información, creo que nos hace falta más (Adriana, no vive con VIH [entrevista en pareja]).

Un ejemplo más de primeras categorías lo podemos ver en “relación con el personal médico”; en ella englobé las dinámicas de acercamiento con la biomedicina, tales como pruebas de detección, pruebas de conteo de carga viral y de cd4, dinámicas que forman parte de las consultas médicas y demás temas relacionados con la práctica médica y la serodiscordancia.

Anduvimos en puros hospitales, no lo querían ver hasta que llegamos a donde sí lo atendieron, pero te digo, la enfermera, ¡la estúpida!, para tomarle signos vitales se pone guantes, pues no, yo acepto sí para inyectarlo o sacarle sangre, pero para tomarle signos vitales, para tomarle la temperatura, ponerle el termómetro y tomarle la presión se puso guantes y cubre bocas, pues no. Entonces en este proceso ha habido que pelearse con los médicos, con las enfermeras y con quien se tenga uno que pelear (Josefina, no vive con VIH).

El servicio en la Clínica Condesa es bastante bueno, mejor que en el IMSS. Cuando llegué al IMSS me querían aplicar una vacuna, creo que era la de influenza, y les comenté: “bueno, soy seropositivo”. Me dijeron que si tenía fiebre, y no sé, como que otra vez empecé con esos miedillos de sentirme extraño, el trato no era el mismo que en la Condesa, es más amigable en Condesa (Mauricio, vive con VIH).

Como podemos ver, la categoría “relación con el personal médico” abarca distintas experiencias que las/os interlocutoras/es han vivido en el servicio médico para recibir atención. Recordemos que el acercamiento con el dispositivo biomédico es relevante para este tipo de padecimientos, pues es el personal médico quien da a las personas algunos parámetros, sobre todo etiológicos, del virus. Sin duda, esta es una de las categorías más relevantes para el tema que nos ocupa en esta investigación.

Vale la pena mencionar que el criterio para delimitar estas primeras categorías fue el temático. Es decir, busqué conceptos que hablaran sobre una misma idea general. A modo de ejemplificación, el cuadro 3 presenta algunas de las primeras categorías obtenidas de esta parte de la codificación y sus propiedades.

Cuadro 3. Algunas de las primeras categorías y sus propiedades

<i>Categoría</i>	<i>Conceptos (propiedades)</i>	<i>Contenido</i>
Emociones y serodiscordancia	Culpa Tristeza Miedos Prácticas sexuales Cambios Amor	En esta categoría encontramos algunas de las manifestaciones emocionales que formaron parte de los procesos de construcción de vínculos erótico-afectivos de las/os interlocutoras/es de esta investigación
Resignificación VIH	Percepción VIH antes Cambios percepción VIH y sida Grupos de auto apoyo Conocer otras personas Información sobre el padecimiento	Esta categoría abarca el proceso de cambios en los significados del padecimiento y la serodiscordancia
Antirretrovirales y sus efectos	Pesadillas Alucinaciones Malestar físico Cansancio Cambios corporales Efectos a largo plazo Médico	Con esta categoría podemos ver algunos aspectos que forman parte de un elemento fundamental para el tratamiento de VIH: los antirretrovirales; destaco algunos efectos de los mismos y otras preocupaciones que se relacionan con los cambios que conlleva ingerirlos

\*Elaboración propia.

### 2.1.3 Integración de categorías y delimitación de la escritura teórica

En esta fase intenté delimitar las categorías a partir de una nueva búsqueda de sus propiedades. También quise dar un orden a la información y establecer ejes temáticos. Mediante la codificación selectiva, mi intención fue buscar un orden de las categorías y de los elementos que las conforman para pensar también en la posibilidad de agrupación de diferentes conceptos que remiten a ideas similares.

Dado que uno de los fines de la teoría fundamentada es llegar a líneas temáticas que expliquen procesos complejos mediante la saturación conceptual, después de reunir las categorías finales decidí proceder a la conformación de temas que abarcaran las categorías y sus propiedades.

Siguiendo la recomendación de la estrategia analítica empleada en esta investigación, intenté apelar a la parsimonia, o la explicación clara del fenómeno a

analizar con el mínimo de conceptos y formulaciones; busqué una categoría central que fuera el eje de la escritura teórica. Al mismo tiempo, partí de categorías previas desde el feminismo, la sociología y, en menor medida, la antropología sobre cuerpo, género y sexualidad. El método de comparación constante sirvió no solo para acomodar la información cualitativa, sino también para enfatizar las diferencias entre mujeres y varones en las experiencias de la serodiscordancia.

Recordemos que la intención de esta investigación es analizar las implicaciones corpóreo-afectivas en algunas personas de la Ciudad de México con las normas que producen y administran la serodiscordancia, a partir de un análisis de género. Este eje analítico lo dividí en dos apartados: *a)* la biomedicina y *b)* las prácticas afectivas entre las personas involucradas en la serodiscordancia. Resalto entonces cómo se relacionan de manera corporal las/os interlocutoras/es con las normas y cómo las resignifican, a partir de las relaciones socioculturales en las que forman sus vínculos erótico-afectivos. Tales apartados están divididos en dos capítulos donde los datos cualitativos conversan de manera directa con categorías conceptuales previas elaboradas por otras feministas.

Dado que el siguiente paso de la teoría fundamentada es realizar una descripción detallada y analítica sobre el tema que se ha investigado, al inicio de cada uno de los próximos dos capítulos se encuentra un esquema que intenta retratar las categorías y las propiedades que conforman cada línea temática para tener un acercamiento visual a la complejidad del análisis de la información cualitativa.

Ya en otras investigaciones destacué la temporalidad en el proceso de construcción de vínculos serodiscordantes entre varones (Torres, 2013; 2014) y me percaté de que la información científica fue crucial para la resignificación del padecimiento y la serodiscordancia; en este caso, además de comparar experiencias homoeróticas con heteroeróticas, me centro en la biomedicina y las prácticas afectivas no tanto desde el proceso de acoplamiento, sino desde la complejidad con la que estas personas se relacionan de manera corporal.

Vayamos pues a los siguientes capítulos y veamos las relaciones corpóreo-afectivas que establecen las interlocutoras/es con las normas biomédicas y de género en su proceso de vivencia de la serodiscordancia.



## CAPÍTULO V

### Resignificaciones corpóreo-afectivas de la biomedicina

*No sabía qué era eso de la serodiscordancia, las etiquetas son fuertes; además de ser gay, ahora una etiqueta más (Héctor)*

*Es raro, apenas ayer me sentí ubicada en un grupo; cuando salimos de la Clínica me puse a pensar qué significa en realidad ese nombre, nos llamaban “pareja serodiscordante” antes de que nos dijeran qué significa (Adriana)*

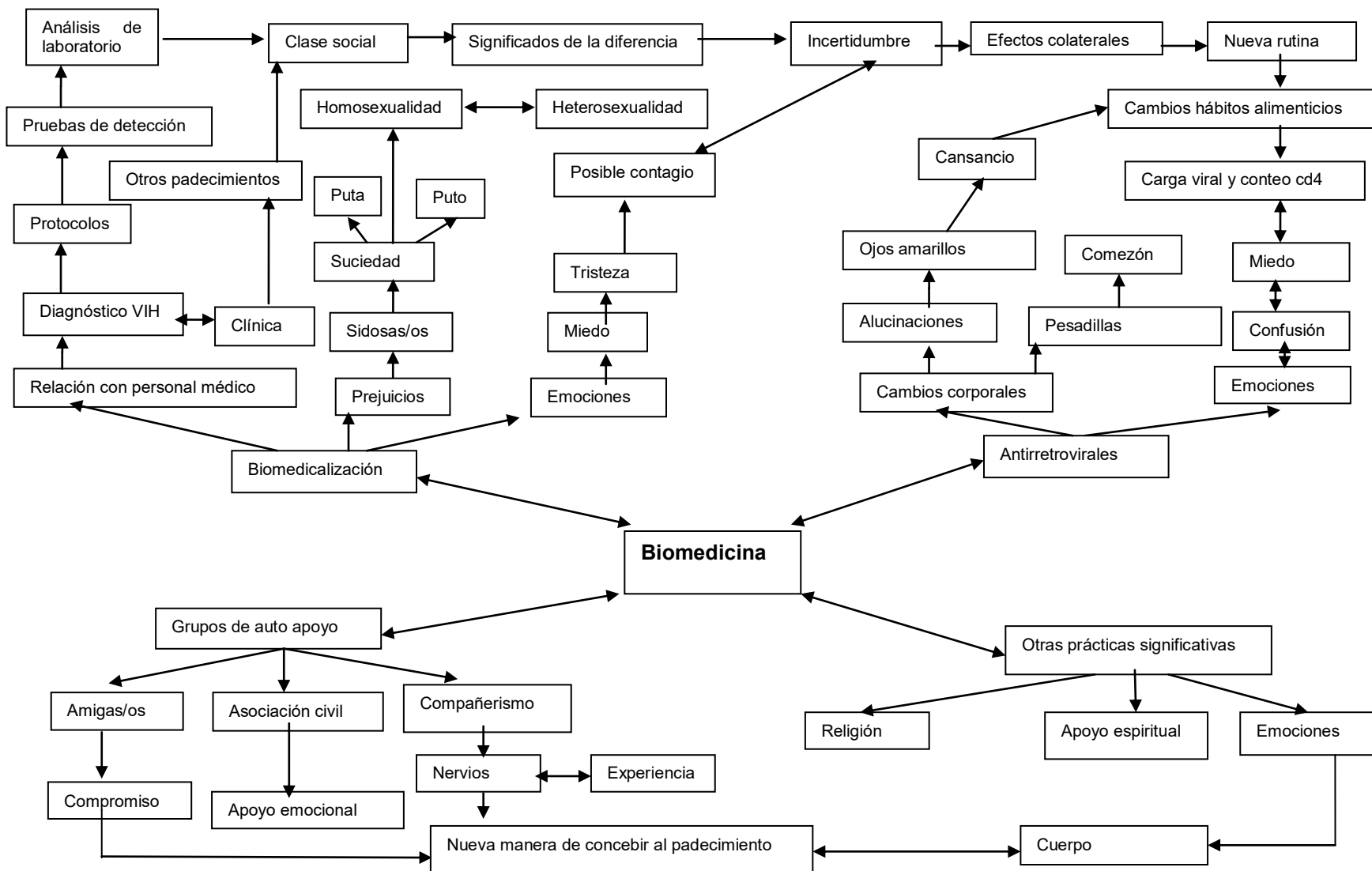
Cuando Judith Butler reflexionó sobre la construcción social del género, nos recordó que debemos pensar en la performatividad “como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (2008: 18). Con los epígrafes al inicio de esta página podemos observar cómo la tecnociencia produce y materializa performativamente corporalidades serodiscordantes, pues mediante actos de habla estas personas entran en una nueva categoría identitaria. Este capítulo ofrece un acercamiento a las vivencias de las/os interlocutores y sus relacionamientos con la biomedicina a partir de sus implicaciones corpóreo-afectivas. En dos páginas más, retomando la recomendación de la “teoría fundamentada” (Glaser y Strauss, 1967; Clarke, 2003), podemos ver un esquema que aglutina las categorías que forman el análisis de este capítulo, a partir de la relevancia de la biomedicina en las vivencias serodiscordantes de las personas entrevistadas. Véase la categoría central y las complejidades que de ella derivan.

Posteriormente profundizo en cuatro subtemas: la biomedicalización, que analiza cómo la medicina se ha encargado de administrar el VIH/sida y la serodiscordancia en nuestros días, los antirretrovirales y sus efectos corpóreo-afectivos, los grupos de auto apoyo y las redes emocionales que allí se tejen entre personas afectadas por el padecimiento, y finalmente otras prácticas significativas que no están dictadas por la ciencia pero que dan sentido a los mandatos



biomédicos sobre la diferencia del estado serológico. Asimismo estarán presentes comparaciones en clave de género para los casos investigados. Los nombres de las interlocutoras/es han sido cambiados por razones de privacidad. Resalto si al momento de la investigación viven o no con el padecimiento para comparar sus experiencias. En algunos casos solo pongo fragmentos de las entrevistas, en otros, diálogos en los que introduzco una breve nota sobre el contexto metodológico de ese encuentro etnográfico.

• **Esquema I: Cuerpo, emociones y biomedicina en la serodiscordancia (elaboración propia)**



## 1. Biomedicalización, vulnerabilidad y tecnologías de la serodiscordancia

Un viernes por la tarde me reuní con unos amigos; estábamos en la casa de uno de ellos, la mayoría estudiantes de posgrado, otros profesionistas, todos asumidos como varones que mantienen prácticas homoeróticas. Además de platicar de la rutina de la vida cotidiana, compartimos cómo iban avanzando nuestros respectivos proyectos de tesis. Uno de ellos, a quien yo no conocía, al escuchar qué investigo recordó una película que aborda los estragos del VIH/sida en sus inicios.

Decidimos verla. Trata sobre la historia de un joven que contrae el virus a inicios de la década de 1980; a pesar de que tuvo el diagnóstico en poco tiempo, la falta de fármacos contribuyó a que cayera en fase de sida y muriera. Su compañero sentimental también recibe el diagnóstico, pero él sobrevive. La muerte de uno de los protagonistas es representada de manera trágica: su cuerpo se representa desgastado, la piel en estado de descomposición pues padece cáncer como consecuencia del sida; no hay quien esté a su lado más que dos de sus amigos que se asumen como *gays*.

Los personajes además son activistas del naciente movimiento de liberación homosexual y de la lucha contra el VIH/sida en un país anglófono. En una escena, ambos van a un bar y conviven con otras personas. Uno de los asistentes emite comentarios homofóbicos y el protagonista intenta enfrentar al agresor; este le da un golpe en la nariz y le provoca una hemorragia. Al ocurrir esto, uno de nosotros exclamó: “¡que no lo toque, lo va a infectar, le puede pasar algo!” Estaba afligido y la trama de la película tocó algunas fibras sensibles en él, pues no dejaba de llorar. Después conversamos sobre la película y, aunque concordamos en que en la actualidad es difícil que alguien en un contexto urbano llegue a fase de sida, y que sobre todo no podría existir contagio alguno porque alguien toque a otra persona, para él fue impactante sentir una posible fuente de contagio al ver la sangre expuesta; también fue triste ver cómo alguien puede enfermar y morir; sobre todo por un padecimiento con el estigma que conlleva el VIH/sida.

¿Qué fue lo que le causó tanta aflicción al espectador de la película? Por supuesto que el sufrimiento en la trama ameritaba sentir tristeza; seguramente también vinieron los recuerdos propios de ligar el gusto por el homoerotismo con el VIH, pero me parece que lo que desplegó ciertas emociones en aquel amigo fue ver el cuerpo vulnerable, afectado por el padecimiento; el cuerpo al que no le quedaba más que esperar su desenlace. La situación se complejiza si pensamos en la preocupación por quien estaba propiciando la golpiza y podría tener contacto con la sangre del protagonista: “se puede infectar”, exclamó. Fue como si por vivir con VIH el personaje de la película fuera a propagar el virus a través del mero contacto corporal con los otros.

Con este relato vemos entonces cómo opera aún en nuestros días la significación sobre el VIH/sida: la representación de una catástrofe que además es transmisible. Aunque nuestra condición de sujetos corporales nos hace vulnerables desde nuestro origen y nos mantiene expuestas/os a la interdependencia con las/os otras/os, el relacionamiento corporal con las normas hace que el reconocimiento de la vulnerabilidad sea diferenciado y que algunas vidas sean más vivibles que otras (Butler, 2006b; 2010). Esta precaridad o vulnerabilidad inducida se hace presente en muchos cuerpos que viven con el padecimiento, ya sea por la exposición al virus y/o por los procesos de precarización que los estragos de la *abjectificación* implican. La biomedicina como dispositivo, al encargarse de administrar el VIH/sida, contribuye a la creación de significados que las personas atribuyen al virus, pues las subjetiva como sujetos enfermos; veamos cómo opera en la producción de la serodiscordancia en los casos investigados.

### 1.1 Diagnóstico reactivo al VIH

Como aseveré en el capítulo I, la carrera de la vivencia del VIH/sida inicia con una sentencia performativa de la biomedicina. Si bien todas las personas entrevistadas sabían sobre el tema, sobresale la lejanía experimentada en las/os entrevistadas/os. Quizá en los varones en vínculos homo-erótico-afectivos existió

cierta cercanía por la vinculación que se ha hecho de las prácticas homoeróticas con el padecimiento; aún así, este fue visto como algo que le “pasaba a los otros”.

Pues realmente yo no conocía a alguien que lo tuviera, era un tema cercano por la información, pero era un tema lejano porque no era totalmente mío, como no es mío, pues realmente no me importaba mucho [...]. Sabía que todas las personas pueden ser portadoras. O sea, no tenía como conflicto con eso, sabía que también se concentraba un número importante en la población homosexual [...]; me daba miedo cuando me hacía las pruebas [de detección]. Pero creo que al momento de la primera prueba tuve miedo. Me preguntó el médico y le dije que era homosexual, creo que a la enfermera le entró miedo y me mandó inmediatamente a hacer la prueba. Mi prima es médico general y ya me explicó más o menos qué onda: me dijo que mi médico tuvo miedo y me mandó a hacer la prueba porque soy parte de una población vulnerable para el VIH (Isaac, vive con VIH).

Un hermano me dijo que yo debería saber defenderme porque había algo que se llamaba VIH; yo tenía 17 años. Antes de eso había escuchado y visto películas, creo que no le tomé importancia, porque creo que nadie piensa que le puede pasar [...]. Me dijeron mis hermanos que usara condón, que me fijara con quién me metía. Mi hermano mayor tenía muchos amigos homosexuales y me decía que sus amigos tienen VIH y por eso me decía que me cuidara [...]. Cuando empezamos a leer sobre el tema un amigo y yo no tenía la idea clara de qué era y eso me generaba angustia (Josué, no vive con VIH).

Yo sí sabía que existía el sida, tuve conocimiento en los ochentas, en el 85, porque era sida, no VIH; veíamos las imágenes en la televisión de los países africanos, cómo la gente se estaba muriendo. En aquellos tiempos decían que era única y exclusivamente de los homosexuales. Tenía un vecino/vecina que de día era niño y en las noches niña, en los años 92, 93 él muere de sida; ese es el primer acercamiento más cercano que tuve [...]. Con el paso del tiempo te das cuenta que le puede dar a cualquier persona (Virginia, vive con VIH).

Sabía sobre el tema, que es una enfermedad, bueno un virus, y si no te atiendes se convierte en sida y ya te puedes morir. Pues igual, aunque le da a todas las personas, mujeres embarazadas, es más común en este ambiente [el de las prácticas homoeróticas] (Luis, vive con VIH).

Con estos testimonios podemos ver de manera general cómo el padecimiento se ha vinculado desde su surgimiento con las prácticas homoeróticas. Además, Isaac nos comparte la eficacia del poder del discurso biomédico que de alguna manera produce la vulnerabilidad de los varones que no se asumen como heterosexuales. Es revelador cómo en una práctica médica ritualizada y confesional,<sup>132</sup> el

---

<sup>132</sup> Véase Foucault, 2011a, quien ya señaló cómo la medicina, siguiendo la tradición de la pastoral cristiana, busca controlar aquellas prácticas cuyo fin no sea la procreación y enmarcarlas como perversas.

interlocutor es examinado por el médico y la enfermera, también es interrogado sobre sus prácticas sexuales y, al encontrar prácticas no hetero, es remitido directamente a la prueba de detección de VIH (véase Crawford, 2004 para comprender cómo la biomedicina contemporánea ritualiza el manejo de la noción de riesgo).

Su prima, quien forma parte del personal médico, le explica que él hace parte de una población “vulnerable”, que por ello debe realizarse la prueba y el miedo debería ser entendido como una estrategia de cuidado, aludiendo a una postura paternalista que indica que la biomedicina debe cuidar a los varones con prácticas homoeróticas pues la probabilidad de que adquieran el virus es elevada. Esto no sucedió así con las personas entrevistadas que se asumen como heterosexuales, lo que revela la configuración del riesgo del padecimiento y su relación con grupos estigmatizados. En Josué, esta vigilancia que realizaron sus hermanos repercutió en sensaciones de angustia al sentirse parte de un grupo en que el virus está presente. Aun con esto, la estrategia que ambos tomaron puede sonar algo paradójica: ver el VIH/sida como algo ajeno.

El discurso de las interlocutoras citadas no se aleja del que enuncia el personal médico: lo relacionan de manera directa con las prácticas homoeróticas. Josefina fue clara en una ocasión cuando me dijo que ella “escuchaba sobre el sida y se relacionaba con homosexuales”. Virginia lo vinculó con África y personas pobres, pero sobresale su extrañamiento con su “vecino/vecina” y su posterior diagnóstico y muerte; es decir, el virus está en los *otros*, sujetos precarizados. Ya después con su propia vivencia se da cuenta de que el padecimiento también puede darse en las mujeres. Vemos pues, rastros de homofobia en sus relatos.

Aunque Luis, quien tiene un poco más de 20 años, muestra con su testimonio cómo algunas personas de esa generación han incorporado parte de los discursos biomédicos, y sobre todo los de cierto activismo, que proclaman que el virus también puede ser adquirido por mujeres, prevalece la idea que está más presente en varones con prácticas homoeróticas.

En todos los casos que investigué, adquirir el virus ha sido una experiencia extremadamente complicada de asimilar. Aunque existe en nuestros días mucha

información sobre el padecimiento y la mayoría de las/os interlocutoras/es la conoce y sabe que la probabilidad de que el virus lleve a la muerte es baja si se da una atención oportuna, el miedo a morir está muy presente, además de vivir con algo nuevo que estará acompañándoles toda la vida en el cuerpo.

Yo empecé con lo que yo creía que era una infección urinaria, porque empecé orinando sangre. No me espanté y fui al doctor y me dio tratamiento de un mes, dos meses, nada, tratamiento, tratamiento y nada. Ya de ahí se disparó todo por un accidente que tuve trabajando y se me cayó una máquina encima, iba bajando, me resbalo y me llevan al doctor. No pasó nada, pero ahí se me bajó la presión feo y a raíz de eso no sé qué me pasó que empiezo con diarrea, vómito, todo, y aun así fue un proceso de dos años. Fui a varios hospitales; 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, cándida, herpes, y pues ya estaba desesperado, a ningún doctor se le ocurría nada. Un día, platicando con mi hija, la mayor, le dije: “¿no será sida?” “¡Ay!, ¿cómo crees?”, me dice y pues bueno, “no he sido un santo”, le digo. Investigó ella eso de la prueba y en un centro de salud de por aquí cerca me hicieron la prueba; empecé a leer un poquito de sida y pues tú sabes que cuando no tienes información, te llega pura basura; pero a la vez estaba temeroso porque por lo poco que había leído en ese tiempo, sentía que me iba a morir ya en tres meses, también por mi situación de salud, pero también por otro lado, hijole, dije, “bueno, ya que sepa al menos qué es, porque me estoy muriendo y los doctores no saben por qué” [...]. Y pues ya, me entregó el resultado positivo, me dio el papel para ir a la [Clínica] Condesa y pues sí, ahí estaba desolado, porque te digo que en mi falta de conocimiento pensaba que en seis meses me iba a morir (Óscar).

En una entrevista con dos interlocutores que forman un vínculo serodiscordante, me contaron:

—En mi caso pues fue como circunstancial (Edgar).

—A ver, era Navidad, mis papás son médicos y me cambié la camiseta y tenía en la piel unas manchas rojas; mi padre vio que esas manchitas eran algo raro, me dijo: “güey, te tienes que hacer un análisis, como que esto es algo raro”. Yo pensé que eran una manchas por alergia a algo. Luego, cuando lo vi, nos fuimos a hacer Edgar y yo un análisis completo de química sanguínea y todo esto, e incluía enfermedades de transmisión sexual y VIH. Entonces nos envían el mismo día los resultados por internet, a mí rápido y a él no, ya veo que tenía sífilis y bueno ya me entristeció y tal, pero pensé que esto es tratable (Bernardo).

—Entonces pasaron un par de días más, llamé y me dijeron “te vamos a enviar todos los resultados menos el del VIH porque nuestra máquina falló, se descompuso”. Les dije que sí, que primero estos y, como Bernardo había salido negativo al VIH, yo asumía que yo iba a salir negativo, no tenía miedo. Al otro día me entregaron los resultados, leí que decía “reactivo” y yo esperaba que dijera “positivo”, entonces dije, “ay, no dice positivo, genial” y ya vine con él y le digo que no tengo nada, me salió reactivo y él “¿qué?, reactivo es positivo, porque si no, tendría que haber

salido no reactivo”. Nos quedamos un poco en shock, no sabíamos qué hacer y pues me asusté muchísimo, lo primero que piensas es que tienes sida y que te quedan dos años y te vas a morir (Edgar).

Otros testimonios sobre el mismo tema:

Tenía una relación y sabía que él se dedicaba a la prostitución, en ese contexto acepto mi relación [...]. Al tiempo de seguir de novios, cuando teníamos como cinco meses saliendo, me dijo que se dedicaba a la prostitución solo con mujeres y yo dije: “sí, ajá, y yo me chupo el dedo”, pero no me causó conflicto. Cuando él y yo empezamos a tener actividad sexual fue con preservativo; después vivimos juntos y me pide no usar condón; a cambio pido la prueba de VIH, salimos negativos, no éramos ignorantes, cada año nos practicábamos la prueba, era un requisito que le pedía a mi marido; si trabajara en salubridad le pedirían algo, yo pedía eso. Así fue por tres años, nos hicimos la prueba constantemente y salía negativa. La última vez que nos la hicimos, al mes se enfermó de la garganta, a los dos o tres meses me enfermo yo también, pero la sentí como una enfermedad no normal, fue como muy larga, el medicamento no me hacía efecto, le dije a mi marido que quería nuevamente una prueba de VIH, “estás loca, cómo crees”, dijo. “Esto no es normal, pienso que requerimos una prueba”, le dije. Como a las dos o tres semanas fuimos a un laboratorio, nos la entregaron y ambos salimos positivos, en menos de cinco meses de un negativo salimos positivos y sentimos la muerte (Virginia).

La persona con que la que tuve una relación falleció, pero nunca supe de qué, nunca me dijeron, y pues ahí hasta que supe después cuando yo tuve el diagnóstico y estuve en fase de sida (Inés).

Estos testimonios dan cuenta de diversos procesos de precarización que son muy complejos. Butler nos recuerda que hay una relación directa entre precariedad y normas de género, pues quienes no viven los mandatos de género de manera inteligible padecerán los estragos de no adecuarse a la norma (2009: 323-326). En algunos interlocutores con prácticas homoeróticas, esto se hace muy presente, pues ya veían el VIH como una marca de “falla” por sus prácticas erótico-afectivas. De manera similar, en las interlocutoras el diagnóstico es traducido por algunas personas como la prueba de no ser “buenas mujeres”.

La angustia y el miedo de saber el diagnóstico remitieron en los interlocutores a una vinculación directa con la muerte. El caso de Óscar da cuenta además de los prejuicios del personal médico, pues al verlo como alguien que mantiene prácticas hetero-erótico-afectivas y estar casado con una mujer, tener hijas/os y nietas/os, tardaron años en encontrar el diagnóstico a VIH, llevándolo incluso a fase de sida. En este proceso de vivencia de sida sobresale cómo el



interlocutor experimentó, en algún sentido, la pérdida del control de su cuerpo: vivió muchas enfermedades que no tuvieron cura y al no saber la causa, enfrentó situaciones sumamente difíciles en las que sintió cambios corporales y la entrada de algo nuevo que no supo cómo clasificar.

Bernardo y Edgar nos comparten el proceso de ambos para describir el diagnóstico reactivo a VIH de uno de ellos. Tenían un acuerdo flexible respecto de prácticas sexuales con otros varones; sin embargo, asumieron que si uno salió negativo a VIH, el otro tenía que salir igual. A pesar de la apertura sexual, el virus representó una falla en los acuerdos mantenidos en el vínculo y sobre todo la posibilidad de morir para uno de ellos.

Germán me contó en una ocasión cómo el VIH representa otro proceso de apertura o “desclosetamiento”, como lo fue asumir su gusto por las prácticas homoeróticas. Él fue a donar sangre para un familiar, le avisaron que tenía el sistema de defensas muy bajo y dio con el diagnóstico “medicamente estaba en etapa de sida, pero fui asintomático, tenía 173 cd4 y 76,000 copias del virus y no me sentía mal, ni un solo síntoma. A partir del diagnóstico me hice más hipocondriaco; ahora uno de mis miedos con el diagnóstico es enfermarme. Además, cuando le conté a mi mamá, también le dije que soy gay, fue como doble salida del closet”.

Los casos de Virginia e Inés muestran parte de la precarización que viven las mujeres respecto al padecimiento. Con la primera interlocutora, confiar en su compañero sentimental y un aparente monitoreo constante del estado serológico de ambos repercutió en su adquisición del diagnóstico. En otra plática, ella me dijo que el acuerdo de ambos era tener prácticas sexuales sin condón entre ellos, pero no en el trabajo de su esposo. Debo decir también que Virginia es una mujer muy seria, morena de estatura media, delgada, muy tímida; pensé que me costaría trabajo entrevistarla y cuando empezamos a platicar, me llamó la atención la apertura con la que contó temas como sus prácticas sexuales. Inés experimentó algo peor: vivió el ocultamiento del diagnóstico de su antigua pareja y descubrió que ahora ella vive con el virus al llegar a fase de sida. Vemos con estos relatos

cómo la heteronorma “atraviesa todos los deseos, el heterosexual también” (Parrini, 2013: 51).

Nótese además cómo el diagnóstico da cuenta también del relacionamiento sociocultural diferenciado en términos de género por el que las/os interlocutoras/es establecen sus vínculos erótico-afectivos. Mientras que para algunos varones es fácil establecer vínculos con apertura sexual, para algunas mujeres como Inés, esa idea nunca estuvo presente y el diagnóstico en ella significó saber el estado serológico de su compañero sentimental después de su muerte; en otros casos, como en el de Josefina –compañera de Óscar–, significó la muestra del incumplimiento por parte de él del acuerdo de monogamia.

Sobresale en estos relatos cómo se gesta un cambio de socialización con relación a lo externo, a lo extraño, y cómo este se incorpora a la vida diaria cuando aparece el diagnóstico reactivo a VIH. Lo extraño como relación social, agrega Olga Sabido, “se explica siempre en contraste con lo propio y lo familiar” (2012: 17, véase también Simmel, 2002, 2012). Cuando alguien se asume como seropositiva/o cambia esta significación del virus como ajeno, familiarizándolo ahora, haciéndolo parte de la vida cotidiana.

Vale la pena detenernos un poco y pensar cómo es que se materializa el VIH en los cuerpos de las personas afectadas. La biomedicina, a través de sus tecnologías, brinda una representación del virus y lo produce. Estas, nos recuerda Rosengarten (2004), son performativas, en tanto que utilizan elementos no humanos para crear al padecimiento. Ejemplo de lo anterior lo podemos ver con Edgar: él se realizó una prueba de detección, salió positiva, después se realizó otra y dio negativa, va por una más y el resultado vuelve a ser reactivo. En este proceso, él transitó en distintos estados en los que primero tuvo que asumirse como seropositivo, después como seronegativo, y luego volvió a la seropositividad, todo a partir de los resultados de las pruebas de detección. En una entrevista con él y Bernardo, me dijeron:

—Bueno, llamé al laboratorio porque me habían dicho que la máquina se había descompuesto. Ya tenía dudas, fuimos y les dije que necesitaba que me los hagan de nuevo me los hicieron gratis y, este, me llamó el químico al otro día y me dijo que había vuelto a salir reactivo, que me hicieron la confirmatoria. Después fuimos a la Zona Rosa a un módulo

de atención, estábamos en shock, nos hicimos ambos la prueba y ambas salieron “no reactivas”, nos “volvió el alma al cuerpo”, pero nos recomendaron que fuéramos a la Clínica Especializada Condesa. Llegamos a la Condesa, ese mismo día nos la hicieron, estábamos contentos, nos la hicieron a los dos, él pasó y luego ya me llamaron, ya sabes, te llaman para darte el resultado y yo desde que vi la cara de la psicóloga ya sabía, me dijo: “pues sí, reactivo”, y yo me quería morir. Y me empezó a decir que cómo te sientes, que no sé qué, ni pude hablar, nos salimos de ahí. Me dijeron que probablemente tenía muy poco tiempo de haberme contagiado y que por eso no salió en la segunda prueba que me realicé (Edgar, vive con VIH).

—Para mí eso nos da la conclusión de que muchas de las pruebas que da el gobierno, no sé si sea el federal o el de la Ciudad de México, dan falsos no reactivos y la gente tiene el virus y sigue contagiando (Bernardo, no vive con VIH).

Las pruebas de detección se convierten entonces en el testigo fiel que informa sobre el estado serológico de las personas. El papel de las tecnologías del VIH/sida es muy importante para comprender cómo nos relacionamos con la ciencia y cómo el padecimiento es administrado por la biomedicina (Rosengarten, 2004; Michael y Rosengarten, 2012).

Además de las pruebas, el cuerpo indica que el padecimiento formará parte de la vida. Sin duda, el impacto más importante del VIH es corporal. El cuerpo no solo se convierte en el canal que transporta el virus, también se convierte en recurso de sentido (cfr. Sabido, 2012) tanto para quien recibe el diagnóstico como para la contraparte del vínculo erótico-afectivo y la familia. Los siguientes testimonios dan cuenta de algunas respuestas corpóreo-afectivas inmersas en el proceso de adquirir un estado serológico nuevo o la noticia de formar parte de una relación serodiscordante.

La verdad, fue impactante, no tanto por el VIH; el impacto fue en la confianza en mi pareja. Yo tenía la confianza de que él era sexoservidor; “te quiero, creo en ti, no me interesa tu trabajo, lo único que te pido es que estés bien”, le decía. [El diagnóstico reactivo a VIH] para mí fue quitarme la venda de los ojos, vivía con alguien que no me quería como decía, fue muy doloroso, pero fue el dolor amoroso; fue la sensación de: “me engañaste, me defraudaste”, sabía que lo iba a cargar toda la vida, traía la idea de que cuando me muriera, iba a donar mis órganos. Fue de “puta, ya no voy a poder donar los órganos”. Yo quería tener otro hijo y fue de “puta ya no voy a poder tener otro hijo” y además el saberme engañada (Virginia, vive con VIH).

Tenía algodoncillo; mi vida era dormir y más dormir, yo no podía hacer otra cosa más que dormir. Tenía también diarreas, vómitos, comía muy poquito,

me tenían que despertar para comer, yo solía despertar a las siete de la mañana y me volvía a dormir; tampoco podía caminar solo; para poder bajar las escaleras, era lo peor: yo vivo en un quinto piso y, para ir al doctor, tardábamos 10 minutos, había veces en las que mejor mi papá me cargaba como un costal de papas. Entonces yo entendí en ese momento que para que yo me pudiera recuperar, tenía que perdonar a la persona que me había contagiado, porque si no, no iba a poder recuperarme y aceptar lo que me había tocado vivir. Porque si no, estoy consciente de que no tengo una enfermedad que se me va a quitar en uno o dos años, sino que era algo que se me iba a quedar para siempre. Tuve que entender eso para poder recuperarme (Ramiro, vive con VIH).

Llegué a pesar 29 kilogramos, traía oxígeno, traía suero, no caminaba, recibí el diagnóstico en el reclusorio, salí de ahí por el apoyo de mi mamá (Juan, vive con VIH).

Cuando le dieron el diagnóstico fue una el desgaste físico, pero el desgaste emocional fue más por verlo que no quería ni contacto físico; se cortaba y no quería que lo agarráramos. El miedo en ese tiempo era también por la hija de mi hijo, estaba bebecita, tenía cuatro meses, no quería que mi nuera se enterara porque temía que no lo dejara tocar a la bebé. Cuando la doctora, una de las psicólogas de la [Clínica] Condesa, me dijo: “¿sí sabe a lo que se queda?”, le digo que sí. “¿Y está dispuesta a aguantar?” Y yo, “sí”. “Se le vienen cosas muy difíciles, el señor, como puede estar de un ánimo bien, puede estar enojado, irritado”. Entonces, te digo, como que ya nos habían puesto el panorama, lo único que estábamos haciendo era vivirlo. Vivir la situación de saber que va haber recaídas; como que puede que salga, como que no (Josefina, no vive con VIH).

Ya en el capítulo II describí que, de acuerdo con la sociología, es más productivo analizar el cuerpo junto a los procesos emocionales (Sabido, 2007, 2012; Scribano, 2013). Estos relatos reflejan lo anterior, pues muestran cómo el cuerpo siente el diagnóstico y cómo también es impactado a partir de investiduras afectivas como la confianza, la incertidumbre y el miedo. Recibir la noticia de vivir con VIH genera una relación corporal con el estigma que produce daños psíquicos (Butler, 2001) o heridas corporales (Ahmed, 2014: 147).

Virginia, por ejemplo recibió el diagnóstico como un impacto corporal importante que generó estragos en ella. Saber que ya no podrá decidir del todo qué hacer respecto a la maternidad ni al futuro de sus órganos cuando pierda la vida nos muestra que su cuerpo ha sido clausurado, que dos de sus proyectos corporales más relevantes han sido frenados, que su cuerpo ya está restringido

por el VIH. Además, fue todavía más impactante la pérdida en la confianza del hombre con quien tuvo un vínculo erótico-afectivo.

El cuerpo de Isaac sirvió como recurso de sentido para él mismo sobre su diagnóstico reactivo a VIH. Sabía que sentía algo nuevo. Internamente ocurría algo que no sabía cómo explicar, pero que era la llegada del nuevo huésped corporal: “no se expresa, no es que tenga ningún síntoma, sino tú internamente sabes que algo no está funcionando, que algo pasó, que algo ocurrió, hasta que me hice la prueba y lo comprobé”.

El caso de Ramiro fue similar, aunque las sensaciones corporales fueron más fuertes que en los casos anteriores. Él llegó a fase de sida y su cuerpo presentó tal debilidad que no podía mantenerse despierto. Es importante cómo el cansancio tiene relación también con una fuerte conexión emocional, pues sintió que necesitaba perdonar a quien le transmitió el virus para recuperarse. El VIH significó en el entrevistado tal impacto, que confrontar al *otro* se hizo necesario para poder asimilar esta nueva situación.

Alberto experimentó algo parecido; el padecimiento se convirtió en un cambio corporal extremo y en enfermedades de las que no se podía curar hasta que dio con el diagnóstico: “Empecé con la etapa sintomática y parece que fue sida, siempre he sido una persona muy robusta, bien gordita; de un día a otro me enfermé de diarrea, pensamos que era por comer mal y no paró por medio año; siempre he pesado 80 kilogramos, bajé hasta 64, mi color de piel era amarillo, ojos rojos, la vista cansada, todo ese año”, me dijo en una entrevista.

Juan recibió la noticia sobre el VIH en el reclusorio; para él esto fue algo catastrófico, incluso nunca quiso decirme cómo llegó el virus a su vida, en todas las ocasiones que intenté indagar sobre ese tema se ponía serio y sus ojos se llenaban de lágrimas. El impacto emocional por adquirir el virus y estar en situación de reclusión fue tan alto que varias veces pensó en el suicidio.

Con Josefina podemos ver la contraparte y el impacto emocional que el diagnóstico reactivo a VIH significa para las personas seronegativas. Ella tuvo que asimilar no solo que al vínculo erótico-afectivo llegó un cambio con el estado serológico de su compañero sentimental; también tuvo que asumir que a partir de

entonces se convertiría en la cuidadora de su esposo. Ella misma indica que a pesar de que hubo padecimientos considerables derivados del VIH, la carga más importante fue la que derivó del desgaste emotivo.

Nótese además cómo sobresalen las dinámicas de género en relación con la atención médica: aunque todas/os acudieron a hospitales cuando determinado malestar físico se hizo presente, los varones esperaron meses o incluso años para ver qué pasaba con sus cuerpos, mientras que las mujeres estuvieron más pendientes de eso y fueron al médico cuando se sintieron mal, o insistieron en pedir a sus esposos que fueran cuando vieron que algo estaba fallando y buscaron alternativas cuando no dieron con el diagnóstico de manera rápida.

El diagnóstico fue tan complicado para algunas/os interlocutoras/es que se obsesionaron con saber de dónde pudo haber provenido la fuente de contagio. Algunos de ellos incluso me preguntaron acerca de las posibles vías de transmisión del virus, el porcentaje de efectividad de las pruebas y el período de ventana en el que podría aparecer. En algunos casos hicimos cuentas de manera conjunta de los meses que pasaron entre el diagnóstico y la última práctica sexual sin condón. Después intenté manifestarles que quizás sería complicado saber quién les transmitió el virus y que tal vez sería más productivo pensar en cómo vivir ahora con el padecimiento.

Hice una lista, tenía muy presente con quien no utilicé condón desde 2011 hasta 2014 y fueron tres personas; estaba haciendo cálculos y para que tenga ese sistema de defensas en el diagnóstico pues no fue con mi ex, pero recuerdo que tuve relaciones sexuales en una cabina [en una *sex shop*] con un chavo bien guapo, mamadón, me penetró, recuerdo que retiró el condón, no sé si se rompió, se lo retiró o emuló usarlo; la otras dos fueron en baños; esas fueron las tres exposiciones de riesgo (Germán).

En la preparatoria me destrampé demasiado al grado de perder dos años, algunas veces llegué a estar tomado o drogado en ese ínter; hasta la fecha no sé qué pasó en ese momento, pudo haber sido algún contacto sexual [por donde adquirí el virus]. En mi sano juicio, no recuerdo estar con nadie más, ni hombre ni mujer ni prostituta. [Por] compartir jeringas, probablemente, me inyecté un par de veces, creo que era heroína. Tengo la duda de que si fue un contacto sexual; probablemente fue con conocidos o conocidas, eso es lo que me crea ansiedad (Alberto).

En una entrevista individual que tuve con Edgar en un restaurante por la tarde, empezamos a platicar sobre sus prácticas sexuales antes del vínculo actual.

Cuando le pregunté si era importante para él saber dónde y con quién adquirió el virus, me dijo:

—Yo tuve un par de encuentros, pero estaba seguro de que no me había pasado nada, pero las fechas [del diagnóstico] indicaban que no, creo que el día que pasó fueron dos veces que tengo mis dudas, pero la vez que creo que pasó con un güey que ya había ido a la casa, quería penetrarme sin condón, no lo dejé. La última vez estábamos mi novio y yo con otras dos personas y muy eufóricos todos, muy calientes, empezamos con el faje y pasó algo muy leve, pero le dije que no; no me sentí a gusto. En otra ocasión con otro chico solo fue sexo oral, pero se vino en mi boca, no sé, después ya me informé con la gente de la Clínica, me dijeron que no creían que haya sido sexo oral, según esto no ha habido casos, ¿tú sabes de alguno?

—Es muy poco probable que haya sido por sexo oral —le respondo.

—Entonces tengo qué ver cuándo fue, quizá hubo una pequeña penetración con otro, a lo mejor traía este chavo con el virus la carga viral súper alta porque a lo mejor se acababa de contagiar [...]. La psicóloga me dijo: “mira, si quieres quédate así, no preguntes; a lo mejor te va a decir que no”, además todos estos encuentros fueron muy cercanos (Edgar).

Buscar quién les transmitió el virus puede servir para darle rostro al padecimiento; en algunos casos también es un reflejo de la culpa o del coraje de haber adquirido VIH. En otros más, responde a la posibilidad de perdonar y asimilar lo sucedido o hasta responde a un prurito de cuidado, donde se vuelve importante informarle al otro que, por si no lo sabía, seguramente vive también con el virus y que sería bueno atenderse. Sin duda, en estos interlocutores el contagio generó además ansiedad que les llevó a preguntarse de manera continua dónde y cuándo se dio.

Al ser experimentado el diagnóstico como un marcador de culpa, se hace presente un conflicto importante, como lo podemos ver con el siguiente caso, cuando a Gabriela le querían hacer creer que fue la culpable de que su compañero sentimental diera reactivo a VIH.

Empezamos a ir al ginecólogo porque me dicen que tengo papiloma humano; él se había alocado y me dijo que igual esa infección yo se la pasé, “tú me conoces; yo, jamás en la vida; no había tenido una infección vaginal así”, le digo, “si yo te pasé esto, pues ni modo, pero lo que tú me pasaste [el VIH] está más cañón; o sea, todo esto está en que tú fuiste el transmisor, no yo”; pero aún así yo sé que siempre me cuidaba, antes en mi vida de soltera siempre usaba condón (Gabriela).

El diagnóstico acarrea entonces conflictos; los efectos de la culpa se convierten en algo que las/os interlocutoras/es intentan eliminar, pues no les es fácil cargar con

la sensación de vivir con un virus que les acompañará por el resto de sus vidas, mucho menos sentir responsabilidad por haber transmitido algo que es incurable a otra persona. La fuente de contagio y las estrategias para reducir sensaciones de culpabilidad han sido temas que aparecieron en muchas ocasiones en los encuentros etnográficos.

Y es que el VIH/sida representa marcas corporales en todos los casos, en la mayoría de estigma y de exclusión. Se hacen presentes manifestaciones de rechazo, señalamiento y segregación. La emoción que predomina es el miedo; este es el motor para diversos procesos de ocultamiento e invisibilización del diagnóstico y la serodiscordancia (cfr. Butler, 2001; 2007; Figari, 2009; Ahmed, 2014). Sin duda, la *abyectificación* del padecimiento despliega también sensaciones de vulnerabilidad.

Nos recomendaron mantenernos en bajo perfil, no andar diciéndole a la gente qué tengo o no tengo; o sea, igual no tienes [...], es como abrir tu mundo privado porque entre más gente lo sepa estás más expuesto y estás más vulnerable; yo no quiero que esto se vuelva un arma contra nuestro estatus de vida (Bernardo, no vive con VIH).

En la parte emocional, me pegó el no cerrar el tema con mi ex pareja; cuando le conté lo de mi diagnóstico, dijo: “no te preocupes, si te corren te vas a la casa, eres bien querido, la recámara es amplia”. Fue el último día que lo volví a ver, desapareció del mapa, me sentí más solo, rechazado, me sentí vulnerable, no me había sentido vulnerable antes; podía tener al chavo que quería, aprovechaba la parte de seducción (Germán, vive con VIH).

Al principio, en la primera borrachera, me deprimí horrible y dije: “¿por qué a mí?, me voy a morir”. Una vez, regresé de una fiesta, me puse a llorar; otra vez, me alejé de la gente y me fui a llorar y dije: “soy diferente de esta gente, tengo algo distinto que ellos no llevan” (Edgar, vive con VIH)

Sí, el no tener pareja, el no tener otro hijo sí me pesa mucho. Cuando estuve con otra persona que sabía del diagnóstico, me aventé cuatro años de relación; podíamos hablar, pero “¿Y cuándo vamos a vivir juntos?, nunca, ¿cuándo te vas a casar conmigo?, nunca”. No veía a futuro, él vivía solo el momento. No me tomaba en serio por el VIH [...]. Al inicio sentía como una carga, una etiqueta pegada a la frente y me preocupaba que la etiqueta se viera, ahora me hago responsable del paquete que traigo. Es más difícil para nosotras las mujeres, porque nos asumimos como el pilar de la familia [...], la gente sigue el estigma, se sigue hablando que le da a los homosexuales; si te dio a ti, mujer, eres una piruja, no hay de otra, quién sabe en qué esquina estabas parada; es el miedo, es la discriminación, la no información [...], es desgastante (Virginia, vive con VIH).



Un día de marzo de 2015 conocí a Diana y a Juan en la Clínica Condesa; estaban emocionados porque tenían algunos meses de haber iniciado el vínculo erótico-afectivo y de vivir juntos. Al mismo tiempo, estaban preocupados porque Diana se había enterado hacía pocos días de que Juan vive con VIH y acudieron al espacio médico para que ella se realizara una prueba de detección –la cual salió no reactiva–, y para pedir información sobre la serodiscordancia. Platicando sobre la dinámica en casa del informante, sorprendentemente me dijeron:

—Mi hermana tiene miedo a que se contagie y separe mis trastes en una bandeja con cloro (Juan, vive con VIH).

—También pasa con el baño, o sea, sí lo usamos, pero está una botella ahí llena de cloro de tres o dos litros y medio y nos dicen que si vamos al baño echamos cloro alrededor de la taza para prevenir, más que nada. Y siempre está la botella; digo, no se contagia así, sino a través de relaciones sexuales. Cuando se corta él, su mamá me dice: “no lo cures tú, que se cure él solo porque te vayas a contagiar”. Y ahorita el psicólogo me comentó que no se contagia así. Se contagia a través de una jeringa, así no (Diana, no vive con VIH).

Como podemos ver con estos fragmentos, lo que algunas de las personas entrevistadas intentan hacer es disminuir la sensación de vulnerabilidad: el VIH no se irá de sus cuerpos, por lo que es necesario implementar una serie de estrategias que les permita incorporar tal condición vulnerable y sentirse mejor.

En esta estrategia de protección, Bernardo prefiere que nadie sepa del diagnóstico reactivo a VIH de su compañero sentimental; cree que así estarán ambos más seguros. En Germán, la sensación de vulnerabilidad se hace presente en su imagen personal; él me dijo en varias ocasiones que de niño era obeso, cuando creció hizo mucho ejercicio y ahora es un hombre musculoso, alto y blanco; con el diagnóstico reactivo a VIH sintió que dejó de ser atractivo y que el virus se convirtió en una marca corporal de fealdad. Edgar, por su parte, sintió en varias ocasiones que tenía algo dentro de su cuerpo que se tradujo en una marca distintiva respecto a los demás.

Con el testimonio de Virginia, podemos ver también algunos estragos del *régimen político-discursivo de la heterosexualidad*, pues el VIH es una marca de falla en el mandato de la maternidad; además, experimentó la falta de interés por parte de algunos hombres para formar un vínculo duradero con ella. Sin duda, los

roles de género pesan de manera diferencial en las/os interlocutoras/es y se hacen presentes cuando aparece este padecimiento. En las mujeres, puede representar una supuesta prueba de haber tenido “muchas” prácticas sexuales.

Con los relatos de Diana y de Juan vemos cómo han experimentado la discriminación por parte de la familia de él. La desinformación sigue causando estragos que repercuten en la precarización de la vida del interlocutor. Aunque ellos les han comunicado a las personas con las que viven que el VIH no se transmite por compartir objetos, el temor hace que Juan sea segregado de manera constante.

Hay que reconocer también que el *régimen político-discursivo de la heterosexualidad* repercute en la invisibilización de las mujeres en la pandemia. Aunque las complicaciones derivadas del VIH/sida representan la cuarta causa de muerte en varones jóvenes,<sup>133</sup> las mujeres también son afectadas por la pandemia. En la Clínica Especializada Condesa pude ver que la mayoría de las mujeres diagnosticadas en vínculos serodiscordantes son de clase social baja o media baja. Además, la mayoría ha tenido contacto con el virus porque su compañero lo adquirió fuera del acuerdo de monogamia. Es de destacar que las lesbianas no aparecen en el panorama del padecimiento. Veamos cómo están desdibujadas en los siguientes relatos:

Identidad con el tema *gay*, es lo primero que me involucra [para trabajar aquí], y en segundo lugar darme cuenta de las poblaciones más vulneradas al acceso de los servicios de salud, así como de la relación homosexualidad-VIH; se me hace un centro *gay* en el momento que entro y veo a las personas del grupo de auto apoyo, me parece una cuestión de identidad que se va reforzando con el tiempo (asesor par de la Clínica Especializada Condesa; se identifica como homosexual, no vive con VIH).

Pues es un virus que puede darle a cualquier persona, aunque, digo, me pongo a pensar en el VIH y las lesbianas y no entiendo cómo se contagian, se me hace como que la posibilidad de contagio con ellas es poca, es la única laguna que tengo por ahí. [Le comento que considero que también ellas pueden vivir con el virus y le digo cuáles son algunas de las maneras físicas en que podrían adquirirlo y responde:] no me parece, estando en el hospital donde me atienden no solamente van hombres mayores, van jóvenes adolescentes, niños no he visto; a mujeres sí, pero de la tercera edad, una

---

<sup>133</sup> De acuerdo con datos del INEGI (2013, 2015).

mujer infectada por su esposo antes de morir, te das cuenta que es un virus que puede darle a cualquiera (Isaac, vive con VIH).

Sobre el testimonio del asesor par, vale la pena rescatar que, a pesar de que en la Clínica Especializada Condesa hay mujeres que fungen como asesoras para apoyar a las recién diagnosticadas, el relato que aparece aquí sugeriría que ese espacio médico solo es para varones que tienen prácticas homoeróticas, anulando totalmente a las mujeres. Incluso, como describí en el capítulo III, encontrarlas para saber su testimonio fue muy complicado. Eso no significa que no estén afectadas por el padecimiento; más bien, que hay pocos espacios para ellas.<sup>134</sup>

De manera muy similar, sobresalen las dudas que Isaac manifiesta sobre las posibilidades y maneras de contagio entre mujeres. Algunos textos desde la epidemiología, las ciencias sociales y el feminismo han destacado cómo también quienes forman parte de vínculos lesbo-erótico-afectivos son vulnerables a adquirir el VIH y que las campañas de prevención para ellas son nulas (Richardson, 2000; Wieringa, 2010; Chan, Thornton, Chronister *et al.*, 2014). Aunque el interlocutor reconoce que el virus puede afectar a cualquiera, no ve a las lesbianas como sujetas susceptibles de adquirirlo.

Antes de hacer trabajo de campo en la Clínica, acudí a una asociación civil que ayuda a personas que viven con VIH. Participé en muchas sesiones del grupo de auto apoyo al que solo asistía una mujer trans; el resto fueron varones. Entrevisté al coordinador y le pregunté al respecto, aquí su respuesta:

Creo que tiene que ver con la cuestión de estigma social, no porque los varones lo asimilen de cierta forma, te puedo asegurar que la diferencia es que culturalmente aquí, en la Ciudad de México, ver una mujer quebrantada es una mujer incompleta; pueden incluso las estadísticas decir que hay más mujeres infectadas por VIH aquí en la ciudad, que población LGBT; ¿por qué no vienen? Por esta parte cultural de que me tengo que aguantar o tengo que salir adelante. Otra de mis explicaciones es que este grupo es para cualquier persona, cualquier género, incluso portadores y no portadores; tenemos la fortuna que podemos contar con personas que no son portadores, regresan muchos; cuando vienen chicas ven un contexto de LGBTTTI, *gays* específicamente, varones portadores, y ellas no están al 100%, no hay esta técnica de reflejo porque no ven otra mujer (coordinador grupo de auto apoyo, vive con VIH).

---

<sup>134</sup> Recordemos que las enfermedades relacionadas con el VIH/sida son la novena causa de muerte en mujeres de 25 a 34 años (INEGI, 2015).

Vemos con este testimonio también cómo la socialización del padecimiento – mayoritariamente relacionada con el homoerotismo– que se puede crear en algunas instituciones, propicia que las mujeres no se sientan identificadas. En la Clínica Especializada Condesa existe un proyecto de asistencia a personas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes, que desde inicios del 2015, incluía crear un grupo de auto apoyo para quienes formaran este tipo de vínculos. Se trataba de una sesión semanal en la que dos asesores pares exponían temas sobre la serodiscordancia y después abrían la sesión para preguntas de las/os participantes. Aunque al inicio esta iniciativa fue exitosa, acudieron más personas en vínculos homo que en vínculos hetero; después de algunos meses, el grupo desapareció, pues la afluencia no fue constante. Hablé con uno de los facilitadores sobre las diferencias entre quienes formaban el grupo y me dijo lo siguiente:

Sí veo una diferencia. Para empezar, en los grupos de auto apoyo llegaron tres parejas heterosexuales, el cual, dos vinieron una vez; en las parejas hetero, quien lleva el riesgo a la casa es el hombre, los hombres se preocupan por sus esposas porque se sienten culpables, queremos que ella no se enferme, hay una familia, hay hijos, creo que en los heterosexuales puede funcionar más, hay muchos factores; en una pareja *gay* es más fácil que se acabe el amor que en una pareja hetero. Por el diagnóstico, para poder funcionar una pareja al principio debe haber amor, pero no siempre resultan las mismas cosas que nos reúnen, como la casa, los hijos; en la pareja *gay* no hay algo que me una; si se acabó el amor, lo que me unía era la cama, y ya no hay, o el sentimiento, y ya voy con otra persona que me dé lo que mi pareja no me da. En un matrimonio hetero no tan fácil se dejan; también creo que en las parejas heterosexuales la mujer recuerda sobre las pastillas, se viven como mamás, más que como esposas. Creo que en las parejas *gay* habrá quien asuma el papel de mamá, pero es la minoría (asesor par, Clínica Especializada Condesa; se identifica como homosexual, vive con VIH).

El análisis que este interlocutor hace sobre las dinámicas de género en los vínculos que ha conocido en la Clínica es muy interesante y revelador. Considero que informa de manera muy puntual cómo se materializan algunos de los mandatos sobre la feminidad y la masculinidad dictados por el *régimen político-discursivo de la heterosexualidad*. Resume muy bien cómo “el amor” opera de manera diferencial. En los vínculos homo, que no haya descendencia de por medio, podría prestarse a más apertura y al término de la relación si no funciona. En los vínculos hetero, esto se torna más complejo, pues impera la figura de la familia tradicional. Además, respecto al cuidado, me parece que este relato

engloba cómo en la dinámica del vínculo y en las cadenas de rituales de interacción (Collins, 2009), alguna/o toma el rol de cuidador/a –el cual hay que puntualizar que el entrevistado, de una manera acertada, relaciona con la feminidad y la figura materna– y se encarga en mayor medida por ver que quien vive con el virus se atienda y siga las instrucciones biomédicas.

Quisiera destacar otro aspecto que forma parte de los mandatos binarios del *régimen político-discursivo de la heterosexualidad* y que se hace presente en la serodiscordancia, generando marcas de *abyectificación* y precarización inducida en algunos cuerpos. En los vínculos hetero-erótico-afectivos, algunos hombres contrajeron el virus en prácticas sexuales con mujeres trans o con otros varones. Muchas respuestas de sus compañeras sentimentales muestran tintes de transfobia y homofobia. En una de ellas, por ejemplo, sobresalió la repugnancia explícita hacia las personas trans, pues para mi interlocutora, se trata de “hombres vestidos de mujer”; para otras, el diagnóstico reactivo a VIH en sus esposos implica una conexión directa con una supuesta homosexualidad reprimida o, en el mejor de los casos, bisexualidad. Se hace evidente cómo opera la vigilancia que pide la heteronorma, la cual está interiorizada en las personas para así preservar los roles binarios de género propios de “mujeres” y de “hombres” (Cfr. Núñez, 1999; Butler 2007).<sup>135</sup>

Técnicamente se define que la persona que tiene una relación de cualquier tipo con otra persona [se refiere a personas de su mismo sexo, así se asuman como trans], ya cae en el rango de homosexual y bisexual; lo veo como muy técnico, como el que todo que toma una copa es alcohólico, no le hago caso a eso. Como que fue una etapa, porque hoy por hoy, por ejemplo, no tengo relaciones de ese tipo, no me interesa. Si llegara a tener una relación, sería con una mujer biológica. [Sobre el término HSH], fue para quitar la etiqueta de *gay*, eso es para la gente que tiene problemas de aceptación [...]. Siento que por mi experiencia, te podría garantizar que el 90% de los hombres han tenido algún tipo de relación vamos a llamarlo homosexual en alguna edad temprana; sobre todo el hombre machista es dado a que se abracen borrachos y vayan juntos a orinar y después hagan otras cosas (interlocutor, se asume como heterosexual).

Como que siento que sí lo hizo por dinero [tener prácticas sexuales con otros varones], porque me dijo que le pagaban muy bien; de alguna manera existe el gusto hacia un hombre; o sea, digo, al final de cuentas que siento que le

---

<sup>135</sup> Por la complejidad del tema y la *abyectificación* que conlleva, decido en este caso poner los testimonios sin ningún pseudónimo.

gusta, antes que le paguen le debe gustar, soy de ese criterio; creo que es bisexual, yo digo que le gusta de todo; digamos, sí le gustan las mujeres al igual que le puede gustar un hombre, puedo decir que le gustan más las mujeres (interlocutora).

Tuve varias pláticas informales con la siguiente interlocutora antes de la primera entrevista. Sentí que cuando hablábamos del homoerotismo había cierto rencor de su parte. En nuestro tercer encuentro etnográfico, decido abordar el tema y le pregunto cuál es su percepción sobre las prácticas homoeróticas y me dijo:

—Fue muy impactante ver que penetraran a mi marido. La figura de ver a dos hombres fue muy fuerte, en ese momento yo no había visto una película *gay*; a lo mejor tienes razón y para mí fue impactante ver que le hicieran eso.

—Me habías contado que tenías cierto resentimiento hacia los *gays* por el VIH de tu marido —le digo.

—Sí, tengo claro que la transmisión es más fácil de los hombres, me quedaba claro que mi marido había sido penetrado sin condón; creo que de ahí tengo recelo a los hombres, porque sabía que era un hombre el que había infectado a mi marido y a su vez él a mí, pero es una decisión que él tomó, sí había un poco de coraje. Fue por una penetración (interlocutora).

Podemos ver con estos testimonios, entonces, cómo operan las marcas de *abyectificación* hacia algunos cuerpos. Este proceso es altamente emocional, pues vemos en estos relatos valoraciones entre lo bueno y lo malo, lo sano y lo enfermo, que generan respuestas relacionadas con la repugnancia hacia quienes no se adhieren del todo a la norma (Figari, 2009: 133). Recordemos que podemos rastrear los tintes de la heteronorma en la biomedicina, pues su participación “en la regulación de la conducta sexual es el resultado de la necesidad de una serie de instituciones idóneas a la moral e ideología capitalista que participarán en la imposición del coito heterosexual como vínculo erótico afectivo [no solo en tanto válido, sino también en tanto] saludable” (Granados y Torres, 2015: 175).

Sobresale el fuerte impacto emocional para una de las interlocutoras citadas cuando ve que un varón penetra a su compañero; experiencia que le hace asociar su diagnóstico con una práctica producto del homoerotismo. Para la otra entrevistada, también fue impactante descubrir la “no-heterosexualidad” en su pareja.

Además, quisiera destacar cómo uno de los interlocutores nos habla de la categoría “HSH” [hombres que tienen sexo con hombres], creación de la epidemiología para agrupar prácticas homoeróticas entre varones que no se asumen como “homosexuales”. El relato muestra cómo se vuelve complicada esta categoría. Ya Guillermo Núñez (2007: 308, 351, 353) analizó cómo la categoría es problemática al momento de la prevención, pues existe un uso restrictivo del término que alude a los mismos grupos estigmatizados como homosexuales y bisexuales. Mi informante hace este mismo uso restrictivo al ver esta categoría como un artefacto para que algunos varones mantengan ocultos sus “verdaderos” gustos sexuales, limitando cualquier posibilidad de fluidez del deseo sexual que pudiera cambiar a lo largo del tiempo.

Entonces el VIH activa la transfobia y la homofobia al relacionarse con estados supuestamente patológicos (Cfr. Canguilhem, 1982; Lock y Nguyen, 2010). Al retomar estos marcos interpretativos (Butler, 2010) del dispositivo biomédico, la transfobia y la homofobia contribuyen a reforzar la precarización a la que las prácticas homoeróticas y las personas trans han sido inducidas desde el surgimiento de la pandemia, y que las relegan a una condición de ininteligibilidad dentro de horizontes normativos de género binarios que también se relacionan con el binario salud-enfermedad.

Estos cuerpos, al evocar la condición de abyectos, se convierten en el *exterior constitutivo* del ideal regulatorio de la normalidad, pues “la heteronormatividad no solo define una práctica sexual normativa, también una manera normal de vivir” (Jackson, 2006b: 107). Estos relatos nos muestran que, como agrega Ahmed, “la heteronormatividad afecta las superficies corporales que emergen a través de las impresiones que realizan otras personas” (2014: 145).

Al mismo tiempo, la relación con la abyección es ambivalente, pues aunque hay una dimensión que se relaciona con la catalogación de ciertas prácticas que exceden los mandatos normativos, también “implica el deseo o la atracción por los mismos objetos que se sienten repulsivos” (Ahmed, 2014: 84). Algunos interlocutores me confiaron en pláticas informales que, aunque se asumen como heterosexuales, disfrutaban de prácticas sexuales con mujeres trans, pues sus

cuerpos voluptuosos se relacionaban con una representación de la feminidad que se vuelve extraña, algunas veces hasta *bizarra*, pero sobre todo atractiva para ellos.

De la misma manera, informantes en vínculos homo-erótico-afectivos destacaron cómo la “calentura” o excitación extrema que forma parte de los encuentros sexuales en lugares clandestinos o con varones que no conocen, o chacales –es decir, sujetos de clase baja y estereotipadamente masculinos– es ambivalente, de modo que estos pueden ser vistos como algo “prohibido”, porque se trata de experiencias que suceden en espacios públicos “sucios” o de prácticas fuera de los acuerdos de monogamia, pero que al mismo tiempo son sumamente estimulantes.

Hay que tomar en cuenta también que las estrategias de ocultamiento son complejas y obedecen a diversas razones. Mantengo mi postura respecto a la escasa oferta para las mujeres de prevención en lo que respecta al VIH. Creo que el espacio público suele estar dominado por la perspectiva y la experiencia de los hombres; al mismo tiempo, es cierto que el VIH/sida se inició como un asunto de varones; en ellos se concentró parte del activismo por algunos años. Encontré también interlocutoras que no quieren vivir con el estigma del padecimiento atribuido a quienes mantienen prácticas homoeróticas; no les gusta ser señaladas y prefieren pasar inadvertidas; es decir, hay en ellas un viso de homofobia que no está claramente identificado, pero se expresa.

Solo uno de mis interlocutores manifestó que es necesario mantener una estrategia política para poner rostro al padecimiento como estrategia de agenciamiento:

Yo creo que es importante darle rostro a la enfermedad, solo de esa manera lo vamos a combatir. Hay muchos activistas que hacen cosas, pero en sus casas no hablan de eso. Para mí, dar rostro es la mejor manera de combatir el estigma. Si me oculto, yo mismo me estoy discriminando; de ahí en fuera, lo único que yo veo malo en unas gentes que usan la enfermedad para hacerse las víctimas (Óscar, vive con VIH).

Para las algunas/os interlocutoras/es que no viven con VIH, el miedo juega un papel crucial en el vínculo, pues es un marcador de distancia para quienes lo conforman. Recordemos que las investiduras afectivas moldean las superficies de



los cuerpos (Ahmed, 2014). Veamos cómo ha operado esta emoción en algunos casos:

Yo tuve dos compañeros seropositivos previos y en esta ocasión no me quise arriesgar a contarle a los amigos, porque antes, la mayoría me dijeron: “no te enrolas con eso”, hablaron mucho del miedo a que me infecte; la gente que te quiere, que te ama, te dicen que te puedes infectar, que te puedes morir. He dejado de ver a una amiga cercana por no poder contarle que estoy en esta relación (Josué no vive con VIH).

Sí me da miedo; estábamos un día en la playa, mientras me lo jaló [el pene] muy fuerte y me empezó a sangrar y entonces, que haya tenido contacto con su líquido seminal, me genera dudas; solamente han sido pocas ocasiones, pero me da miedo (Esteban, no vive con VIH).

¿Sabes qué me da miedo?, la depresión de tener algo dentro de mí que no quiero; sentirme sucio por tener VIH, sentir que yo ya no voy a abrazar, ya no sentirme como limpio para poder abrazar, para poder hacer cosas; psicológicamente, porque sé perfectamente que se puede abrazar y que no pasa nada. Es que tendría algo adentro que ya no me hace parte de la gente normal. A mi pareja no lo veo así, lo veo normal la mayor parte del tiempo; no siento que esté sucio, es algo de mí. Si a mí me pasará, sí, me sentiría como menospreciado, como que perdería el valor que pudiera tener (Bernardo, no vive con VIH).

El miedo a adquirir el VIH estará presente de manera cada vez más intermitente en las personas seronegativas. Sobresale cómo Josué recibe –como una supuesta muestra de cariño por parte de sus amigas/os– el consejo de no formar parte de vínculos serodiscordantes. Él se ve en una encrucijada entre la posibilidad de contar ese matiz de su nueva relación u ocultarlo para no preocupar a algunas personas. El miedo lo moviliza a ocultar la diferencia en el estado serológico y evitar así el rechazo y la desaprobación.

En el caso de Esteban, el miedo a adquirir el virus tiene claras implicaciones corporales, pues en prácticas sexuales donde hay sangre es en lo primero que piensa. Hay una marca en el placer del erotismo que interfiere en la manifestación de la afectividad. Bernardo experimenta sensaciones similares cuando reflexiona sobre un posible escenario donde viviera con VIH; la noción de “contaminación” aparece de manera inmediata y el miedo se hace latente en él, pues perdería, con el virus, lo “normal”, de lo que ahora disfruta. Y aunque reconoce que sentirse así se relaciona con sus fantasías y no con el

comportamiento etiológico del virus, sentirse distinto –o anormal– le genera angustia y tristeza; para él significaría una pérdida importante.

Como hemos visto con este apartado, el diagnóstico reactivo a VIH no solo sirve como marcador de vulnerabilidades diferenciadas en cuerpos abyectos; también da cuenta de la ruptura de acuerdos de monogamia, del gusto por ciertas prácticas homoeróticas –o con personas trans– y, en algunos casos, hasta del “amor”, porque se adquirió de la persona con quien se comparte un vínculo erótico-afectivo.

Mis infidelidades eran un secreto a voces, entonces pues no, tenía así como temor más por el lado de que ella saliera infectada, pues ya a estas alturas sí saldría lastimada (Óscar, vive con VIH).

Nótese cómo el interlocutor desestima las infidelidades y se concentra en el miedo relacionado con transmitir el virus a su esposa.

Después de este análisis, que despliega una amplia red de significaciones corpóreo-afectivas, es momento de continuar con otras dimensiones del relato analítico. Nos centramos en las implicaciones socioculturales del diagnóstico. Sigamos describiendo el proceso de biomedicalización de la serodiscordia: Una vez que las/os interlocutoras/es se saben seropositivas/os, seronegativas/os o que forman parte de un vínculo erótico-afectivo serodiscordante, se inicia una carrera en la que la práctica biomédica se hace presente. Hay una serie de rutinas en que las instituciones del dispositivo biomédico jugarán un papel crucial por el resto de la vida de las personas afectadas por el padecimiento. Procedo a enfocarme ahora en estos procedimientos y en el papel de otras tecnologías del VIH/sida y sus implicaciones corporales.

## 1.2 Práctica biomédica y serodiscordia

Hemos visto hasta aquí cómo los cuerpos de las personas en relaciones serodiscordantes son vulnerables por los efectos de los horizontes normativos dentro de los cuales son catalogados. El dispositivo de la sexualidad y el biomédico se complementan en la producción y administración de estas corporalidades. En el apartado anterior, he puesto el foco de atención en la norma [hetero]sexual; ahora veamos qué sucede con la práctica biomédica.

La medicina moderna ha empleado, desde su surgimiento, estrategias de disciplinamiento corporal (Rose, 2007b; Foucault, 2012) que definen los padecimientos a partir de un horizonte normativo (Canguilhem, 1982). En nuestros días, a través de la implementación de una serie de tecnologías, ha logrado incidir en ciertos fenómenos sociales (cfr. Rose, 2007a, b; Clarke y Smith, 2011); uno de ellos es el de la serodiscordancia, profundamente afectada por la biomedicalización.

Ya vimos también, en el apartado anterior, cómo los cuerpos serodiscordantes se configuran como vulnerables a partir del recibimiento del diagnóstico reactivo al VIH. La performatividad de la biomedicina se hace presente al recordarnos tal vulnerabilidad, pues somos afectadas/os por discursos que no elegimos (Butler, 2015). Pero, ¿qué sucede después del diagnóstico? Las consultas médicas, al menos cada tres meses para valorar las pruebas de conteo de carga viral y cd4 de quien viven con el virus, se convertirán en parte de las rutinas de la vida diaria.

En un acercamiento etnográfico, Isaac decide que sería buena idea que lo acompañe a sus consultas médicas con el infectólogo; él debe ir cada mes porque tuvo complicaciones psiquiátricas que no se llevan bien con los antirretrovirales, por lo que tuvieron que cambiarle el esquema y, al momento de nuestra plática, lo estaban monitoreando para ver cómo recibía el nuevo diagnóstico.

Isaac vive en el Estado de México, muy cerca de la Ciudad de México. El hospital del gobierno estatal donde se atiende le queda aproximadamente a 20 minutos de distancia. Nos encontramos en una estación del metro a las 8 de la mañana y nos dirigimos al hospital. El tráfico era insoportable, el trayecto corto se convirtió en uno largo de 45 minutos. Alcanzamos a llegar. En el lugar donde Isaac se atiende, existe un espacio destinado a personas que viven con VIH. Allí les dan servicios de infectología, psicología y trabajo social. La intención es reunir a las/os derechohabientes de ese espacio que viven con el virus para que reciban una atención integral.

Llegamos justo a tiempo para la cita de Isaac; en la sala de espera estaban dos varones más, uno joven y el otro más longevo; intercambiamos miradas entre

todos; el espacio era pequeño y las bancas quedaban unas frente a las otras, era fácil escuchar las conversaciones de los demás. Salió la enfermera y recogió el carnet de citas de cada quien; tocó el turno de Isaac.

Primero vi desde el pasillo cómo lo pesaron y le tomaron signos vitales. Él pidió autorización para que yo entrara, después salió por mí y entré con él a la consulta.

La enfermera se encargó de traer el expediente al médico, quien sentado le daba instrucciones. Leyó el expediente en dos minutos y se levantó para examinar a Isaac. Mi estadía lo distrajo y preguntó quién era yo. Le dije mi nombre y se dirigió al interlocutor diciéndole: “¿es como un antropólogo que te está siguiendo?”; “algo así”, respondió él. La sesión duró poco tiempo. El médico le preguntó a Isaac cómo se sentía, y él respondió que bien. Luego, le dijo que los resultados de carga viral eran favorables porque ya casi era indetectable; los cd4 se habían elevado un poco, y entonces debía seguir con el mismo esquema antirretroviral. “¿Tienes dudas?”, indagó. El interlocutor le dijo que no, pero que si le podía explicar cuándo iba a bajar la carga viral. “Te digo que es buen indicio, debes seguir con el medicamento, nos vemos en dos meses”, respondió y salimos del consultorio.

El trayecto que habíamos hecho del metro al consultorio duró más que la consulta. Isaac salió contento porque el médico le dijo que su carga viral pronto sería indetectable. Podemos ver con este ejemplo que el infectólogo fungió como traductor de los análisis de laboratorio. El interlocutor sintió que le proporcionaron atención. Yo considero que interpretó valores numéricos, producto de las pruebas de conteo linfocitario y de copias del virus.

El tratamiento de VIH/sida y la serodiscordancia suele presentar rutinas similares que se relacionan con una espera larga a cambio del monitoreo médico. Este es el resultado de un ensamblaje entre tecnologías, personas y prácticas (cfr. Rose, 1996, 2007): los sujetos necesitan de la norma médica para entender qué pasa con sus cuerpos, al tiempo que sus cuerpos son necesarios para la ciencia en la comprensión del padecimiento. Es decir, la serodiscordancia se materializa a través de una serie de prácticas socioculturales donde se entrelazan el discurso

de las normas biomédicas y las manifestaciones corpóreo-afectivas de las/os sujetas/os involucradas/os. Las tecnologías son el reducto de tal materialización. Veamos algunas de las dinámicas que las/os interlocutoras/es experimentan con el personal médico.

El VIH es cansado, es muy cansado, es agobiante; por ejemplo, me pasó que tuvimos un compromiso, me tienes en la mañana en la misa, después el salón [de fiestas donde asistió a un evento familiar] y me salgo a las tres porque tenía cita con el psiquiatra. A las cinco, saliendo, me regreso con él [se refiere a Josué] para quedarme y ver a su familia y nos terminamos quedando en su casa; siempre es así la dinámica, aunque me siento más tranquilo con lo que me dice el médico. Al principio había sido todo rechazo de medicamentos, náuseas mareo, vómitos y diarreas, duré dos meses así (Isaac, vive con VIH).

Por parte de los doctores no ha habido discriminación; con las enfermeras, sí, que no me han querido tocar sin guante. A lo de los doctores le llamo negligencia, porque no es posible que no hayan dado con mi diagnóstico, pero si llega un hombre *gay* al doctor con tos, a lo mejor lo primero que mandan a hacer es la prueba de VIH; debería ser así con todos (Óscar, vive con VIH).

Pues a mí me tocó “el parto” en la Condesa, darme de alta y todo eso, a final de cuentas tocó que el director me atendiera por el tema del protocolo y ya fui un montón de veces a formarme. Al principio iba una vez al mes para la sangre para el cd4 y la carga [viral] y, bueno, así fue hasta el día de hoy (Edgar, vive con VIH).

Aquí todo es tardado, te atienden si te vienes temprano, aunque es más rápido que el Seguro Social; me siento a gusto en la Clínica Condesa, porque puedo decir que tengo VIH y ya me van a dar consejos como ahorita que tengo gripa (Gabriela, vive con VIH).

A mí me parece bueno ir al doctor de manera constante, yo lo veo como un chequeo de rutina, es lo que deberíamos hacer todos, tuviéramos o no diagnóstico, pero no lo hacemos, le damos prioridad a otras cosas (Mauricio, vive con VIH).

Con estos testimonios podemos observar cómo para todas las personas es benéfico tener el monitoreo médico. Para Isaac ha sido agobiante, pues va a más de cinco especialidades médicas y eso le quita mucho tiempo. Asimismo, acudir al hospital y que le digan que se está adhiriendo al tratamiento de manera adecuada lo tranquiliza.

Óscar rescata la tardanza de algunos médicos para encontrar su diagnóstico. Edgar cuenta las dificultades administrativas que implica acudir a la Clínica, hacer largas filas, esperar mucho tiempo. Gabriela coincide pero, como

también lo hace Mauricio, reconoce que es mejor ir a la Clínica que a otros lugares de atención médica, pues teme la discriminación por su estado serológico. Finalmente, Diana da cuenta de cómo para la biomedicina la preocupación principal respecto de las personas seronegativas se reduce a que no adquieran el virus; paradójicamente, la atención que brindan solo tiene una recomendación: el uso del condón: “Conmigo se enfocan en usar condón y solamente eso”, me dijo. Y es que hay elementos del sistema de salud que enfrentan a diario las/os interlocutoras/es relacionados con la falta de recursos que inciden en la calidad de atención. El personal médico también se adecúa a estas condiciones.

Entre los elementos más importantes para las rutinas médicas en los vínculos serodiscordantes están las pruebas de conteo de carga viral y cd4, para quienes viven con el virus, y de detección de anticuerpos del VIH, para quienes son seronegativas/os y se catalogan como sujetos de riesgo.

O tu médico familiar está viendo que estás constantemente con eso de “hazte la prueba”. “Ah, no, doctor”, le digo. “Es por tu bien”, dice. También ya depende de que el paciente se la quiera hacer o no, pero yo pienso que es la obligación del médico decir: “hazte la prueba”, porque fíjate que, hasta eso, al médico que tengo yo le dije que ya me toca. “Es que ya te la hiciste y saliste negativa”. “Sí, doctor, pero yo me la tengo que estar haciendo porque tengo relaciones sexuales”, le dije (Josefina, no vive con VIH).

Me hago las pruebas cada seis meses, es la única manera de saber que estoy bien y que sigo indetectable, así es como si no lo tuviera. Además, mis defensas han subido mucho, eso me da gusto (Juan, vive con VIH).

Es que eso puede ser información basada en ciencia, pero el manoseo se puede convertir en desinformación, como una señora que se la hace cada año [la prueba de detección] y creía que el médico le dijo que debe hacerse la prueba cada año porque podría aparecer después [el virus]. Yo explicándole que las pruebas son confiables, pero si quisiera seguir torturándose y perdiendo la oportunidad de tener una vida digna y encasillarse en el papel de la víctima, pues allá ella, pero se encierran en esa forma de desagregar (consejero, programa de parejas serodiscordantes Clínica Condesa, se identifica como homosexual, no vive con VIH).

Para Josefina es necesario hacerse pruebas de manera constante porque es una estrategia eficaz de mantener una supuesta seguridad sobre su estado serológico. Además, le parece un signo de responsabilidad pedir el *test* al médico. Juan equipara los resultados de indetectabilidad a un estado saludable, pues esto equivale para él a la erradicación –al menos en la prueba– del virus.

El testimonio del consejero da cuenta de cómo el manejo de la información del padecimiento y de las pruebas puede ser complicado. Convivir con información científica y traducirla a la vida cotidiana no resulta sencillo. Además, la palabra del personal médico se convierte en un mandato y las personas en vínculos serodiscordantes lo viven así.

La ciencia, al no poder aprehender al virus, utiliza sus tecnologías para representarlo y administrarlo. El conteo linfocitario y de copias del virus contribuye a la impresión de controlarlo al momento. En estas tecnologías podemos ver cómo el discurso es formativo y por ende transformativo, pues “no solo trabajan para reducir el virus. También transforman el virus y los cuerpos donde el virus prolifera” (Rosengarten, 2004: 213).

El estado serológico y parte de la identidad de quien no vive con VIH también se convierten en un efecto productivo de la ciencia, mediante las pruebas de detección del virus, pues buscarán su ausencia o presencia en la sangre, es decir, el índice para materializar el padecimiento.

Vale la pena hablar un poco más de la Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México. Cuando yo realizaba esta investigación, se estaba implementando allí un programa para personas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes. Una psicóloga se encargaría de atender a los vínculos hetero y un psicólogo a los homo. Recordemos que en una oficina hay mujeres y varones que trabajan en una asociación civil y dan “asesoría de pares” a las personas recién diagnosticadas, conversan con ellas desde un lado más personal y les ayudan a incorporarse a los servicios de salud. Hablé con ellas/os y quise ver cómo veían que la atención para el VIH/sida y la serodiscordancia desde la biomedicina se redujera a ofrecer pruebas de conteo linfocitario, de las copias del virus, de detección, a dar condones y tratamiento antirretroviral. Asimismo logré entrevistar a un ginecólogo. He de reconocer que para mi sorpresa, me encontré con gente consciente de que había que tener en cuenta una perspectiva sociocultural del padecimiento. No pude profundizar con personal que solo partiera desde una visión biomédica porque no me dieron información; intenté conseguir

algunas entrevistas, pero nadie accedió, argumentando falta de tiempo. Estas fueron algunas de las cosas que me dijeron quienes sí me dieron las entrevistas:

El paciente puede regresar tantas veces como lo necesite, tantas veces como tenga dudas. Es bonito porque lo recibimos, viene esta parte de shock por la noticia, no sabe cómo funcionar y lo vamos acompañando en esta parte del proceso y después se hace más frecuente del paciente cuando le dicen que son indetectables y vienen contentos a compartirlo [...]; sin duda, sin la parte médica no se puede hacer nada, pero de nada sirve que tengas la parte médica si emocionalmente el paciente está muy mal o de nada sirve que el paciente esté anímicamente con todas las pilas y el medicamento no sea el adecuado; creo que es un 50 y 50, como mi proceso de formación lo dice, también está la parte social, estoy viendo la cara social de la moneda, qué hay detrás de los fármacos, los estudios, las emociones y los sentimientos que genera el VIH (asesor par de la Clínica Condesa, se identifica como homosexual, vive con VIH).

Ves con los pacientes una necesidad emocional muy clara, temas muy concretos como miedo a la muerte; una forma de desbaratarlo es ver una persona con VIH que no se ha muerto. En otros casos, que es la mayoría, son trámites: las personas quieren informes, requisitos, y no quieren tomar el tema. En todos esos casos se deja la puerta abierta, es un espacio para volver. Además creo que la información biomédica se puede adaptar a las necesidades, creo que en la práctica médica no he visto eso de obligar a las personas con ciertos detalles, sino que se tiene apertura, se va canalizando a las diferentes áreas (asesor par, Clínica Condesa, se identifica como homosexual; no vive con VIH).

La atención se centra en la persona positiva, se le motiva para que reciba un tratamiento, baje la carga viral y disminuir el riesgo de transmisión a la persona negativa. Sin embargo, nos dimos cuenta de que en muchos de los casos no hay un correcto apego al tratamiento o ni siquiera se empieza a tomar, o ¡vamos!, en el periodo en los meses en donde se alcanza la carga viral indetectable, las parejas no utilizan preservativo y entonces nos encontrábamos con transmisión; entonces al ver eso, bueno, sabemos que en Europa y en Estados Unidos, se maneja lo que es la PreP, la Profilaxis Pre-Exposición, precisamente para ese tipo de casos, para prevenir infección. Se trata de tomar una píldora [antirretroviral] antes, sobre todo en casos de violencia contra la mujer [...]. Al comentarles sobre el proyecto, ellas están súper interesadas; de hecho, ellas vienen generalmente no para hacerse una prueba, sino para sacar todo lo que traen dentro, una descarga emocional, una catarsis (consejera, programa de parejas serodiscordantes Clínica Condesa, se identifica como heterosexual; no vive con VIH).

Las parejas serodiscordantes son un problema, yo lo entiendo, un grupo de personas que requieren de mucha ayuda y de mucho apoyo. Sobre todo en el caso de las mujeres. Las mujeres en este país y en el resto de América Latina son mujeres que siempre han estado sometidas y que para cambiar patrones culturales es un problema muy complicado. Los niveles educacionales en las mujeres son bajos, son muy bajos, y esta situación es una muestra de los



problemas sociales que hay y que vulneran más a la mujer a que pueda estar supeditada a los deseos y caprichos de las parejas. Hablando específicamente de prácticas sexuales, la mujer es sometida con mucha más frecuencia que un hombre y, en el caso del VIH, un número importante de hombres someten a una violencia psicológica, sexual, económica a sus parejas. Para que nosotros logremos que esas mujeres no se infecten, tenemos que tener un equipo multidisciplinario para trabajar con ellas. Probablemente las pacientes en un inicio ni se identifiquen con el trabajador de la salud, como yo por ejemplo. Pero hay otros actores que pueden trabajar bien esa cuestión, por ejemplo, de recibir servicios de asesoría y prevención secundaria para evitar la infección. Son patrones más bien de conducta que yo creo que se tienen que trabajar más a profundidad. Me queda claro que hay gente que jamás en su vida va a usar un condón, aunque tenga un positivo y el otro sea un negativo. Pero hay muchos colegas que no lo entienden. O sea, yo creo que esto es como cualquier otro padecimiento. Yo creo que lo primero y para mí lo más importante va a ser esos cambios en el comportamiento de la gente; son las cuestiones que tienen que ver con la terapia. Yo le apuesto mucho a eso (ginecólogo, Clínica Condesa).

Me parece que la/os interlocutora/es reconocen cierta parte limitante de la práctica biomédica, pues saben que las personas necesitan también otro tipo de atención para darle sentido al padecimiento y a la serodiscordancia. También saben que no tienen mucho campo de acción, pues se deben guiar por parámetros biomédicos. Hablando con el ginecólogo citado, le comento que además su profesión tiene más eficacia simbólica que la de otras personas de la clínica, pues le creerán más al médico que al psicólogo. Él responde:

Eso sí. Por eso hay que darle además la importancia a tu equipo de trabajo. Yo como médico no voy a poder solucionar nada. Yo siempre lo he dicho, yo no puedo solito. Si yo no tengo a tal persona que es parte del equipo de trabajo, no lo hago. Si no está una mujer que piensa de otra manera diferente que yo, no lo hago. Si no está mi enfermera que a la mejor una palabra tan sencilla, que a mí se me va, que me dice, digo, tiene razón, lo cambio (ginecólogo, Clínica Condesa).

Más adelante, en otra entrevista, un consejero agrega:

Pues sabemos que los médicos tienen el poder del asunto, eso es como una formación que tienen, tranquilamente como la ejerzo hago mi papel de hacer lo que sé hacer que es intervenciones para aceptar el diagnóstico y que esos medicamentos se encarguen de la parte biológica (consejero, programa de parejas serodiscordantes de la Clínica Condesa, se identifica como homosexual; no vive con VIH).

El ginecólogo y el consejero de la Clínica reconocen la relevancia de la biomedicina para administrar el padecimiento y la serodiscordancia. Gracias al

avance en la tecnociencia, el tratamiento médico del VIH/sida hace que quien vive con él ya no lo haga desde la catástrofe, como en su surgimiento. Pero este dispositivo también logra que las personas afectadas por el virus entren en procesos de sujeción a través de relaciones de saber-poder para ser sujetos no infecciosos (cfr. Race, 2001; Rosengarten, 2004; Squire, 2010).

Elsa Muñiz dice que mediante el disciplinamiento corporal podemos ver las maneras en que discursos como la biomedicina “controlan y disciplinan los cuerpos con la finalidad de ‘normalizar’ y ‘naturalizar’ la existencia de los sujetos, al mismo tiempo que definen la ‘anormalidad’ y documentan los procesos de exclusión/discriminación para los diferentes” (2014: 302). Además de las pruebas de detección, de conteo linfocitario y de carga viral, los fármacos han jugado un papel crucial en esta fase de normalización. Veamos cómo han participado en la configuración de la vivencia del VIH/sida y la serodiscordancia.

## **2. Antirretrovirales, efectos y sujeciones**

El tratamiento antirretroviral se ha convertido en un elemento crucial de la administración del VIH/sida en nuestros días. Esta tecnología ha logrado reducir la percepción de infecciosidad propia del padecimiento. Recordemos que, como ya describí en el capítulo I, la Comisión Federal de lucha contra la pandemia de Suiza indicó en 2008 que quien se adhiriera al tratamiento, tendría un aumento de cd4 y se reduciría en más de 95% la probabilidad de transmitir el virus (Vernazza *et al.*, 2008; Attia *et al.*, 2009; Vernazza, 2009; Jin *et al.*, 2010). Este hallazgo inicio un nuevo paradigma que privilegiaba el tratamiento como prevención (*The Lancet*, 2011), dándole gran relevancia a los antirretrovirales pues no solo reducirían las copias en el organismo, sino que también harían que las defensas se incrementaran y que además el virus no se transmitiera de manera fácil.

Que los fármacos sean la base del paradigma de prevención del VIH/sida responde a tendencias estructurales del biocapitalismo y el biopoder que ejerce la industria farmacéutica para administrar muchos padecimientos (Adam, 2005; Rabinow y Rose, 2006, Rose 2007b; Davis, 2007; Preciado, 2008; Dumit, 2012). Esta retórica, que forma parte del neoliberalismo mediante la concentración en el

individualismo de las personas, hace que en padecimientos como el VIH se traslade la obligación del cuidado de manera relevante al espacio de la vida privada.

El cuerpo depende de las redes sociales y políticas en las que vive, las cuales repercuten en las percepciones sobre qué vidas son vivibles (Butler, 2010: 83). El VIH/sida ha sido encuadrado desde sus inicios en marcos normativos de inteligibilidad y reconocimiento a los que el Estado ha contribuido. En México, por ejemplo, el organismo estatal que administra la pandemia ha indicado que desde el 2003, el acceso a los antirretrovirales es gratuito (Zúñiga y Hernández, 2015: S97). Sin embargo, el abasto no es universal y en muchos contextos la pandemia aún es catastrófica y genera muchas muertes (cfr. Núñez, 2007, 2009, 2011; Reartes, 2011; Ponce y Núñez, 2011; Ponce, 2016).

Parece ser que se olvidan las implicaciones socioculturales de la pandemia y permanece la intención biomédica que brinda una supuesta estabilidad a través de las píldoras. Incluso, la distribución de fármacos no tiene el alcance que las autoridades indican; en muchas ocasiones las/os interlocutoras/es manifestaron que a veces hay desabasto en sus unidades de atención médica y han tenido que buscarlos en otras asociaciones de la sociedad civil, o en el peor de los casos, comprarlos por su cuenta.

## 2.1 Relaciones corporales con los fármacos

Uno de los elementos más problemáticos para las/os interlocutoras/es al momento de recibir el diagnóstico reactivo a VIH ha sido la relación con los fármacos. La idea de tomar píldoras a diario para el resto de la vida les ha parecido difícil de asimilar. En algunos casos porque seguir una rutina requiere no solo disciplina, sino también la asimilación del padecimiento que se hace presente al momento de ingerir las pastillas. En otros, los antirretrovirales también son fuente de miedo ante los efectos secundarios (pesadillas, manifestaciones en el cuerpo como ojos amarillos o exantemas), o ante los efectos colaterales (mala absorción de las grasas, lipodistrofia y lipoatrofia). En suma, el miedo tiene implicaciones

corporales ante los cambios que el organismo pueda manifestar. Veamos algunos significados atribuidos a los fármacos:

Un día, después de que salimos de la consulta con el infectólogo, desayuné con Isaac. Hablamos sobre las dinámicas médicas y las sensaciones corporales que conllevan:

—En total tomo ocho pastillas, cinco del psiquiatra y tres de VIH.

—¿Cuál sería tu relación con ellas?— le pregunto.

—Son compañeras, no son enemigas tampoco, amigas, menos, muchos chavos les llaman amigas; no son mis amigas, pero son mis compañeras; a donde quiera que vaya debo llevarlas por si me quedo, me emborracho, incluso hay personas que no se las toman porque beben [alcohol], yo sí [...]. Son de las compañeras que me caen gordas porque de repente si se me olvidaron las pastillas ya no me puedo quedar fuera; he tenido una o dos ocasiones que no las tomo, pero tampoco puedo dejar de tomar el medicamento (Isaac, vive con VIH).

En una entrevista con Diana y Juan, reflexionan juntos sobre los antirretrovirales:

—Ahorita tomo la Atripla, una pastilla nada más y todo bien, pero los primeros días parecía que yo andaba todo borracho pero ya después ya no.

—Porque incluso yo los traigo en la bolsa porque dice su mamá: “échalas tú en tu bolsa para que te acuerdes y se las tome, porque parece un chamaquito” —agrega Diana.

—Es que me las he dejado de tomar porque antes como trabajaba en mudanzas, tenía yo que salir y a mí me decían: “¿sabes qué?, vamos dos días”. Bueno, yo me llevo un medicamento para tres o cuatro días, pero luego nos quedábamos una semana y pues ya no me lo tomaba.

Otros testimonios sobre el mismo tema:

Yo en dos ocasiones sentí que los medicamentos le han bajado la presión, o sea, son de las únicas ocasiones que me ha dicho: “me siento mal” (Esteban, no vive con VIH).

Él me da sus resultados [se refiere a los de las pruebas de conteo linfocitario y de carga viral], siempre ha estado normal, indetectable, con sus defensas buenas, puede vivir normal, pero toma una pastilla diaria (Héctor, no vive con VIH).

Al inicio sí tengo dificultades para los medicamentos, te vienen muchas cosas cuando empiezas a escuchar que el medicamento es malo, que te mata, que te acaba más que la enfermedad; entonces, cuando me dieron el tratamiento, lo primero que me dieron fue Combivir y otro que no recuerdo el nombre. Cuando me dice el doctor que ya me va a dar el medicamento, lloro mucho, dije: “no bueno, ¿qué tal si me muero antes con medicamento, que si no me lo tomo?”, me vino como una crisis sobre: “¿me lo tomo o no me lo tomo?” El doctor me dijo que no me preocupara, que él me garantizaba que con ese

medicamento iba a vivir 20 años, entonces hice cuentas, dije: “mi hija tiene ocho, con que llegue a los 18 y ya la hice”. Él [su esposo] no se los tomó, decía: “tú estás loca, ya nos cargó la chingada”, entonces le contesté: “te cargó a ti, yo no me quiero morir de esto y de esto no me voy a morir”. Ahí empezaron los problemas porque yo lo veía de otra manera y él se veía muerto, él se vio muerto desde que le dieron el diagnóstico (Virginia, vive con VIH).

Al inicio sí tenía mucho miedo a los cambios por los medicamentos, no quiero que se me desaparezcan las nalgas, los brazos, la cara, el tema de lipodistrofia que me asechaba; estaba lleno de rash tremendo, manchas, dije: “¡en la madre!, ¿me van a quedar cicatrices o qué?”. El médico me dijo que aunque tenga el rash no suspenda el tratamiento (Germán, vive con VIH).

Cuando me detectaron, estaba en 17 cd4, bien bajas. Cuando ya me internaron con el medicamento, subieron a 90, pues ya dijo el doctor que íbamos mejorando con las pastillas. Me dijeron que el medicamento no lo podía suspender, ya me sentía bien, yo lo iba a suspender, en el último de los análisis ya no lo encontraron [al VIH], ahora sí que el medicamento lo está reteniendo; y ya ahorita pues en recuperación y por la gracia de dios y los doctores que lo detectaron a tiempo, como dicen ellos, estuvo a tiempo de que se detectó y de dar el medicamento y pues lo sigo tomando hasta que ellos me digan qué medicamentos me van a dejar y no los puedo suspender hasta que los doctores me digan cuándo. Me decía el consejero de la Clínica que esto está apenas empezando, el medicamento no se puede dejar, pero, este, ahorita ahí vamos poco a poco, mi propósito es salir adelante, seguir tomándolo aunque luego se me mete de que “ya no lo voy a tomar”, pero no, luego estar viendo todos los que entran enfermos, me da pánico (Inés, vive con VIH).

Vemos con estos testimonios las complejidades de ingerir los antirretrovirales. Tomemos en cuenta que, a partir del 2008, esta es la única posibilidad de reducir la carga viral en el cuerpo y de las pocas para no transmitirlo. Adherirse al tratamiento es entonces la estrategia que utiliza la biomedicina como el camino para la supuesta estabilidad que presenta el padecimiento en nuestros días. Ingerir fármacos de este tipo no ha sido nada fácil para las personas entrevistadas.

Para Isaac, las píldoras se convirtieron en compañeras incómodas que deben estar cerca todo el tiempo. Aunque en varias conversaciones manifestó que mantiene una relación ambivalente con los fármacos para el VIH: por un lado, no le molesta ingerirlos, pues recuerda que su mamá –que vive con un padecimiento crónico– toma muchas pastillas y lo ve como algo que forma parte de la dinámica de los padecimientos. Por el otro, no le gusta depender de ellas, trata de hacer las

cosas que le gustan, como beber alcohol, pero reconoce que es molesto ingerir a diario medicamentos.

La dinámica entre Diana y Juan sobre la ingesta de antirretrovirales de él hace evidente algunos roles de género manifiestos en la serodiscordancia. Diana asume, por instrucción de la mamá de Juan, una especie de personificación materna en la que debe encargarse de él, que parece un “chamaquito”, quien por su parte no ha sido constante en la recomendación biomédica de adherencia al tratamiento. Esta dinámica fue recurrente en muchas interlocutoras que se encargaron del cuidado, no solo de la familia cuando fue el caso, sino también de su compañero sentimental.

Para Luis, ha sido complicado asimilar que tendrá que tomar fármacos, pues esto se convierte en él un indicador material del padecimiento: “Me siento mal por tener que tomar medicamentos, porque en mi vida nunca los había tomado; yo no padecía de nada”, me dijo en una entrevista.

Esteban, al no vivir con el padecimiento, ve con cierta lejanía que Ramón tenga que ingerir antirretrovirales, aunque entiende que forma parte del tratamiento; no comprende del todo la dinámica del virus. En muchas entrevistas me dijo que se siente ajeno al VIH, no sabe del todo qué es, cómo opera, cómo se siente su compañero sentimental viviendo con él, pues casi no le dice nada de las rutinas médicas ni de sus implicaciones. Me parece que él cree que los fármacos tienen efectos secundarios visibles y relaciona algunos de los mareos de Ramón con su ingesta. Vale la pena decir que Ramón se molestó cuando fue planteado esto en una entrevista con ambos. El desconocimiento de la dinámica del padecimiento marca una diferencia considerable para estos interlocutores.

Héctor, informante que no vive con VIH, también manifestó cierto alejamiento del padecimiento. Sin embargo, contrariamente a lo que sucede con Esteban, él ve benéfico que Germán ingiera los fármacos para disminuir la carga viral pues esto lo convierte en alguien “normal”. Además, alude a la nueva píldora (Atripla) que incluye tres fármacos; tomar solo una garantiza el bienestar de su compañero sentimental y le hace estar “bien”, como el resto de las personas.

Considero que el relato de Virginia refleja, en cierto sentido, la incorporación del discurso biomédico: cuando recibió su diagnóstico tenía mucho miedo de ingerir los antirretrovirales porque le dijeron que sus efectos podrían ser mortales. Posteriormente, el médico que la atendió le dijo que si se adhería al tratamiento podría vivir al menos 20 años más. Ella quería llegar a la mayoría de edad de su hija, pues creía que a esa edad ya se podría valer por sí misma, y ese fue el motor que la impulsó a ingerir las píldoras. Caso contrario a su compañero sentimental, quien vio en el diagnóstico la causa directa de su fallecimiento.

Germán, por otra parte, manifiesta que su miedo es corporal, teme perder ciertos atributos del cuerpo que atañen a la belleza física. En muchas ocasiones me indicó que el diagnóstico le significó un “ataque” al cuerpo y a la seguridad que le provocaba sentirse atractivo. En su caso, el virus y los fármacos mermarían la confianza en sí mismo y repercutirían en su imagen.

El caso de Inés es sumamente interesante, no solamente porque es la única mujer entre mis interlocutoras que vive con VIH y que actualmente está en un vínculo serodiscordante. Ella, a diferencia de Virginia y Gabriela, que también son seropositivas, tenía muy poca información sobre el padecimiento y me parece que en los acercamientos etnográficos, le costaba todavía mucho trabajo asumir la condición de permanencia corporal del virus. En varias ocasiones me dijo que ella “le echaba ganas porque quería superar lo que le pasó”. Era extraño y ambivalente: es como si supiera que iba a vivir con VIH por el resto de su vida, pero al mismo tiempo, me dio la sensación de que mantenía la esperanza de curarse en algún instante –quizás esto pasó en todos los casos, pero en ella se hizo más evidente–.

Cuando hablamos sobre los antirretrovirales, esta ambivalencia se hizo muy presente: parece que Inés no logró dimensionar que no iba a dejar de tomar los fármacos. Ella los percibió como ese tipo de medicamentos que, una vez que alivian el mal corporal, se elimina su ingesta. Sigue tomando las píldoras porque le aterra la idea de enfermar otra vez a causa de la baja linfocitaria.

Finalmente, Mauricio también aprovecha los mecanismos de la supuesta estabilidad del padecimiento que ofrece la biomedicina. Sabe que vive con VIH,

pero acepta que, gracias a los fármacos, se ve como los demás, puede ocultar su estado serológico y corporalmente desaparece cualquier marca que pudiera indicar que vive con el virus: “Mira, el proceso más difícil para mí fueron los primeros meses, sí te pesa que la gente se entere de tu diagnóstico; para mí lo más fuerte ya pasó, si tú me ves ni te das cuenta que lo tengo”, me dijo.

En esta fase de normalización de la pandemia, podemos ver la gran relevancia del tratamiento antirretroviral. Sin embargo, como también pudimos apreciar con los testimonios anteriores, adherirse al tratamiento se relaciona con parámetros socioculturales de las/os interlocutoras/es, pues no les ha sido fácil asimilar el diagnóstico y/o la serodiscordancia. Ingerir las píldoras todos los días se convierte en un recordatorio de que el padecimiento forma parte de ellas/os. Además, la ingesta de estos fármacos se complejiza si pensamos en la alta toxicidad de algunos de ellos, con los efectos secundarios y/o colaterales que su toma continua puede presentar y su impacto en el cuerpo. Veamos ahora cuáles son los efectos secundarios que han vivido algunas de las personas entrevistadas, el miedo y la vivencia en otras a algunos efectos colaterales y cómo los han asimilado.

Hace poco la doctora me propuso cambiar a Efavirenz, pero me negué. Es mi primer esquema, ella me dijo que podía cambiar y yo le dije que de todo lo que he escuchado sobre el Efavirenz, el 80% es malo: no duermes, tienes pesadillas; “no”; le digo; “mejor sigo tomando lo mismo”, le digo que prefiero seguir tomando mis cinco pastillas, porque el Kaletra lo tomas y me provoca dolor de cabeza, a veces mareos, a veces me tomo un yogurt, una gelatina y quiero vomitar, pero prefiero eso (Ramiro).

Un día, en la casa de Josefina y Óscar, inicié con las entrevistas individuales. Seguimos en el mismo espacio, pero nos encerramos Óscar y yo en un cuarto para que las demás personas que allí viven no escucharan. Cuando hablamos sobre los antirretrovirales y sus efectos, registré este testimonio:

—Me acaban de cambiar [el esquema antirretroviral], ahorita tomo el Atripla, a mí no me causa tanto miedo, no lo puedo catalogar como miedo sino como una molestia el hecho de que estoy flaco pero panzón, pero así soy, es la lipodistrofia.

—También es la edad —le digo—, ¿o padeces lipodistrofia?

—Sí —responde y saca una foto donde me muestra cómo era antes.

—No me había dado cuenta, respondo.



—Sí —continúa—, y parte de la constitución física de las personas también. Nunca fui esbelto y luego no hago ejercicio, pues menos. La otra incomodidad, pues la cara, sobre todo cuando me encuentro con personas y se ven mejor de la cara, se nota porque por la enfermedad la tengo como chupada. Una persona de mi edad sin esta enfermedad tiene la cara más llena, no están como desinflados [señala en la fotografía a otros señores]; ellos son mayores que yo, pero veles la cara, esta persona tiene diabetes, pero ve cómo se nota la arruguez, o sea, como que se desinfla uno, vamos, y digo: hay personas que tienen mi misma edad y fácil se ven con 10 años menos que yo, y eso sí es una causa así pequeña de incomodidad (Óscar, vive con VIH).

#### Otros testimonios sobre el mismo tema:

Al principio veía mucho el internet, veía los efectos secundarios y me asustaba mucho, veía fotos sobre caras distorsionadas y me deprimía, “¿qué va a pasar cuando me ponga así?”, pensaba. Ahora ya lo superé, me dijo el médico que ya no vea internet, que eso le pasa al 1% de los que los toman y que yo no estoy tomando ese medicamento, eso sobre los efectos colaterales. Sobre los secundarios, el medicamento me causó sueños raros, muy vívidos, muy reales, de repente te despiertas y no sabes, al tercer día tienes ese recuerdo y no sabes si fue el sueño o si lo viviste al momento, me pasa mucho que me da ansiedad cuando duermo, pesadillas; me pasa mucho que “se me sube el muerto”, es un estado de semi-inconsciencia, pero así lo llama todo el mundo (Edgar, vive con VIH).

He tenido efectos secundarios normales como mareo, me da muchísimo calor al grado de respirar y que el aire de mi nariz salga caliente, de repente siento que estoy en pausa, con acostarme un poco, dormir y con eso se me pasa (Alberto, vive con VIH).

Con el Atripla soñaba cosas muy raras, luego decía que en la cortina habían unos cuernos, unos picos y no, luego sí me espantaba, era como tomar un alucinógeno (Gabriela, vive con VIH).

A mí me pasó que me empezaba a “cruzar” con el alcohol y el Efavirenz porque favorece ciertas cosas, interactúa con el sistema nervioso central, tienes sueños vívidos, luego con una cerveza hacía cosas dormido, sigo haciéndolas: levantarme a hablar, soñar varias cosas. Cuando me cambiaron al nuevo medicamento, los efectos secundarios eran diarreas constantes y esas son incómodas, los anteriores eran de “no tengo problema”, pero estas las odio, me chocan, pero me las tengo que tomar, ahora a ver cómo salen los estudios de laboratorio; si no, quiere decir que lo psicológico está echando a perder lo demás (Isaac, vive con VIH).

Vemos con estos relatos cómo se vuelve compleja la ingesta de los antirretrovirales. En Ramiro, el miedo al fármaco que provoca alucinaciones lo orilla a que permanezca con el que solo le ocasiona mareos y náuseas. Óscar nos comparte cómo se vive con los efectos colaterales; estos son los más temidos por

las/os interlocutoras/es porque manifiestan cambios, en algunos casos muy notables, en el cuerpo. En el entrevistado, la absorción inadecuada de los músculos de su rostro hace que él sienta que se ve distinto a los demás. Esta marca corporal del VIH tiene implicaciones en la socialización de la vida cotidiana, pues la estrategia que muchas personas toman para ocultar los estragos –sobre todo corporales– del virus se vuelve insostenible en algunos casos.

El resto de las personas entrevistadas manifiesta la vivencia de efectos secundarios similares: Edgar y Gabriela nos dejan ver cómo el VIH tiene manifestaciones oníricas; Alberto ha experimentado cansancio y cambios en la sensación térmica corporal. Isaac, quien ha cambiado de esquema antirretroviral, nos cuenta primero la dificultad para seguir consumiendo alcohol sin sentir los efectos de los fármacos; después del cambio, el malestar fue peor, pues afectó su digestión por varios días. Cambios que las/os interlocutoras/es deben aguantar con tal de ver cómo cede la carga viral y se incrementan los linfocitos cd4.

Pudimos ver cómo, al trasladarse hacia los sujetos la responsabilidad del cuidado en el VIH/sida, la adherencia al tratamiento antirretroviral se convierte en un mandato. Sin embargo, estos fármacos tienen implicaciones para el manejo del riesgo de transmisión del padecimiento, y su ingesta se puede volver más complicada cuando se consumen otros medicamentos que generan interferencia, o se padecen otras enfermedades.

## 2. 2 Manejo del riesgo del VIH/sida, fármacos y complicaciones

Algunas investigaciones feministas y socioantropológicas han documentado cómo las industrias farmacéuticas interfieren en la noción de riesgo entre las personas (Rose, 2007b; Preciado, 2008; Dumit, 2012). En la serodiscordancia, al reducir los antirretrovirales la condición de transmisibilidad, inciden en las nociones de riesgo de transmisión del virus, minimizándolas:

Sí, es que con su carga viral indetectable pues ya siento que no nos va a pasar nada. Los dos vamos a seguir bien, ya no corremos riesgo (Alejandro, no vive con VIH).

Esta idea apareció de manera reiterada en otros informantes; podemos ver cómo ciertas/os interlocutoras/es retomaron del discurso del dispositivo biomédico

algunas de las ventajas que los antirretrovirales representan en cuanto al manejo del riesgo y la transmisibilidad del VIH. Me parece que una de las consecuencias de la sofisticación de los esquemas antirretrovirales actuales –que permiten ingerir solo una píldora (Atripla) al día– es la de generar la percepción de que hay menos riesgo de transmitir el virus. Ahora bien, esto no quiere decir que todas las personas incorporen tales malentendidos de manera lineal. Como indica Dumit, “Los hechos biomédicos identifican los riesgos e inducen la ansiedad, la esperanza [...]. A través de una gramática personalizada, crean una relación entre nosotros y la verdad con la que en la mayoría de los casos debemos aprender a vivir, intentar buscar otras opciones para sobrellevarla o intentar olvidarla” (2012: 21). Al respecto, un consejero de la Clínica Condesa me dijo:

Me han tocado personalidades muy ansiosas que sobredimensionan cualquier situación de riesgo: “¿qué tal que si él utilizó el mismo cepillo de dientes y después yo me cepillo?”, me han dicho. Creo que tiene que ver con las personalidades; por ejemplo, esos ansiosos que sí quieren ver información puntual en situaciones, y digamos de lo más común que “¿cuándo se infectó si llevamos tanto tiempo?”, o el otro: “¿por qué no me lo dijo desde un principio si ya sabía?” Son las primeras reacciones que surgen (consejero, programa de parejas serodiscordantes de la Clínica Condesa, se identifica como homosexual, no vive con VIH).

El VIH/sida puede despertar mucha ansiedad y angustia en algunas personas. Aunque la biomedicina activa sus tecnologías para controlar la sensación de riesgo desde sus rituales contemporáneos (Crawford, 2004), esto no es posible del todo, pues no importa cuánto se reduzca el riesgo, todas las personas “todavía tenemos 100% de riesgo de morir” (Dumit, 2012: 24). Es verdad que en esta fase de normalización del padecimiento (cfr. Mykhalovskiy y Rosengarten, 2009; Wilson, 2009; Persson, 2010; Davis y Squire, 2010; Flowers, 2010; Squire, 2010; Small, Thomas, 2011; Persson, 2013) el VIH/sida “se ha constituido como una parte regular de la salud y las relaciones sociales” (Squire, 2010: 401).<sup>136</sup>

Empero, como estas/os autoras/es nos recuerdan, gracias a las construcciones biomédicas contemporáneas, quien vive con VIH es reducida/o a un vector de enfermedad que es medible y controlable bajo el conteo de células en

---

<sup>136</sup> Al mismo tiempo, reconozco las ventajas de estas tecnologías, como reducir la percepción de infecciosidad y de transmisibilidad en muchas de las personas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes.

la sangre, como resultado de los efectos de los fármacos. Etiológicamente hablando, el virus no es tan controlable como la biomedicina quisiera, pues el VIH mantiene en algunos casos mutabilidad impredecible. Asimismo, la adherencia al tratamiento no siempre es fructífera por resistencias que algunos organismos manifiestan a ciertos fármacos. Además, socioculturalmente hablando, el estatus de *otredad* y abyección no es eliminado por completo y la clase social interviene en ciertos contextos para el acceso a tratamientos.

Un día de junio de 2015 llegué a la Clínica Condesa a realizar acercamientos etnográficos como lo había hecho de manera cotidiana por tres meses. Saludé a las/os asesoras/es pares, conversamos un poco y me quedé en la oficina. Uno de ellos (que vive con VIH) llegó tarde; llevaba una receta en la mano, estaba preocupado porque de repente había sentido una protuberancia en la axila. Nos lo contó a todos y nos dejó ver la irregularidad. Tras realizarse varios estudios, resultó ser un tumor cancerígeno que le generó preocupación, pues recibir diagnóstico a cáncer a raíz del virus es uno de los temores más agudos de las personas que viven con el VIH.

Después de varias sesiones de quimioterapia, este asesor volvió a trabajar y la experiencia quedó en el pasado. Los retos en la asimilación del padecimiento se hacen más presentes cuando aparecen malestares que se derivan del virus. En el caso relatado en el párrafo anterior, el cáncer no tenía relación directa con el VIH, aunque podía originar otras complicaciones. Otras/os interlocutores/as relataron los siguientes acontecimientos:

Estoy consciente con mi experiencia con el VIH y el sida de que, por mucho que me cuide, puedo desarrollar sida otra vez, luego de que en cualquier momento los antirretrovirales no hagan efecto en mí y en un lapso no funcione el medicamento. Luego no se dan cuenta, luego no sale en los análisis, llevan historial muy bueno y de repente carga viral altísima y sus cd4 bajos, y creo que estoy preparado por si llegara a pasar [...]. De las secuelas que tengo yo ahorita por la vista, tiene este año que no sabía hasta hace poquito que es citomegalovirus, y es por eso que estoy perdiendo la vista gradualmente y no lo habían detectado; veo, pero ahorita veo borroso y para manejar no puedo, a esta edad, imagínate [...]. En un principio dijeron que era catarata: “lo operamos y queda bien”, pero a como estoy, no es catarata, es la secuela que me ha dejado el VIH (Óscar, vive con VIH, entrevista individual).

Después de un tiempo con el diagnóstico, empiezo a enfermar de otras cosas. Tuve algunos problemas de proctología, después me pongo muy ansioso y me

diagnostican dos padecimientos psiquiátricos. El proctólogo me opera y el psiquiatra me manda medicamentos; creo que a raíz del VIH se me intensifica eso. O sea, creo que tiene que ver con varios factores, o sea, el VIH es parte de todo porque en la racha me cambiaron el antirretroviral y ese ha tenido mayores efectos que el anterior y han sido más prolongados y eso no me agrada. Me lo cambiaron porque estoy tomando un tratamiento psiquiátrico y el medicamento anterior se contraponía a mis cambios de humor, a mis cambios de carácter y ese tipo de cosas. El que se dio cuenta fue mi médico internista, realmente yo había asistido a la psicóloga para terapia, ahí me diagnosticaron dos padecimientos, fui al psiquiatra y me dio medicamentos y por eso dice que probablemente el medicamento estaba haciendo reacción con la ansiedad, por eso me lo retiraron. [Además], ahora me ven todos esos doctores, es como empezar a sentirte como un experimento humano, es raro, todos te meten mano, todos te dicen cosas y me cansa, realmente me cansa, yo a la semana estoy tres veces al día en el médico y ya me quiero ir. Me siento muy encabronado, estoy muy encabronado (Isaac, vive con VIH, entrevista individual).

Le cambiaron el Efavirenz porque generaba sueños muy vívidos y empezó a tener eso, todavía tiene explosiones, se lo exacerbó más y luego el medicamento le empezó a dar en toda la madre [...]. Él no quería cambiar de esquema [antirretroviral], me decía que para él cambiar implicaba que su vida se acortaba, porque ya había quemado un cartucho, estaba muy agresivo por todo. Siento enojo y miedo, fue cuando empecé a decirle que no me gustaba la imagen que maneja en sus amigos porque era uno y luego otro y le echaba la culpa a los medicamentos, pero le explicaba que muchas veces no son los medicamentos los que liberan esa parte que está en ti; vino el medicamento psiquiátrico y empiezan los conflictos muy fuertes (Josué, no vive con VIH, compañero de Isaac, entrevista individual).

Yo lo he cuidado, ¿y cómo me siento?, pues en un momento se siente podría decir satisfacción de poder ayudar a alguien, independientemente de que sea mi marido o no; hay ocasiones que sí es coraje porque con sus amigas se va a tomar café, a desayunar y todo y cuando vamos con el doctor ni un vaso de agua, atole ni un pan, por lo regular cuando voy me compro mis cosas. También, ¿cómo decirte?, el ego de que en el hospital las enfermeras o las chavas me felicitan porque me admiran, eso me gusta, me admiran porque no se explican cómo pude perdonar o andar con él siendo como es (Josefina, no vive con VIH, entrevista individual).

Sin duda estos testimonios son muy reveladores pues permiten ver otra cara del discurso biomédico, el cual considero que tiene dos vertientes: una que se relaciona con el lenguaje especializado y las instituciones; y otra con las apropiaciones que hacen las personas de esta terminología científica. Las complejas dinámicas de cercanía corporal que realizan las/os interlocutoras/es con la biomedicina dan como resultado, que en cierto sentido, esta les autorice a

legitimar sus ideas, fantasías y en muchos casos prejuicios sobre el padecimiento y/o la serodiscordancia.

Óscar deja ver esto cuando relata cómo cree que conoce parámetros etiológicos de la impredecibilidad del padecimiento a partir de su experiencia. La mirada médica es puesta en duda. El cuerpo se convierte en soporte de sentido sobre el virus, que en muchos casos no brinda información directa sobre los procesos que experimenta, dificultando la traducción que el personal médico debe realizar para administrar al VIH.

Isaac también habla con cierta autoridad médica, la molestia que experimentó al momento de algunas entrevistas se relacionó con los cambios que ha sufrido por padecimientos que aparecieron en su vida y que, considera, se complicaron por el VIH y los antirretrovirales. En varias pláticas me comentó que ya no sabía si la causa era el virus, si las nuevas enfermedades no tenían nada que ver con este o si más bien se trataba de un conjunto de sintomatología que por mala suerte se acumuló. Su cuerpo se convirtió a partir de estos procesos, en el terreno de la inspección médica teniendo que asistir a más de cuatro especialistas, además de experimentar las secuelas físicas, psíquicas y emocionales derivadas también del nuevo esquema antirretroviral que le ocasionó diarreas constantes.

Podemos ver con su relato una serie de respuestas corporales ante agentes externos que Isaac no supo cómo identificar ni clasificar, aunque es sobresaliente la contraparte, la respuesta de Josué, quien da cuenta de cómo su compañero sentimental crea tal interpretación de los nuevos padecimientos que experimenta a partir del VIH o de los efectos de los fármacos, cuando para él, es la misma personalidad del otro que ha salido a flote. Esto se tradujo en situaciones de tensión que les llevó a ambos a replantear el futuro del vínculo. Aunque aseguraron que no se debía al VIH, ni a la diferencia en el estado serológico, tampoco desligaban del todo sus problemas del padecimiento.

Juan, partiendo del asombro ante el diagnóstico reciente sobre una condición médica nueva que no recuerda cuál es, pero que podría terminar con su vida, considera que la causa es el VIH, él cree que sentir esos dolores corporales

tienen que ver con el padecimiento y mantiene la esperanza de que los fármacos que le han suministrado le ayuden a superarlo. “Hace poco yo vine solo aquí a consulta, y supuestamente el doctor me da tres meses de vida. Según él dice que tengo muy inflamados los pulmones”, me dijo en una entrevista.

Vimos pues, cómo las cadenas de rituales de interacción (Collins, 2009) son cruciales para las relaciones corporales con la biomedicina. Las personas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes realizan traducciones corporales con implicaciones afectivas muy relevantes sobre los cambios del VIH que excede el espacio biomédico, el cual es conflictivo y hasta en muchos casos hostil. Es en la interacción ritualizada donde se elaboran respuestas sobre la serodiscordancia, que en unión al discurso científico, ideas previas y socialización de la vida diaria, se produce la comprensión de la diferencia en el estado serológico.

Nótese una vez más que los casos de padecimientos relacionados con el VIH han sido relatados mayoritariamente por varones. Sin duda, hay dinámicas de los roles de masculinidad que influyen en esto, pues, como manifiesta Óscar, él no había ido antes a revisión médica. Por el otro lado, en las mujeres, cuando fungen el rol de cuidadoras, como en Josefina, la gratificación fue localizada en el reconocimiento de otras personas, como cuando el personal médico resalta las atenciones que tiene para su compañero, lo que le genera satisfacción, el orgullo funge como relación afectiva que le hace sentir a la interlocutora que es “buena” para algo, que está cumpliendo su rol como mujer.

Después de analizar algunas de las vicisitudes derivadas de las relaciones corpóreo-afectivas de las/es interlocutoras/es con las tecnologías del VIH/sida y la serodiscordancia, es momento de describir otros elementos que estas personas han buscado para dar sentido al padecimiento y que se relacionan con el apoyo emocional entre pares.

### **3. Los grupos de auto apoyo y redes afectivas**

Aunque, como hemos podido corroborar con los testimonios anteriores, la vulnerabilidad al padecimiento se encuentra estratificada entre las personas en función del género y la clase social, también vale la pena reconocer que el

relacionamiento corporal con las normas y su imposición violenta en los cuerpos generan estrategias de resignificación afectiva.

Judith Butler ha hecho mención de lo anterior desde que empezó a pensar en la vulnerabilidad, y en entrevistas recientes, se refirió a esto como la condición dual de la performatividad, en la que por una parte somos llamadas/os a manera de interpelación por discursos y normas –como apreciamos con los primeros dos apartados de este capítulo–, pero también somos subjetivadas/os, producidas/os como sujetos por estos; les damos sentido a estas a partir de las prácticas corporales y las resignificamos; estamos pues en los intersticios de la voluntad y lo involuntario (Butler 2001, 2009; Ahmed, 2016).

Es decir, no hay sujeto actuando de manera voluntarista ni somos cuerpos repitiendo normas sin cesar; más bien: “Se establece una compleja convergencia de normas sociales en la psique somática, así como un proceso de repetición que está estructurado por una compleja interactividad de obligación y deseo, y de deseo que es y no es el propio deseo” (Butler, 2009: 333-334). Considero que los rituales corporales (Butler, 2004, 2008; Bell, 2009; Yébenes, 2015) y las cadenas de interacción (Collins, 2009) de la vida cotidiana nos pueden explicar esta segunda dimensión de la performatividad.

Con los dos apartados que continúan intento poner el énfasis en los mecanismos corporales ritualizados por los que las/os interlocutoras/es resignifican la serodiscordancia. Ellas/os me dijeron que no les fue suficiente el discurso biomédico para darle sentido a esta condición de la relación, por lo que acudieron a grupos de auto apoyo para conocer a más personas que estuvieran viviendo situaciones similares a las suyas.

No me gustaba ir al grupo anterior porque se tiraban mucho al drama y me choca que se tiren al drama, para eso solo yo y porque además iba pura gente mayor, como de 40 años, hasta que encontré otro que me gustó con gente de mi edad y aprendí muchas cosas (Ramiro, 23 años, vive con VIH).

Al menos lo que conocí el año pasado estuvo bien porque tenía muchas dudas, muchos miedos; con el grupo empiezas a ver esas partes ocultas que uno no se imagina. En mi caso, comienzo a ver un panorama distinto del VIH, a disipar las dudas y concretar muchas cosas en el sentido de mitos, alimentación, los efectos del medicamento, el modo de relaciones que se puede establecer con las personas, etcétera. Creo que el grupo de auto apoyo



en ese momento se convirtió en esa lógica al tener respuestas a preguntas que yo tenía [...]. Es algo distinto, conocer a gente de otras partes que tienen dudas [...]; cambia tu forma de pensar, evidentemente haces posibles cosas, también te das cuenta de que no es tu responsabilidad cuidar a la otra persona, sino que no tienes que depositar la responsabilidad; si llego a coger con alguien, la otra persona se está arriesgando (Isaac, vive con VIH).

Bueno, estando en [la Clínica] Condesa me invitan a unos grupos que se celebran aquí de mujeres; vienen a echar la chorcha, a veces hacen convivios, hablan de derechos humanos, pero son mujeres ya establecidas en su tema, ya no sufren tanto, es diferente. Me incorporo y a la persona que da los talleres le llama la atención mi desenvolvimiento porque de las mujeres soy de las pocas que tienen estudios, la mayoría no tienen. E inicio como asesora par en la Clínica [...]. He sentido que las mujeres somos vulnerables porque se casan y creen que ese es para toda la vida, no usan condón, y si lo piden, se las madrean, sienten que el marido no las va a engañar nunca y, si las engañan, que con la otra sí va a usar condón; aquí se ven amas de casa, que nada más están con el marido (Virginia, vive con VIH).

Aunque los grupos a que acudí para hacer acercamientos etnográficos se crearon en espacios institucionales de salud, la gente que los coordina tiene formación en ciencias sociales, o viven con el padecimiento, lo que le da un matiz distinto, que en cierto sentido, representa una alternativa a la que promueve la biomedicina. Entrar a estos espacios ha sido para mí sumamente estimulante, pues he visto cómo se producen comunidades de redes afectivas donde la interacción sirve para que, entre pares, se busque apoyo para asimilar la vivencia del VIH. La ritualización, entendida como el reducto de espacios corporales de improvisación y resistencia donde se ejecutan ciertas prácticas significativas (Hollywood, 2002; Bell, 2009), emerge como la estrategia predilecta y necesaria para la resignificación del virus y/o la serodiscordancia.

Las respuestas emocionales estuvieron presentes de manera constante, aunque fue para muchas personas necesario asistir a los grupos de auto apoyo, al mismo tiempo fue difícil que las/os interlocutoras/es logaran sentirse a gusto en estos espacios, pues compartieron experiencias importantes y, en algunos casos, dolorosas.

El grupo de auto apoyo de la Clínica Condesa al que acudí se lleva a cabo en la planta alta, en un salón amplio que también es utilizado en algunas ocasiones para juntas o reuniones administrativas. Regularmente tuvo una

duración de dos horas, aunque en muchas ocasiones se extendió ante la elevada afluencia de jóvenes recién diagnosticados con VIH. Antes de cada sesión los asesores pares deben preparar el espacio, les ayudé algunas veces e hicimos lo siguiente: media hora antes, pedimos al vigilante de la Clínica que nos proporcionara la llave para abrir el salón. A cambio llenamos un formato donde explicamos para qué grupo de auto apoyo sería utilizado el espacio y firmó quien quedara como responsable del mismo.

Después sacamos entre dos o más personas las sillas y mesas y las dejamos en el pasillo. Cubrimos el piso del salón con cuadros de plástico o *foami* y uno de los asesores colocó incienso aromático. Se pide a las/os asistentes que se quiten los zapatos, los dejen en la entrada y que se sienten donde quieran. Las sesiones iniciaron a las 18:00 horas y asistieron más de 30 personas, en su mayoría varones entre 20 y 35 años con diagnóstico a VIH reciente y en algunos casos, mujeres que acompañaron a los jóvenes, pues eran sus hermanas o amigas y querían tener más información sobre el padecimiento.

Las respuestas emocionales fueron de las más frecuentes: hablar sobre el proceso de diagnóstico y asimilación del VIH generó en las/os asistentes reacciones afectivas muy fuertes: la mayoría lloró de manera intensa cuando hablaron sobre los miedos al cambio en el cuerpo por los efectos de los fármacos, o acerca de las posibilidades de tener prácticas sexuales y/o formar parte de un vínculo erótico-afectivo. Cuando sucedió esto los asesores pares fueron muy empáticos, se acercaron a quien lloró, les tomaron de las manos, les miraron a los ojos y después de unas palabras de aliento les dieron un fuerte abrazo. En varias ocasiones, los asesores no permitieron que algunos asistentes tomen postura de “víctimas”; aunque en pláticas que tuvimos después, reconocieron que hacerlo es algo que forma parte del proceso de asimilación del virus, me dijeron que quieren “dar agencia a los participantes”.

Al estar sentados durante las sesiones del grupo de auto apoyo en el suelo, los cuerpos se conectan y afectan de manera más cercana; al final de la sesión se nos pide que nos demos un abrazo con cada quien, a pesar de que no nos conocamos y compartimos algunas palabras sobre cosas que nos llamaron la

atención sobre la sesión. Al final, muchas personas deciden seguir con la convivencia y tomar un café para seguir platicando, conocerse y ampliar las redes afectivas más allá de la Clínica.

Uno de los asesores pares que funge como facilitador del grupo de auto apoyo me dijo que la intención de este espacio es “generar redes afectivas y asimilar el diagnóstico. El grupo de auto apoyo tiene como objetivo central formar redes de apoyo y tener un espacio común para hablar y naturalizar el diagnóstico, va dirigido a personas de recién diagnóstico”. Y es que la Clínica no solo es el espacio donde se recibe atención médica, también es el lugar que se utiliza para la socialización, para la reafirmación identitaria y para la creación de lazos afectivos.

Durante el recorrido que hice en varios grupos de este tipo en la Ciudad de México y en las entrevistas que sostuve con los asesores pares y consejeras/os de la Clínica, pregunté cuál era el sustento teórico de esos espacios. Independientemente de la corriente teórica a la que se afiliaran, todas/os resaltaron el papel de las emociones, del reflejo con las demás personas, del apoyo y resignificación colectiva del diagnóstico y/o la serodiscordancia.

Estas redes afectivas que se gestan en los grupos de auto apoyo son muy importantes y lleva algún tiempo entablarlas. Ramiro, por ejemplo, anduvo buscando varios lugares; en la mayoría a los que acudió encontró personas de otra edad y no se sentía identificado, hasta que llegó a un lugar en el que participan jóvenes.

Isaac deja ver cómo en su caso el miedo fue la emoción que contribuyó a que se movilizara y buscara apoyo en otras personas. Este espacio se convirtió en un lugar para responder muchas de sus dudas y, al mismo tiempo, para tranquilizarse por la angustia que el VIH le ha provocado por algunos años. Me parece que lo más importante para este interlocutor fue que en estos grupos logró asimilar que la responsabilidad en las prácticas sexuales es un acto primordialmente individual.

Virginia, relata en clave de género las especificidades que viven las mujeres en relación al VIH: identifica algunas condicionantes que forman parte de la

vivencia del VIH en mujeres, como la clase social, la falta de oportunidades para estudiar en el pasado y la dependencia a los esposos. Además, se percata de que el amor y su idealización juegan un rol importante en ellas que, con el paso del tiempo, se convierte en un mecanismo de violencia y dominación. La interlocutora está consciente del espacio de vulnerabilidad que forma parte del tipo de mujer que asiste a la Clínica. Vale la pena mencionar que intenté entrar a una sesión de este grupo para ver cómo era la dinámica, pero la organizadora fue enfática en no permitir mi entrada porque soy hombre.

Mauricio experimentó el acercamiento al diagnóstico desde la soledad. En varias ocasiones me comentó que no quería que su familia supiera, porque su madre vive con una enfermedad que se agravaría terriblemente si ella tuviera disgustos o impresiones fuertes. Él estaba seguro de que saber sobre el virus impactaría en la salud de su madre. Al no encontrar apoyo en su familia, los grupos de auto apoyo le hacen sentir más cobijado: “los que están de asesores pares, este, viven con VIH. Entonces más que nada fue como mi mano amiga; llegó un momento en que me la vivía en (la Clínica) Condesa, porque se volvieron parte de mi vida diaria”. Germán experimentó algo similar e identificó el cambio al que los grupos contribuyeron: “Venía a los grupos que me ayudaron mucho, fue muy bueno conocerlos porque empecé a cambiar mi forma de pensar”, me dijo en una entrevista.

En todos estos casos de ritualización (Bell, 2009), las cadenas de rituales de interacción (Collins, 2009) en las que participaron generaron vinculaciones afectivas (Elias, 2009) que les han permitido compartir experiencias, escuchar cómo han sido los procesos de asimilación del diagnóstico de otras/os, comprender que los vínculos serodiscordantes son posibles y que la vida continúa. Todo ello sirvió para que las/os entrevistadas/os se reflejen entre sí y mediante el apoyo mutuo resignifiquen el padecimiento. El “conocimiento de origen social”, diría Alfred Schütz, contribuye a fortalecer *significatividades* entre las personas involucradas y a construir experiencias a partir de la interacción (2003: 130-132).

También vimos en muchos testimonios situaciones de precariedad inducida, tales como las de muchas mujeres que temen hablar sobre su estado serológico

con su familia, o las de algunos varones que temen la homofobia y el estigma que conlleva la abyección. Al mismo tiempo, sus relatos dan cuenta de que es posible experimentar respuestas afectivas que puedan cuestionar marcos interpretativos y normas, pues “si este estatus precario puede convertirse en condición de sufrimiento, también sirve a la condición de la capacidad de la respuesta, a la condición de una formulación del afecto entendida como un acto radical de interpretación frente al sojuzgamiento indeseado” (Butler 2010: 93). Dentro de su misma vulnerabilidad, entendida como modo de relacionamiento, está también la capacidad de respuesta corpóreo-afectiva.

Agrega Butler, en una entrevista que le hizo Sara Ahmed, que “la desviación trae consigo ansiedad, miedo y una sensación de entusiasmo cuando ocurre en concierto con otros; es también el inicio de nuevas formas de solidaridad que hacen posible arriesgar un nuevo sentido de ser un sujeto” (Ahmed, 2016: 3). Estos acercamientos afectivos permitieron que las interlocutoras/es cambiaran la significación que tenían del padecimiento poco a poco a partir de la interacción y del movimiento que despliegan las emociones.

Siguiendo con los grupos de auto apoyo, me gustaría resaltar también cómo son necesarias varias condiciones para este cambio en la significación. No es suficiente que alguien organice sesiones y que la gente llegue por sí sola. Como ya lo vimos con el capítulo III y al inicio de este, la mayoría de este tipo de grupos está lleno de varones y las mujeres han conseguido espacios de manera lenta. Los siguientes testimonios, que recabé en una entrevista con Edgar y Bernardo, quienes forman un vínculo, reflejan que también la clase social cobra un papel fundamental:

—Sí, fui a un par de terapias a una asociación civil, como dos sábados, pero lejos de ayudarme, me deprimí más porque escuchar a la gente que estaba ahí me volví un poco más loco, porque yo sé que estoy loco, pero no tanto; fui a un par de sesiones donde la gente contaba sus cosas y así, y para ser honestos no me encantó del todo (Edgar, vive con VIH).

—¿Por qué, cómo veías el panorama? —le pregunto.

—Pues no sé, hablaban como de: “me deprimí más”, o sea, hablaban así de: “cuando le dije a mi pareja se acaba el mundo y mi pareja me dejó, y con el medicamento me siento fatal, me daban 1,000 diarreas, perdí 80 kilos” y puros casos así; yo era nuevo en el grupito y yo conté mi

experiencia y les empecé a preguntar cómo les fue y más se me llenó la cabeza de historias y lejos de ayudarme, me está perjudicando un poquito.

—O sea, a todo mundo lo dejó la pareja, imagínate cómo nos sentíamos nosotros, güey, en ese grupo había gente que tenía VIH, pero que buscaban gente como ellos que tuvieran VIH y gente sola que no tuvieran a nadie para apoyarlos. Entonces, se buscaban entre ellos para apoyarse y francamente era el grupo social y hasta de ligue para todos, entonces ¿qué sentido tiene?, ¿no? Honestamente, es que no sabemos dónde está la gente como nosotros con el mismo padecimiento, por qué no decirlo, con el mismo nivel social e intelectual como nosotros. ¿Dónde está la clase media alta con VIH?, para que tengas temas en común para platicar, o sea, aunque se escuche medio elitista y súper discriminatorio, ¿dónde está la gente como uno? Veías que estaba el cargador de la central, el prostituto... y no te sientes cómodo porque incluso no estás con gente del mismo *status quo*, te lo digo francamente. Nos encantaría saber si hay un servicio médico de un nivel más arriba. Como nos dijo la psicóloga “es que los ricos con VIH se pagan su tratamiento”, pero si también es una feria que te puedes ahorrar, pues está bien (Bernardo, no vive con VIH).

Estos testimonios son sumamente reveladores pues dan cuenta de la injerencia de la clase social y su papel en la asimilación del VIH/sida y la serodiscordancia. Bernardo hizo más presente la diferencia que sentía con el resto de los asistentes al grupo. Para él, las condiciones de vulnerabilidad de los participantes de ese espacio de auto apoyo son marcadores de desamparo, pero sobre todo de carencia intelectual y social. Es curiosa la relación que hace también entre clase social y estabilidad. En varias conversaciones, manifestó ideas similares y estas diferencias eran un conflicto que le preocupaba de manera considerable. Incluso, el físico también salió a flote, pues para ellos, hasta existía una relación entre la “fealdad” y la pobreza. Sin duda, el nivel adquisitivo facilita la vivencia del padecimiento y da más herramientas para su asimilación. Él y Edgar decidieron dejar de asistir a este tipo de grupos y buscaron gente con la que se sintieran identificados.

Otros interlocutores, como Isaac, además de asistir a grupos de auto apoyo buscaron apoyo individual especializado mediante terapia psicológica. Él, por ejemplo, alternó ambos espacios y vio ventajas considerables en su proceso de asimilación del diagnóstico reactivo a VIH y de vinculación serodiscordante.

Ya tenemos como una línea establecida: la terapeuta da pauta a que le diga cómo me va. En este caso, por ejemplo, abordamos cosas de la sesión pasada, pero el problema que tuve con Josué divide la sesión en dos: de

“¿cómo sigues, cómo estás?”, para darle continuidad, trabajar con lo que necesito trabajar, luego me pregunta que qué he hecho, por qué me siento así, y comenzamos a hablar de ese tema. Después, dependiendo de lo que abarquemos, hay veces que me siento pensativo, distante, flotante, quisquilloso; a veces ni me quedo en el mundo y me voy lejos, depende lo que hablemos; la sensación más común es como si hubiera llorado demasiado, ojos rojos, nariz constipada, esa sensación siempre me deja. Es pesado, hay veces que he quedado con llanto, enojo (Isaac, vive con VIH).

Acompañé a este interlocutor a varias de sus sesiones con la psicóloga, aunque no pude entrar a ninguna, estuve en el proceso de llegar al hospital y verlo salir. Después platicábamos y me comentaba sobre las emociones que sentía en el proceso terapéutico. Tanto en los grupos de auto apoyo como en las sesiones individuales, Isaac manifestó estar en procesos de autoconocimiento corporal muy relevantes para él en los procesos que vivió de enfermedades y adecuación a diversos fármacos. Para este interlocutor el cuerpo fue muy relevante, siempre me hablaba de él y de los cambios que el virus provoca en este.

Vimos con este apartado las ventajas de los grupos de auto apoyo para asimilar el padecimiento, y cómo significaron también la posibilidad de conocer a personas que viven situaciones similares. Resalto, como ya lo indiqué, que la mayoría de estos espacios se ciñen en cierta medida a espacios institucionales de salud más amplios, como hospitales o clínicas. A continuación me centraré en otro tipo de prácticas significativas que emplearon las/os interlocutoras para darle sentido al VIH/sida y a la serodiscordancia.

#### **4. Otras ritualizaciones corpóreo-afectivas**

Como ya he analizado con otros testimonios a lo largo de este capítulo, asimilar información biomédica no ha sido fácil para las/os interlocutoras/es, en particular dado que se trata de un padecimiento impredecible, como el VIH/sida. William Miller y Benjamin Crabtree nos recomiendan, cuando realizamos investigación sobre la biomedicina, ver otros espacios y procesos que “escapan a los eventos clínicos, pero que mantienen alguna relación con ellos” (2003: 405), pues son sumamente significativos. Algunas de las personas entrevistadas buscaron otro

tipo de prácticas que se alejan del dispositivo biomédico, como las relacionadas con la religión. Veamos algunos de sus relatos:

A mí me parece que actividades espirituales ayudan a veces más que otras cosas. Hemos ido a retiros espirituales y hemos aprendido de alguna manera a asimilar más esto (Alejandro, no vive con VIH).

—Pues inicié todo en la Clínica Condesa, pero no se presta la gente para platicar. En primer lugar, sin ofender, la gente *gay* se queja de discriminación, pero son los que más discriminan. Se encierran, “ese cuate no es *gay*, no me le acerco”, y cuando uno llega recién diagnosticado, llega como espantado, queriendo saber... y nadie te quiere informar. Pero yo buscaba conocer gente que viviera con esta enfermedad y cómo lo han enfrentado, cómo lo habían hecho, en fin. Ante el miedo a la muerte, una de mis primeras reacciones fue acercarme a dios y pues, lógico, voy a mi religión de origen, de donde yo provenía: de la iglesia católica, y encuentro rechazo. En una misa, en el sermón que da el cura, empieza a despotricar así bien feo, como si me estuviera diciendo a mí, contra los “sidosos” (Óscar, vive con VIH).

—Y contra los *gays* (agrega Josefina, no vive con VIH).

—Como que eran los culpables de todos los males del mundo. Y dije: ¿qué hago aquí, si voy en busca de consuelo? Entonces, me dedico a buscar una iglesia y pues llego con los testigos de Jehová, con los cristianos y hasta con los brasileños esos. Un día vinieron los misioneros mormones a la casa, estuve con ellos y hubo esa química, sentí ese llamado, y una de las cosas que siempre hice fue decirles, bueno antes que cualquier cosa, para no hacerles perder su tiempo, yo vivo con esto. Me aceptaron y, aunque no saben todos que vivo con VIH, saben que tengo amigos homosexuales y cada vez abro más mi diagnóstico. La iglesia me ha ayudado mucho, hasta me enseñaron un oficio, ahora que he estado deprimido porque no puedo trabajar, me dijeron cómo hacer café orgánico; tengo un nuevo negocio y, si funciona bien, compro un molino y empiezo con la venta, casi no salimos a fiestas porque además ya no puedo tomar, pero eso ya no me gusta, prefiero las cosas que hacen en la iglesia (Óscar, vive con VIH).

—Sí, pues fueron muchas cosas así igual, el ir a misa [de la iglesia católica], era pararse a las ocho y eso a mí me molesta, porque los domingos me gusta pararme tarde y era así como obligatorio de que vamos a misa, y la última vez que pasó esto, él se fue enojado porque yo no estaba lista, me tardé, y casualmente él fue a la iglesia y viene de regreso llorando por lo que te contó. Y cuando conozco a los misioneros, como que tenía miedo de pasarlos, de aceptar las pláticas, por él [por Óscar]. Pero cuando los acepto a pasar, a final de cuentas, el que se queda platicando es él y nos llevan a conocer el templo. Me gusta y empezamos a ir a la capilla y empiezo a ver eso, pero no sé qué pasó, ya cada domingo era de “ya vamos”, ya no era por obligación, era una cosa de que me gusta, me llena, y cuando entramos al templo fue otra cosa y todo lo que he aprendido, la ayuda que me han dado desinteresadamente, hasta ahorita ni me han cobrado nada ni he visto nada anormal, lo que sí he visto es que se preocupan. Por ejemplo, a nosotras las mujeres nos capacitan, que si no



queremos hacer nada es por flojas, pero la iglesia nos capacita para que podamos tener un ingreso en casa. Me enseñaron a hacer panqué, pan de muerto, rosca de reyes, a hacer comida que... pues... me empezaron a cocinar con soya, con trigo, con amaranto, a hacer muchas cosas que te ayudan a la economía, también el ver una unión familiar, se preocupan porque la familia esté unida (Josefina, no vive con VIH).

Somos católicos porque la palabra católica abarca mucho, el día de hoy, en lo religioso. No vamos a la iglesia, pero nosotros estamos en una agrupación de alcohólicos anónimos. Le doy gracias a dios por permanecer en una asociación así, eso nos ayudó mucho a aceptar la enfermedad. No es fácil aceptar un diagnóstico de esa magnitud, al final de cuentas no queda más que seguir; gracias a dios, el día de hoy, no recriminar, de echar en cara, no; ya tienes eso, pues vamos a ver qué se hace, nada de que “ya lo tienes, te chingas”. El día de hoy hay cierta etapa de madurez de mi persona, el no estar discutiendo; soy de las personas que el pasado para mí es pasado. Eso nos ayudó mucho para salir adelante; para el día de hoy, no hay reclamos, estoy con ella y fíjate, nosotros después de más de 20 años de estar juntos, yo era una persona alcohólica y ya no, ya asimilé lo que tiene ella [se refiere al VIH] y estamos bien (Aldo, no vive con VIH).

He de mencionar que este tema yo no lo tenía presente al momento de los encuentros etnográficos; asumí que la biomedicina y la interacción con otras personas serían suficientes en las/os interlocutoras/es para entender el padecimiento. Más si se trataba de un acontecimiento relacionado con el dispositivo biomédico; pensé que la información científica sería la guía de la significación del VIH para ellas/os. Creía que existirían otras prácticas significativas, pero fue sorpresivo ver el valor que le dan a lo espiritual o religioso.

Alejandro, por ejemplo, cree que es necesario buscar algo que contribuya a resignificar el padecimiento de su compañero sentimental. No se asume como una persona religiosa, pero ve en aquellos retiros del silencio una oportunidad para encontrar una conexión corporal. En varias ocasiones me dijo cosas relacionadas con la relevancia de permanecer callado para entender al cuerpo: “escuchas todo, hasta los latidos de tu corazón, tienes un contacto con tu cuerpo muy fuerte”. Fue allí mismo, en la ritualización corporal (Bell, 2009), donde encontró prácticas significativas para asimilar la serodiscordancia.

Óscar tampoco encontró en el discurso biomédico una solución que lo convenciera sobre cómo vivir con VIH. Ante la cercanía de la muerte, acudió a la iglesia católica para sentirse más tranquilo. Josefina le acompañó en este cambio,

y aunque me parece que en un inicio decidió ir por él, más que por convicción propia, encontró un espacio donde le enseñaron varias cosas, entre ellas, oficios para tener ingresos económicos propios. Al mismo tiempo, conoció gente y vio que la intención de algunos pastores de la nueva religión fue la de preservar la familia, por lo que también ha sido para ella una iniciativa para continuar con Óscar en el vínculo. Para ella y para él, estas prácticas rituales religiosas son también una manera de conocer el diagnóstico a través de oraciones, de leer e interpretar la Biblia y de conocer su cuerpo desde sensaciones que se relacionan con lo espiritual.

El caso de Aldo es similar, aunque la diferencia radica en que él es el seronegativo e Inés la seropositiva. Él sintió mucha culpa por años por problemas de alcoholismo que enfrentó, situación que motivó a Inés a terminar el vínculo e iniciar otro. Historia que para la interlocutora no fue grata, pues terminó viuda y con diagnóstico reactivo a VIH. Al retomar la relación, ven, además de la religión, al grupo de alcohólicos anónimos como una oportunidad para resignificar al padecimiento.

Con estas prácticas ritualizadas podemos ver cómo estas/os informantes lograron resignificar el padecimiento. El VIH y la serodiscordancia representó en ellas/os una fuerte sacudida corporal que les mostró que tenían que implementar un cambio drástico en sus vidas. Las cadenas de rituales de interacción contribuyeron a que la condición de precariedad inducida fuera resignificada poco a poco. El acercamiento con la religión y con otras instancias que no se inscriben del todo dentro del discurso biomédico sirvieron para que la vulnerabilidad fuera entendida como una especie de bendición que permitió realizar otras cosas, que dio a pie, de manera radical, a que cambien sus vidas. Entonces el padecimiento, por más paradójico que parezca, fue visto como una necesidad que hacía falta para poder valorar la vida misma y estar mejor que antes.

Hasta aquí las complejidades que han experimentado las/os interlocutoras en sus relaciones corpóreo-afectivas con las normas biomédicas. Es de rescatar la fuerza corporal y emocional en sus historias para asimilar al VIH y la serodiscordancia, así como las diferencias a partir de la apropiación de los

mandatos sobre lo femenino y lo masculino. En el siguiente capítulo exploro cómo han vivido la diferencia del estado serológico a partir de los significados atribuidos al amor, a las prácticas sexuales y a las rutinas del vínculo de la vida diaria.

## CAPÍTULO VI

### Vinculaciones afectivas y serodiscordancia

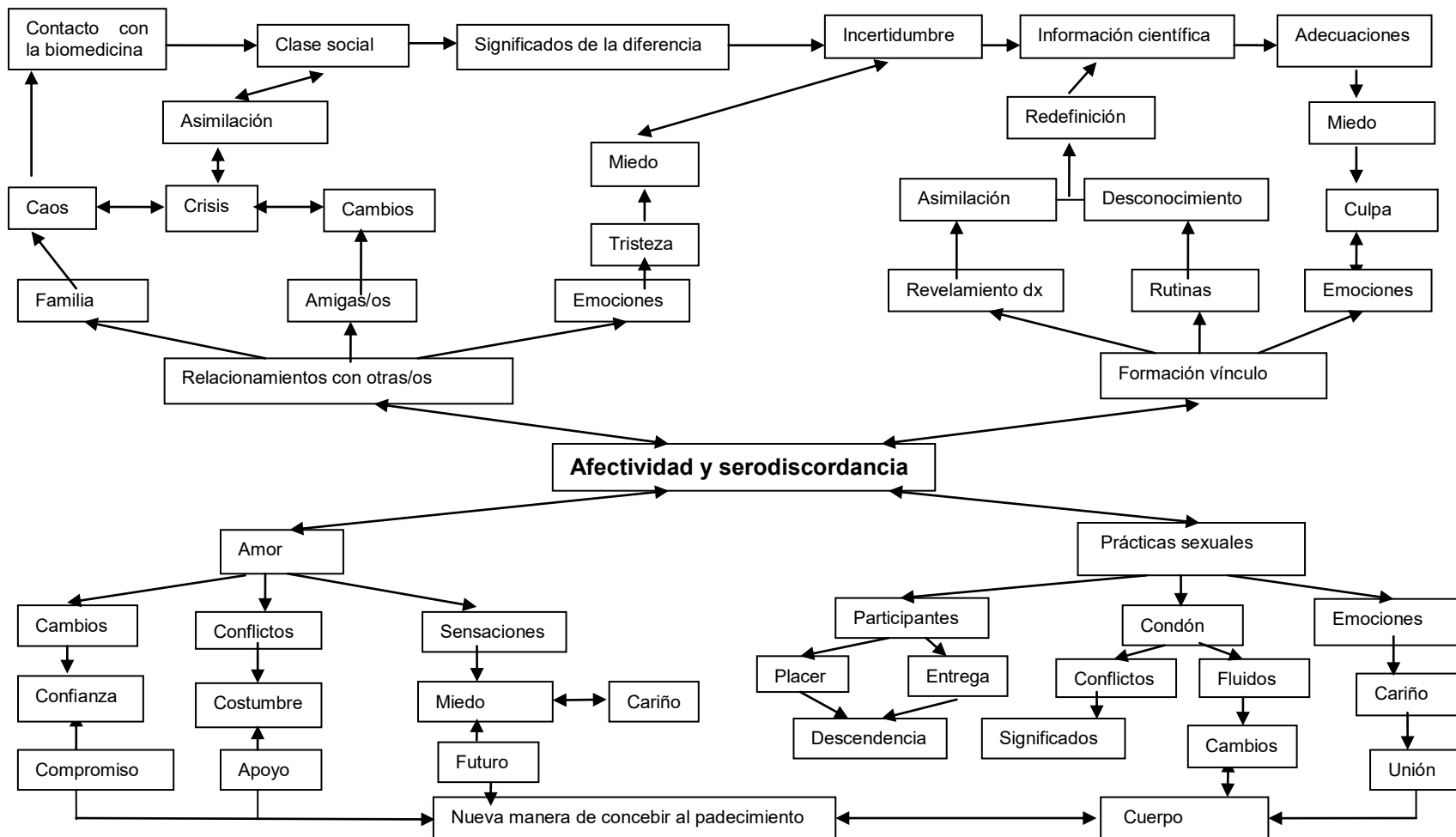
*No sé si estoy enamorado, solo sé que no podría estar sin él. No sé si es por costumbre, de esa que es mala. Eso sí lo tengo muy claro: me gusta estar con él, vivir con él, hacer todas las acciones que hago con él, cuando no es así me deprimó; no sé si eso es estar enamorado o no sé si es cuando tienes deseo; siento que eso puede estar, pero al año va a pasar, ¿qué es estar enamorado? ¿El deseo que se siente el primer año cuando ves a la persona, la confianza, o la costumbre y compartir cosas? (Bernardo)*

*Creo que ya no me siento enamorada, ya no hay ese clic que había antes: me da lo mismo si me abraza, si me besa, si me toca, no sé si se haya perdido el enamoramiento. Antes sí decía: “¡abrázame!”, él me rechazaba, me aventaba, ahora de repente veo que me abraza y me molesta (Josefina)*

Los epígrafes al inicio de esta página expresan algunas complejidades de la definición del amor en clave de género. Si bien ambos informantes parten de la confusión al no saber si experimentan “amor” u otra cosa, para el interlocutor esta emoción se relaciona con la compañía, mientras que para la interlocutora, con el rechazo y el anhelo de acercamiento corporal. En este capítulo presento un análisis de las prácticas afectivas de las personas entrevistadas, así como de sus procesos de resignificación corporal de la serodiscordancia a partir de la interacción y la circulación afectiva de las emociones. En la siguiente página, podemos ver un esquema que aglutina las categorías de esta dimensión analítica.

Después profundizo, a partir del género –y en menor medida de la clase social–, en el involucramiento de personas importantes para las/os interlocutoras/es en el padecimiento, en algunos elementos significativos de la formación del vínculo serodiscordante actual, en los significados atribuidos al amor y en los que asignan a sus prácticas sexuales.

• **Esquema II: Cuerpo, afectividad, interacción y serodiscordancia** (elaboración propia)



## 1. Interacción, emociones y vinculaciones de la serodiscordancia

La interacción social es muy relevante para el análisis de la construcción corporal de significados. La sociología ha analizado cómo la sociedad se conforma de cuerpos en movimiento (Collins, 2009), y cómo la co-presencia física da cuenta de marcas sociales que se relacionan para construir impresiones y atribuciones hacia las/os otras/os (Goffman, 1967, 1991; Sabido, 2007, 2011, 2012, 2013).

Durante muchos de los acercamientos etnográficos que realicé para esta investigación, me di cuenta de la pertinencia de la compañía para las/os interlocutoras/es. Mientras que los entrevistados que forman parte de vínculos homo-erótico-afectivos conocen –por los conflictos sociales suscitados a partir de su afiliación al homoerotismo– cómo circulan investiduras afectivas que se relacionan con la *abyectificación* –las cuales repercuten en sensaciones de soledad y, en muchos casos, de aislamiento por no adaptarse del todo a la norma–, las personas que están en vínculos hetero-erótico-afectivos serodiscordantes se enfrentaron a algo totalmente desconocido.

En todos los casos percibí la necesidad de apoyo afectivo y considero que pude recabar información cualitativa porque ellas/os también necesitaron hablar con alguien sobre lo que les pasa. Aprovecharon la investigación como la posibilidad de un encuentro catártico que les permitió que alguien les escuchara. En otros casos, poder cuestionar a alguien sobre sus experiencias serodiscordantes les sirvió como fuente de desahogo de dudas. Siempre me mostré dispuesto a compartir mis vivencias en la serodiscordancia y, de manera conjunta, conversábamos sobre nuestras impresiones del padecimiento. Partí de la empatía, es decir, de la comprensión de lo que me dijeron las personas entrevistadas y desde un posicionamiento reflexivo doble en el que estaba a veces *afuera*, cuando escuchaba con atención, pero también desde *adentro* del relato etnográfico, al reflejarme en muchos de los procesos que las/os informantes vivieron y partir de la co-producción del conocimiento de la investigación.

Me parece que cuando el varón o la mujer que forman parte de vínculos hetero viven con VIH, el apoyo surge de manera inmediata. La figura de la familia

heterosexual absorbe en cierto sentido el estigma que conlleva adquirir el virus; lo que no ocurre en prácticas homoeróticas. Ahora bien, si lo adquirió una mujer que no está casada, la acogida de la familia también está en déficit.

Asimismo, las marcas corporales y sociales de la *abyectificación* cobran relevancia en las personas entrevistadas que han lidiado con la segregación, por ejemplo, en el espacio laboral, como en los siguientes casos:

En una entrevista de trabajo me preguntaron si tenía una enfermedad degenerativa y dije que no. Me da coraje que las leyes tengan tantos vacíos y no me permitan tener trabajo, el VIH podría ser impedimento para eso (Isaac, vive con VIH).

Tuve un problema en el trabajo: estaba con los permisos para las consultas médicas, tuve que hablar con mi gerente y le dije que debo salir y nunca me esperé que mi gerente, que era una ignorante, la verdad, le contara sobre mi VIH a todo el corporativo y fue todo un show, planearon una plática, ya no me dejaron estar contacto con los clientes, creían que si me cortaba o me pasaba algo podría ser peligroso. En esa plática estaban todos súper mega perdidísimos, me aguanté la risa, porque no pude creer que hubiera tanta ignorancia, pero bueno, es algo a lo que te enfrentas (Ramiro, vive con VIH).

Por su parte, Isaac me compartió en todos los meses que tuvimos encuentros etnográficos lo complicado que fue para él conseguir empleo. Su diagnóstico siempre fue un tema que aparecía en las entrevistas laborales; a veces, cuando le preguntaban si padecía alguna enfermedad, hablaba del VIH sin ningún problema; otras lo omitió, pues considera que su estado serológico es un tema privado; incluso decidió dejar de buscar empleo y enfocarse solo en la universidad. Al final de la investigación supe que encontró trabajo con un familiar en un negocio pequeño.

Aunque Ramiro me contó entre risas y de manera relajada cómo fue discriminado en el trabajo, me parece que esta situación le dejó una marca corporal —por un momento vi en su rostro sonrojo y que tragó saliva para no llorar— que no podrá olvidar. De hecho, creo que él es así: una manera con que asimila las cosas u oculta la tristeza de algunas experiencias dolorosas es sonriendo e intentando ver las cosas desde la alegría y el sarcasmo. Cuando hablamos sobre temas complicados como su experiencia con el sida y sus decepciones amorosas, siempre reía y hacía bromas para mermar la intensidad de la plática. Le dije que, para mí, lo que vivió fue una exposición innecesaria ante

sus colegas; él lo interpreta como un acto producto de la ignorancia de los altos mandos de su empresa.

El contacto con la biomedicina es complejo, como ya vimos en el capítulo anterior; las rutinas médicas y la asimilación de información que en un principio parece ajena hace que las/os interlocutoras/es requieran de una red de soporte afectivo. En algunas ocasiones basta con los grupos de auto apoyo, pero a veces, se requieren otros medios de interdependencia social (Butler, 2009, 2010). La familia y las/os amigas/os se hacen necesarias/os para conseguir este tipo de acompañamiento.

Cuando las/os interlocutoras/es recibieron el diagnóstico reactivo a VIH, una de sus preocupaciones más importantes se relacionó con las estrategias para manejar su nuevo estado serológico con la familia y/o las/os amigas/os. Sobresalen los siguientes testimonios:

Las cosas cambiaron con mi mamá en relación a mi pareja porque evidentemente, antes, de no decir nada, pasó ahora a decir cosas. El hecho de que salga con una persona es tolerar que su hijo es homosexual. Además, aunque no me acompañan a consultas, saben del VIH y, cuando me operaron, mi mamá estuvo conmigo todo el tiempo hasta que salí del hospital (Isaac, vive con VIH).

En abril de 2015 entrevisté a Inés y Aldo, quienes forman el único vínculo de esta investigación donde una mujer vive con VIH y su pareja no. Además, el diagnóstico fue reciente, por lo que nuestras pláticas sirvieron para reconstruir el proceso de asimilación de la serodiscordancia. Ella se sintió mejor porque contó con el apoyo de sus hijos y su esposo:

—Mis hijos me dicen que le eche muchas ganas y pues al principio me decían: “mamá, no te creas, a lo mejor los doctores se equivocan, no te metas eso en tu mente y tu cabeza, tú vas a salir bien, tienes el apoyo de nosotros, como el de mi papá, no te preocupes, vas a estar bien, vas a salir adelante, échale muchas ganas”. Hasta ahorita, siempre que voy al seguro: “¿mamá, qué te dijeron?”, o hasta yo misma, antes que me pregunten o él también [su esposo] “¿qué te dijeron, cómo estás?”. Fue difícil aceptarlo, pero ellos me han ayudado. Saben mi mamá, mi hermana y mi hermano; lo tomaron difícil, me dijeron que me apoyan (Inés, vive con VIH).

—Lo que ha pasado hasta el día de hoy es que no ha habido un rechazo, no ha habido... o sea, cómo te diré, a todas las personas se les ha dicho, su familia no ha tenido un rechazo, hay palabras de aliento, eso es lo que a ella le ha dado más confianza (Aldo, no vive con VIH).



En la primera entrevista que tuve con Edgar y Bernardo en su casa, me dijeron cómo fue el proceso de diagnóstico a VIH del primero. Para ellos era muy importante conocer a gente que también viviera con el virus, pues no sabían cómo asimilar la diferencia en el estado serológico. Sobresale esto:

—Nos dedicamos a investigar mucho en internet y buscaba las historias de éxito de VIH y contacté en una red social a un perfil de alguien que tenía VIH, lo invité a cenar esa misma noche, estábamos muy desinformados, muy ignorantes, y nos dio un panorama más cercano (Bernardo, no vive con VIH).

—Aunque se veía muy demacrado (Edgar, vive con VIH).

—A lo mejor así era él, pero nos sirvió lo que nos contó de los protocolos [médicos] y esas madres, estuvo bien eso porque nosotros no tenemos a quién más contarle. Nos gustaría conocer gente como nosotros con la que podamos platicar sobre el tema (Bernardo, no vive con VIH).

Otros testimonios sobre el mismo tema:

Le cuento que vivo con VIH a mucha gente: en casa, a mi mamá, quien supo porque mi marido se estaba muriendo y le tuve que decir que él tenía sida y que yo era seropositiva; a mi hija le dije después. En mi núcleo de amigos a casi todos. Pasó algo con una persona: tenía un mes cuando mi marido fallece y la familia de mi esposo enteró a toda la funeraria de qué murió, todo mundo se enteró; en ese inter se entera una supuesta amiga mía y ella me hizo el enorme favor de comunicárselo a todos mis amigos, empecé a recibir llamadas telefónicas para decirme que contaba con ellos, pensé que fue por mi marido, no lo entendí hasta muchos años después. Nadie me ha dejado de hablar, sigo perteneciendo al mismo círculo de amigos, me siguen invitando a sus reuniones, seguimos chupando tranquilos, no pasa nada (Virginia, vive con VIH).

Mis hermanos me defendían cuando veían que él [su marido] me trataba mal. Somos tres mujeres, soy la mediana; sí tengo amigas, pero muy pocas; amigas que yo diga “mi hermana”, no. Me dan ganas de sentirme apoyada, de decírselo a alguien [el diagnóstico reactivo a VIH], porque, como se lo platicué a mi suegra, él es la prioridad de todos porque está enfermo; pero a mí ¿quién me entiende? Necesito a alguien que me abrace y me diga que todo está bien, sola he venido a las consultas, nadie pregunta “¿cómo te has sentido, el medicamento qué tal?” Me siento sola en este proceso porque el año pasado perdí a mi mamá, la mamá es la que siempre está con una, y pues en este caso como que todos [llora] agarramos por nuestro lado; también necesito un momento de mí, quiero descansar, todo un día dormir y olvidarme que tengo consultas, pienso que mi mamá se hubiera enojado mucho si lo hubiera sabido, pero me hubiera entendido (Gabriela, vive con VIH).

La figura de la familia es muy importante, como vemos con el relato de Isaac. En algunas conversaciones que tuve con Josefina sobre este tema, me di cuenta de

cómo la figura de la familia heterosexual influye en el apoyo que recibió Óscar cuando adquirió el diagnóstico reactivo a VIH. Aunque para ella la infidelidad recurrente de su marido se hizo más patente con el diagnóstico, le llama la atención que para sus hijas/os haya prevalecido la preocupación por la vida del interlocutor: “Toda la familia lo apoyó, más bien tenían miedo de que se muriera, pero nunca le reprocharon nada, lo que querían era verlo bien”, me dijo. Durante los encuentros etnográficos que realicé en su casa, pude ver que el apoyo hacia él es muy importante. Ella y él hablan del tema en presencia de cualquier persona. En la primera entrevista platicamos sobre el VIH mientras que dos de sus hijos desayunaban junto a nosotros. Nadie agregó ningún comentario, solo pusieron mucha atención en lo que decíamos. En otra ocasión, mientras hablábamos de homoerotismo, uno de sus nietos –un adolescente– me observaba de manera atenta mientras yo relataba algunas de mis experiencias.

Inés y Aldo han experimentado algo similar: la familia de ella sabe sobre su diagnóstico; sus hijos se preocupan por su bienestar y, mediante el cuidado, se ubican como un apoyo alterno a la biomedicina. Dado que asumen algunos elementos de la investidura de la heteronorma, la figura del matrimonio heterosexual les cobija y se diluye un poco la abyección del padecimiento. Ella está casada y lo adquirió en otro vínculo sin saber que su compañero vivía con el virus. No hay “falla” que perseguir, como en otros casos.

Edgar y Bernardo nos comparten las dificultades para asimilar el diagnóstico positivo a VIH y la serodiscordancia cuando hacen falta redes afectivas de soporte. Como no se sintieron cómodos en los grupos de auto apoyo, decidieron acudir al internet para buscar información y, cuando conocieron a alguien, resaltó el impacto de ver un cuerpo “pálido”. Ellos son lectores del cuerpo, están muy en contacto con lo que sucede en ellos y otras personas a partir del tono de la piel, el volumen corporal, pues para ellos son indicadores de la clase social y de una supuesta estabilidad respecto de la asimilación del virus. Nunca manifestaron rechazo hacia gente morena; para uno de ellos, incluso, eso era signo de la sensualidad que caracteriza a los *chacales*. Pero sí me parece que tuvieron muy presentes estas características corporales para enmarcar a los *otros*.

En varias ocasiones me dijeron que ellos, como hombres *gays*, blancos, delgados y altos, estaban en posiciones distintas a las de las personas que conocieron en la vivencia del VIH. Hasta el término de la investigación, ellos seguían buscando entablar contacto con más personas para hablar de la diferencia en su estado serológico.

Para Virginia ha sido fácil compartir el diagnóstico con gente cercana y, aunque siente que alguien quiso dañarla al contarle a otras personas, ha sabido cómo lidiar con el proceso y formar parte de su grupo de amigas/os. Su testimonio da cuenta de la relevancia de las cadenas de rituales de interacción (Collins, 2009) con otras personas para sentir apoyo en el proceso de asimilación del VIH.

Con Gabriela podemos ver cómo experimentó una sensación de soledad. Ella no considera que sea benéfico compartir su diagnóstico con sus hermanas/os, tampoco cree que tenga amigas/os con las/os que pueda externar cómo se siente. Al mismo tiempo, resiente que toda la atención se centre en su compañero sentimental, porque al momento de la investigación estaba hospitalizado por un padecimiento derivado del VIH. En varias ocasiones me compartió sensaciones de coraje, dolor y cansancio por ser la cuidadora (véase Esteban, 2011).

Ante la asociación del VIH/sida con la muerte que hace su familia, Alejandro decide mantener en secreto el estado serológico de su compañero sentimental. Manifestó tener deseos de que su madre sepa sobre la serodiscordancia para así sentirse más apoyado, pero prefiere tener antes información científica al respecto:

Hay momentos en los que voy a ver a mi mamá y me dan ganas de platicarle cómo me fue los miércoles [en el grupo de auto apoyo para personas en vínculos serodiscordantes], pero me quedo callado; como no conoce el tema, le da miedo porque para ella VIH es sida y te vas a morir. Cuando era más pequeño, mi mamá tenía un amigo [gay], era como su hijo y murió de sida; para mis papás fue muy fuerte. Igual, al enterarse de que soy *gay*, lo primero que les llega a la mente es sida; por eso me quiero informar bien para poder saber cómo llegarle a mi mamá y platicarle, porque ella que es la más importante.

Si pensamos en este tema y el personal médico, un asesor par de la Clínica Condesa agrega que su trabajo es altamente emocional y que se ha visto a sí mismo en otras personas que viven también procesos de ocultamiento y desinformación sobre el padecimiento: “Personalmente en este trabajo me ha

pasado que me reencuentro en otros. Puede que me encuentre con otros como yo, pero de 16 años o esta parte de los miedos y dudas que pueden generar después del diagnóstico”. Él ha visto en las conexiones afectivas con los otros, oportunidades para entender al padecimiento y apoyarse de manera colectiva.

El anonimato que forma parte del diagnóstico, como ya vimos en el capítulo anterior, se hace presente de manera importante en las experiencias del homoerotismo. En cierto sentido, asumir el VIH ante los demás sería para algunos interlocutores dar la razón a quien aseveró todo el tiempo que los “homosexuales, *gays* y maricas” adquirirán el virus en cualquier momento. Estas situaciones me remitieron a procesos que viví cuando asumí mi propio homoerotismo y el miedo que tuvieron algunas personas de mi familia al considerar la elevada probabilidad de adquirir VIH por mi deseo de formar parte de vínculos homo-erótico-afectivos, mas no por el tipo de prácticas sexuales que pudiera tener. La *abjectificación* del VIH/sida se materializa en actitudes discriminatorias de muchas personas que consideran que hay una relación directa entre la “homosexualidad” y el virus, por lo que vinculan el padecimiento a los que se afilian a las prácticas homoeróticas, sin importar cómo son las prácticas que cada quien construya; al asociar al virus a una “identidad” –como ya hemos visto con esta investigación–, se diluye la noción de riesgo en las demás personas.

Al momento de compartir cosas relacionadas con el VIH, muchos de mis interlocutoras/es manifestaron sentir crisis emocionales porque no fueron comprendidas/os del todo. Otras/os manifestaron que la intensidad de tal caos afectivo fue tan importante que no han podido compartir el estado serológico o la vivencia de la serodiscordancia con otras personas. Aún así, en la mayoría de los casos se puede apreciar una asimilación de esta condición a partir de la información científica que genera el dispositivo biomédico. Las cadenas de rituales de interacción (Collins, 2009) también han sido cruciales para este proceso de asimilación y significación de la diferencia. La circulación de la tristeza y el miedo son latentes entre los cuerpos de las personas entrevistadas, la clase social es muy relevante para la posibilidad de resignificar los atributos que han sido asignados.

## 2. Reactivación de vínculos erótico-afectivos después del diagnóstico

Antes de analizar cómo se configuraron los vínculos de las/os interlocutoras/es, vale la pena tomar un momento para analizar cómo fueron algunas de las relaciones antes de la actual.

Antes yo no quería ser *gay*, no quería por el estigma, tuve varias novias incluso aunque sabía que lo mío eran los hombres. De repente me fui a otro país, conocí a un amigo y él me ayudó a salir del closet sin terapias, me dijo: “voy al antro, vienes”; y yo “ok, pero me da miedo”; y él “no, no seas tonto”; nos juntábamos los mexicanos e íbamos a las mismas fiestas, él era obviamente *gay*, no era abierto, pero se le notaba un montón y según yo nadie sabía de mí nada. Regresamos a México y me empezó a invitar al antro, ya estaba más el internet, entonces chateaba con gente, tenía más encuentros sexuales y terminé con la que era mi novia, después de años tuve un novio, duramos poco y le lloré mucho cuando me cortó y después Bernardo y ya (Edgar, vive con VIH).

Me vengo a los 17 años a vivir al D.F. y cuando me vengo dejo a mi novia, tenía una novia por allá, entro a la universidad, conocí a otra chica. Entonces acá empecé a escuchar mucho de la Zona Rosa, fue mi primer acercamiento con el mundo *gay*, ni sabía cómo llegar, escuchaba que luego se besan y no les dicen nada y van de la mano [personas del mismo sexo], no había tenido ningún tipo de contacto, ni siquiera había besado a otro hombre en mi vida. Empiezo a conocer Zona Rosa y a curiosear, me gusta ver mucho a las parejitas del mismo sexo besándose y me sorprendía mucho, incluso me sonrojaba, tenía una idea como muy de pueblo, muy conservadora, después empecé a ir una vez al mes o algo así, esa dinámica se iba dando, me iba acercando, de ahí un día me dice un tío, que deberíamos ir a un vapor, por alguna razón ya no pudo ir él, fui solo, sabía que había un tema homosexual reprimido o algo así, ya había terminado con mi última novia, vi a un chico en el vapor, lo esperé, nos conocimos y nos hicimos novios, duramos años, pero yo no me sentía a gusto con él (Germán, vive con VIH).

Pues estuve varios años con el mismo tipo que resultó ser un patán, el papá de mi hija, después me convertí en madre soltera, la pasé bien, después salí con un joven y empezamos a conocernos, luego de año y medio de tener sexo y estar saliendo me dice que si quiero ser su novia le digo que no, que yo tengo una hija y tengo compromisos, seguimos viéndonos y con los años conozco a mi marido y estuve bien con él por años (Virginia, vive con VIH).

Cuando conocí a Diana y Juan me llamó la atención la facilidad con la que formaron su vínculo. Ella decidió dejar su vida en otro estado del país para entablar algo nuevo en la Ciudad de México:

—Yo tuve dos matrimonios antes, con ella es el tercero: la mamá de mis hijos, luego otro y estaba con otra señora, pero ya fue, y con ella que nos hicimos novios en dos semanas (Juan, vive con VIH).

—Pos yo me casé muy joven, desde los 18 años, solo había tenido ese marido con el que tuve dos hijas, pero me trataba muy mal, hasta que lo conocí ahora a él e iniciamos la relación (Diana, no vive con VIH).

Aunque la mayoría había tenido otros vínculos erótico-afectivos antes del actual, solo Josué había estado en relaciones serodiscordantes, por lo que el tema no le pareció nuevo y ya sabía cómo reaccionar cuando conoció a Isaac. Sobresalen los primeros dos testimonios y cómo Edgar y Germán decidieron tener prácticas homoeróticas en situaciones de anonimato en el pasado; una vez que llegan a vivir a la Ciudad de México, deciden experimentar más cosas, dejar de tener novias y formar relaciones más íntimas con otros varones. Las grandes ciudades representan también una alternativa sexual más atractiva para formar relaciones homo-erótico-afectivas en un ambiente con un poco más de tolerancia en comparación a otros contextos del país.

Virginia relata cómo, al tener una hija y asumir el rol de madre soltera que le tocó vivir, cambió su estilo de vida pues tuvo que destinar tiempo a ella y encargarse de su cuidado; aunque tuvo algunos vínculos erótico-afectivos, conoció a otros hombres para mantener prácticas sexuales o para intentar entablar un vínculo erótico-afectivo, su interés principal seguía siendo su hija hasta que conoció a alguien más con quien decidió construir una relación que duró más de seis años. Esto da cuenta del peso que los roles de la feminidad y la maternidad propias del *régimen político-discursivo de la heterosexualidad* representan para algunas mujeres.

Mientras que Juan formó tres matrimonios, Diana solo uno, el cual decidió terminar para construir una relación con el entrevistado. El encuentro etnográfico que tuve con ellos fue muy relevante para mí: ella y él son delgados, tímidos, morenos, de baja estatura y provienen de familias de bajos recursos. Sentí que la pasión era importante para ambos, esta apareció cuando hablaron de su vínculo que surgió en la rapidez del internet, también cuando hablaron de temas complejos como el VIH y sus prácticas sexuales. La y el informante sonrieron siempre en la entrevista, es como si la sonrisa les transportara a momentos de felicidad necesarios para enfrentar la diferencia del estado serológico.

Posteriormente cuando las personas entrevistadas deciden formar un emparejamiento después de saber del diagnóstico del VIH, vinieron las complicaciones. Si compartir el diagnóstico reactivo al virus con la familia ha sido difícil para algunas/os interlocutoras/es, entablar un vínculo erótico-afectivo serodiscordante representó una preocupación mayor. No hubo grupo de auto apoyo en el que no salieran dudas sobre cómo formar parte de una relación amorosa y esto generó un tránsito de sensaciones relacionadas con la angustia y la esperanza. Y es que “La relación del miedo con el objeto tiene una importante dimensión temporal: tememos a un objeto que se nos acerca” (Ahmed, 2014: 65). Veamos cómo reaccionaron las/os interlocutoras/es cuando supieron que la serodiscordancia formaría parte de sus vidas:

Decidí decirle por internet desde la primera vez que tengo VIH porque a mí no me gustaba estar mintiendo, o sea, es algo que decía: “¿para qué me voy a enamorar de alguien si al fin de cuentas cuando se enteren, pues me va a decir que no?” Mejor las cosas claras desde un inicio, para que luego no me tachan de mentiroso y todo eso, por eso es que lo hacía (Ramiro, vive con VIH).

Diana y Juan iniciaron su relación, pero ella no supo sobre la diferencia en sus estados serológicos, la revelación del diagnóstico de él vino después. Así lo reconstruyeron ellos:

—Su mamá me dijo que [él] tenía VIH y pues sí me puse a chillar y luego nos dejó solos, dijo: “ahí platica, lo que tú quieras, dejarlo o irte es tu decisión, métele un chingadazo si tú quieres” (Diana, no vive con VIH).

—Y dijo que si me querías demandar, que me demandaras (Juan, vive con VIH).

—Y que si quería demandarlo también por lo que me había hecho, y pues ya nos quedamos solos, platicamos y él me dijo: “pues yo te prometo, te lo juro, que no te vas a contagiar”, y dije: “ay pues es que mis hijas”, o sea, era mucho mi temor. En estos meses que tenemos con él pues yo sí he tenido mucho miedo y siempre anduve pensando de que no vaya a estar contagiada y pues ahora sí que pidiendo a todos los santos que vean por mis niñas. Y ahorita pues vinimos a recoger los resultados y gracias a dios salí bien y pues no lo tengo [el VIH] (Diana, no vive con VIH).

De manera similar, Mauricio también decidió ocultar por un tiempo su estado serológico. Meses después decidió decirle a Alejandro que vive con VIH:

—Tenía miedo que terminara la relación, porque me recalaba [cuando platicamos sobre el diagnóstico] mucho: “estoy contigo, no te voy a soltar la mano”, más bien era como de: “ya no me vas a ver igual, ya no me

vas a querer tocar, ya no me vas a querer igual”. Se puso de espaldas cuando le dije y en ese momento me puse en automático, ya me estaba haciendo a la idea de terminar y empezamos a hablar un buen de cosas (Mauricio, vive con VIH).

—Claro, yo dije: “bueno, ¿qué es tan grave, me quiere decir tiene un hijo?”; después fue de “es VIH”; fue de “bueno cálmate, no te pongas a llorar”; tenía muchísimas ganas de llorar yo también en ese momento, te repito yo no estaba muy informado, dije: “si es eso, ¿qué tal si se muere, qué tal si le pasa algo?”; le dije: “no te preocupes todo va a estar bien, vamos a echarle ganas” (Alejandro, no vive con VIH).

#### Otros testimonios sobre el mismo tema:

Cuando dijo que me tenía que contar algo delicado le dije: “¿cometiste algún delito, fue algo de tu salud, crees en la santa muerte?”; dijo que era algo de la salud y se quedó pensando; le dije: “yo no te veo enfermo”; “es que no lo estoy”, respondió; y ya ahí quedó nada más. Primero estaba nervioso, traté de darle la confianza, “cualquier cosa lo puedo aceptar, no te voy a decir que está bien, pero ten la certeza que lo voy a tomar lo mejor posible, voy a tratar de manejarlo”, dije, pero cuando veo que le brinca el ojo pensé: “es peor de lo que imaginaba”; el VIH no me pareció grave, tengo amigos así (Adriana, no vive con VIH).

Ver la manera como enfermaba fue muy impactante, lloré mucho en un año porque me angustiaba esa situación y llorar de dolor, no de coraje, de rabia porque qué va a pasar, pues fíjate que cuando me dijo me preocupé por la vida de él, pero todos mis hijos estaban casados ya no era de que les va a hacer fatal su papá o quién los va a mantener, era su salud, el verlo como un niño perdido, fue todo eso. Yo sabía que esto podía pasar por su historia sexual (Josefina, no vive con VIH).

El miedo al rechazo transitó entre las/os interlocutoras/es que viven con VIH, adquirir el virus formó parte del temor en las personas seronegativas. Ramiro por ejemplo, optó por compartir su estado serológico antes de conocer a alguien y así evitar después cualquier sensación relacionada con la culpa por ocultarlo. Esteban agradeció la honestidad y tal acto le generó una sensación de confianza que contribuyó a conocerlo más y decidir formar un vínculo con él. El miedo al contagio siempre estuvo presente en Esteban; corporalmente hablando, se ha cuidado y cualquier signo de alerta, como la presencia de sangre en alguno de los dos, lo toma de manera muy seria e intenta controlar en la medida de lo posible, los contactos corporales entre ambos.

Esta emoción es muy importante pues, como podemos ver con esta investigación, da cuenta de proximidades corporales, “el miedo funciona para



asegurar la relación entre cuerpos, los reúne y los separa mediante los estremecimientos que se sienten en la piel, en la superficie que emana del encuentro” (Ahmed, 2014: 63).

Diana y Juan iniciaron un vínculo erótico-afectivo por internet. Después de verse en la Ciudad de México, la pasión les llevó a formalizar la relación y compartir residencia en casa de la madre de él. Ellos tuvieron algunas prácticas sexuales penetrativas sin condón y posteriormente el entrevistado decide compartir su diagnóstico reactivo a VIH, lo que generó preocupación y temor en la interlocutora. Nótese cómo la madre del interlocutor interviene y sugiere como respuesta la violencia física, y como castigo, plantear el fin de la relación, pues considera que ocultó algo grave que debe tener consecuencias importantes.

Adriana no tuvo muchos inconvenientes en asimilar el estado serológico de Alberto. Aunque en algunas conversaciones me dijo que necesitaba aclarar muchas cosas pues el miedo a veces aparecía, decidió continuar con el vínculo y encontrar maneras de estar juntos sin el temor a un contagio. Es curioso también cómo aparece de nuevo el discurso de la biomedicina y la ritualización sobre el riesgo (Crawford, 2004) cuando el entrevistado le aclara que no está enfermo, que vive con un virus “controlado” por los fármacos, que se trata de algo que formará parte de su vida siempre.

Mauricio relata cómo persistieron en él sensaciones de abyección y segregación por el padecimiento que aparecieron cuando decide compartir su estado serológico. Alejandro, aunque sintió angustia porque desconocía el tema y pensó que el VIH podría hacer que Mauricio enfermara de algo o muriera pronto, decidió continuar con la relación. Al momento de los encuentros etnográficos, tenía dos semanas que Alejandro supo que estaba experimentando la serodiscordancia.

Josefina no solo corroboró las infidelidades de Óscar, también vivió cómo él llegó a fase de sida y su posible muerte. Esto le provocó una depresión profunda de la que tardó un año en salir. Aunque experimentó mucho coraje, primero pensó en la salud del entrevistado, antes que la suya o sobre el futuro del vínculo. Es curioso cómo desarrolla en el testimonio una postura de cuidado maternal, propio

de los mandatos de la feminidad, pues lo ve como un “niño perdido” al que ella debe cuidar. Gran parte del proceso de asimilación de la serodiscordancia para ella ha estado marcado por el dolor, el sufrimiento y el coraje.

Asimilar la serodiscordancia ha sido sumamente complicado para las/os interlocutoras/es. Tal situación se complejiza aún más si el diagnóstico reactivo a VIH se comparte u ocurre ya iniciado el vínculo, pues esto podría equivaler a falta de confianza o a rupturas de acuerdos de monogamia entre las/os informantes. Después de hablar del tema, se materializa una carrera social en la que la relación tendrá un nuevo matiz que ambos asumirán y ahora tendrán qué ver cómo se adecuan a esta condición.

Vale la pena tomar unos momentos para hablar de cómo se formó el vínculo-erótico-afectivo actual. El inicio es importante, pues da información de las expectativas que las/os interlocutoras/es depositaron en la otra persona al momento de formar una relación. Al mismo tiempo da cuenta del momento afectivo en que cada una/o se encontraba. Registré los siguientes testimonios

Nos conocimos por facebook, o sea, ya sabes, en la presentación y todo eso me dijo: “soy seropositivo” y yo en un principio no había entendido y ya después me explicó qué es eso, y yo: “ah órale”, entonces pues ya me empezó a platicar, pero de una manera muy superficial, de hecho hasta le dije que me impresionaba su forma de ver la vida, porque uno se pone en su lugar y no pues si a mí me pasara, me muero. Luego salimos al cine, platicamos otro rato y al siguiente mes nos hicimos novios (Esteban, no vive con VIH).

Nos conocimos hace un rato; pero éramos bien pasionales, de jóvenes armábamos unas pedotas, terminaban en choques, ese tipo de cosas, peleas, muchas peleas, pocas veces de cortar. Después se va a otro país, me manda a la chingada y estuvimos como tres meses sin hablarnos y ya luego regresamos y seguimos hasta ahora (Bernardo, no vive con VIH).

Yo trabajaba en una casa porque te digo que soy empleada doméstica; desde los 18, 20 años trabajaba con una prima de él, entonces una vez él habló por teléfono a la casa, le dice a mi compañera que cómo me llamaba, me lo pasa, nos presentamos por teléfono y después me invitó a salir. Pasaron como dos meses, casi no nos veíamos era también la niñera de los niños, nos fuimos a su pueblo, a otro estado del país y ese mismo día tuvimos un contacto sexual sin condón, tomamos, estuvimos platicando, o sea, de ahí para acá empezó así la relación, ya éramos novios, nos juntamos después. Nos engolosinamos, me gustó su forma de ser, llenó las expectativas, yo tenía un novio y lo dejé por él (Gabriela, vive con VIH).

Las siguientes dos conversaciones rescatan algunos elementos sobre cómo se gesta la socialización homoerótica. Estos interlocutores se conocieron de manera fortuita en la calle y después decidieron iniciar un vínculo erótico-afectivo:

—Yo iba para ver a una de mis amigas, me subí al metro, lo vi, empecé a hacer señas obscenas en el último vagón, a veces metreaba [cortejar y/o tener prácticas sexuales en el metro], hago cosas pero a la mera hora no, el día que lo conocí la pasamos bien (Luis, vive con VIH).

—Estuvimos platicando, nos besamos, le di mi número, ya me tenía que ir (Martín, no vive con VIH).

—Yo también, tenía que entregar unos documentos, pero luego nos vimos de nuevo y ya nos hicimos novios (Luis, vive con VIH).

—Nos conocimos en la marcha [del orgullo LGBTTTI], de hecho yo no tenía pensado ir, pero me levanté con esas ganas de ir a la marcha; en eso, fue así de la nada, le pregunté por la michelada, la mía se había terminado, me dice que no sabía, pero que fuéramos a ver, ya fuimos a preguntar y no encontramos. Ese mismo día nos hablamos, tenemos gustos afines: la música, no sé, este, pues nos gusta hacer muchas cosas juntos (Mauricio, vive con VIH).

—Cosas que pueden parecer mínimas para los demás, cuando encuentras a una pareja puedes hacer esas cosas. Nos conocemos y ese día hay besos (Alejandro, no vive con VIH).

Vale la pena conocer cómo se configura el establecimiento de vínculos homo y hetero erótico-afectivos. Esteban no tenía idea de algunas cosas relacionadas con el VIH/sida, como el significado que da la ciencia a la palabra “seropositivo”. El internet sirvió como medio de contacto entre él y su compañero sentimental. Sobresale además, cómo aunque intenta minimizar el virus, lo ve como algo importante, pues si existiera en él, “se muere” de la impresión. Ramiro sentía que se había recuperado del impacto emocional que le ocasionó el sida y que era momento de formar una relación amorosa, por lo que Esteban aparece en el momento idóneo: “Yo buscaba pareja y yo creo que fue en el momento que mejor me sentía, ya me había recuperado, había ganado muchos kilos, nada más me faltaba esa parte”.

Bernardo y Edgar llevaban muchos años en el vínculo erótico-afectivo cuando apareció el VIH en uno de ellos. Ante esto decidieron manifestar su apoyo mutuo y continuar con la relación. Su historia tiene muchos matices, pues han compartido demasiadas cosas, aunque han dado por terminado su vínculo algunas veces, continúan y han sabido adaptarse hasta a la serodiscordancia.

Ellos se conocieron en la universidad y desde allí iniciaron una historia que ha seguido vigente.

Luis y Martín se vieron en el metro, la exaltación corporal por un encuentro erótico en el sistema de transporte público sirvió como anzuelo para conocerse y entablar días después un vínculo erótico-afectivo. Sobresale cómo la pasión de un acercamiento casual terminó en algo más formal que después no se pudo concretar por la serodiscordancia. Gabriela también inicia un vínculo erótico-afectivo a partir de una práctica sexual. Lo que inició como algo muy pasional se fue transformando por los celos que la entrevistada recibió, aún así, el cariño perduró por algunos años.

Mauricio y Alejandro también experimentaron un caso similar: se conocieron en una marcha y después de platicar, ir a una fiesta y de un encuentro erótico deciden salir un par de veces más y formar un vínculo. Aunque, como vimos en el apartado anterior, el revelamiento del diagnóstico reactivo a VIH por parte de uno de ellos vino después, conocerse en la calle fue un evento significativo: me dijeron que ninguno de ellos lo esperaba y fue una sorpresa grata, pues tienen cosas en común que decidieron aprovechar para construir una relación.

### **3. Amor, cuerpo y significados**

En uno de los epígrafes con los que inicia este capítulo, Bernardo deja ver una confusión que tuvo para definir el amor, dudaba entre la compañía y el deseo sexual como sensaciones que debería experimentar, porque la primera existía después de varios años de compartir muchas cosas con Edgar, pero el segundo no era tan intenso como en los primeros meses. Algo similar pasó con las/os interlocutoras/es que formaban parte de un vínculo erótico-afectivo largo: nadie supo cómo definir qué es el amor, pero para ellas/os y las demás personas entrevistadas se trata de algo crucial en sus vidas. En las relaciones que tuvieron menos meses, la pasión y el deseo sexual aparecieron de manera más intensa. Como fuere, esta es una emoción fundamental que todas/os dicen que sienten o que han sentido por la otra persona. Veamos los significados que algunas personas atribuyen al amor:

No sé [cómo definir al amor], pero sí me veo ahorita con él. No estoy pensando a futuro, tengo planes a corto y mediano plazo, no he pensado más de un año, me veo para la navidad de este año con él, no sé después. Sufrí de ansiedad generalizada por otra relación, entonces ahora no me veo en 30 ó 40 años con él, es pensar en el futuro, vivir en el futuro y no estar aquí; con otras parejas por verme a futuro la pasé mal, luego me di cuenta que no era amor, ese proceso me generó una ansiedad enorme porque viví el futuro y se me cayó, mejor con calma, pero vamos bien (Josué, no vive con VIH).

Nada, no creo que haya nada [llora], no sé por qué, pero ya hasta en la dinámica es distinto, sus palabras, ni un “te amo”; a veces me abraza, me molesta, como que pasó el tiempo y yo no sé qué pasó pero soy un maniquí que está ahí, que responde al llamado por instinto, pero me cuesta decirlo, ha sido tanto daño, como que el amor se quedó ahí, esperando [...]. A veces me duele oírme a mí misma, me duele oír dónde quedó esa muchacha ilusionada que se casó enamorada, que se casó creyendo que se iba comer el mundo, dónde está esa muchacha alegre, con ilusiones, con alegría, a veces la busco y la busco, ¿y dónde está?, por eso hay amargura hay dolor, hay enojo [...]. Luego me pregunto: “¿realmente lo quieres, realmente te preocupa, te molesta, te enoja?” Sinceramente no sé, no encuentro la respuesta o no la quiero ver, no sé de verdad, lo que sí es que amor como el que había ya no lo hay, sí hay un sentimiento ahí pero el amor ya se murió (Josefina, no vive con VIH).

Te digo que estoy acostumbrado a él pero ya no lo veo guapo, todo mundo lo ve guapo, mis amigas, mis cuates, gente, o sea todo mundo, por ejemplo en el trabajo, ellos para joderme dicen que él es el hombre y yo la mujer, porque él tiene coche y yo no, él pasa por mí y gana más que yo, pero te digo que no podría estar sin él (Bernardo, no vive con VIH).

En una de las interesantes entrevistas que tuve con Virginia me relató la importancia del amor para ella, pero también cómo, a raíz del diagnóstico, ha cambiado lo que cree sobre esta emoción:

—Sí, tener pareja es importante, mira que lo he estado trabajando el fin de semana que tomé un taller, estoy tratando de sanar esa parte de creer que tengo la necesidad de estar con alguien, tengo cuatro días con esa necesidad, desde niña me visualicé casada con hijos, con un marido al lado, siempre acompañada, no sola

—¿Es parte de ser mujer?— le pregunto

—No lo sé, me encanta cuando alguien dice que disfruta estar sola, digo: “no mames, enséñame”, yo trato de asimilar estar sola pero no es algo que me mate, aunque no me gusta, me cuesta trabajo. Vivo con mi hija, ya está grande, tiene novio, como que van muy en serio, no sé si se casen, se junten, se vayan, y me voy a quedar sola otra vez; sí me pesa un poco, es distinto el amor de pareja al de una hija, me ha costado trabajo encontrar a alguien por el diagnóstico. Con mi ex marido por ejemplo, decía “lo quiero mucho”, una vez lo dejé, no teníamos el diagnóstico, me fui, yo creo que duré 30 días afuera de la casa y no pude, bajé como 10 kilos,

después regresé y le dije “quiero estar contigo”; me dice “no mames, te vas y regresas, estás loca”; él fue el amor de mi vida (Virginia, vive con VIH).

En un encuentro etnográfico con Gabriela, conversábamos sobre las dificultades que ella ha experimentado en su vínculo erótico-afectivo actual. Me dijo en varias ocasiones, que a pesar de los celos de él, ella todavía se siente muy enamorada:

—Yo a él le he perdonado muchas cosas porque lo quiero mucho. Cuando le cuento a la gente que tiene cáncer, a veces me dicen: “en tus manos está todo porque no hay un lazo que los una, no hay hijos, no hay nada”, no sé, a veces pienso que ya no me voy a encontrar a alguien, que me voy a quedar sola, independientemente de lo que sienta por él, ¿si lo dejo quién me va a aceptar con VIH?, es así, a lo mejor me puedo quedar pa’ vestir santos, no es a fuerzas tener una persona, es igual mi amor por él, es importante tener pareja; estoy sola, mis hermanas tienen su vida hecha, tienen sus hijos

—¿Eres feliz con él?— le pregunto.

—Sí lo soy, o sí lo llegué a ser, pero a lo mejor como dicen mi felicidad se hizo costumbre, sobrellevo el momento, hay veces en que me enojan sus actitudes y me hace llorar, aunque no sé, sí me veo con él el resto de mi vida (Gabriela, vive con VIH).

Yo creo que el mayor de número de parejas serodiscordantes están enamoradas todavía, es cómodo que uno ve por el otro y no por uno mismo, no se preocupan en primera persona, eso me ha llamado la atención, se lo achaco al amor que a algo más, el amor lo puedo mezclar en otro momento, no en un diagnóstico o en mostrar mi amor de otra manera, si se acaba el amor o si cambia hay ciertos reproches u otras cosas que no quisieron al inicio de una relación. Entonces ayudamos al positivo a que se relaje, somos los más preocupados, somos los primeros que no queremos infectar a nuestra pareja, o no queremos arruinarle la vida a la persona que amo, así lo vemos, lo digo porque mucha gente ha dicho que tener un diagnóstico ha sido un cambio bueno más que malo, ya que lo aceptaron, queremos que los negativos no salgan positivos, que sigan negativos con información, pero de manera más responsable creo que sí, es hacer consciencia, hacer a un lado el amor, una cosa es el amor, otra el diagnóstico, entonces la gente no lo ve así al principio, creo que es bien difícil pero tampoco me toca convencerlos que lo separen, solo les doy mi opinión y les digo a mí qué me ha funcionado (asesor par, Clínica Condesa, vive con VIH, se identifica como homosexual).

Vemos con los testimonios aquí presentes algunas de las complejidades inmersas en la clasificación del amor. Con Josué vemos que por experiencias previas, decide pensar en el presente e intenta no crearse expectativas sobre lo que pudiera pasar con el vínculo. Sensaciones de incertidumbre y ansiedad le motivan a realizar planes a corto plazo, pero teniendo presente que hay conflictos en la relación que están intentando resolver.

En el caso de Esteban, la energía emocional del amor le moviliza y vincula con distintas personas con las que ha formado vínculos erótico-afectivos en el pasado. Aunque tienen planes para el futuro con Ramón que incluyen compartir el lugar de residencia, sabe, por experiencias previas, que es probable que no se concrete, también me parece que se percata de que su compañero no está en la misma sintonía, pero intenta darse una oportunidad, ver qué pasa y si no sucede, armar un plan similar que alguien más que aparezca después de esta relación: “Sí, quiero estar con él a futuro, pero ya le he dicho que tiene que chingarle porque de repente está muy en la huevonada. Me veo con él, pero al final me he visto con mis dos parejas, sé que si no funciona está bien”, me dijo.

Josefina nos comparte una visión del amor que se relaciona con el sufrimiento y la tristeza. Incluso relata cómo la sensación de enamoramiento ha muerto y se transformó en otra cosa que no sabe describir del todo, pero que le hace continuar con Óscar. El rechazo que ha experimentado, la monotonía en el vínculo y la violencia a la que ha sido sometida contribuyeron a que la interlocutora se sienta deprimida y emocionalmente agotada.

Bernardo nos comparte cómo el deseo sexual hacia Edgar ya no es tan relevante en su vínculo; ha dejado de percibirlo atractivo, pero experimenta una transformación de la relación. Lo ve como su compañero y cree que no podría estar sin él. Nótese además cómo otras personas equiparan su actuación en el vínculo con esquemas hetero binarios de género, donde quien tiene mejor salario y automóvil actúa el papel “hombre”, mientras que el otro el de la “mujer”.

Podemos ver en Virginia cómo se incorporan algunos de los esquemas del amor romántico (Esteban, 2011) y cómo este se convierte en un ideal que ha moldeado su cuerpo y deseos (Ahmed, 2014) pues para ella fue importante estar con alguien y uno de sus mayores anhelos en la vida fue estar casada y tener hijas/os. Sabe que es algo que podría cambiar de intencionalidad pues el diagnóstico ha hecho más complicado lograrlo, al mismo tiempo, permanece la esperanza de conocer a alguien especial y casarse algún día. Mantiene una batalla constante con sensaciones de soledad que va resignificando poco a poco.

Gabriela por un lado reconoce el rechazo que ha experimentado por parte de su compañero y que estar con él se relaciona más con su intención de evitar la incertidumbre que conlleva sentirse sola por no formar parte de un vínculo. Por el otro, considera que sigue enamorada, que acompañarlo en su proceso de enfermedad y aceptar el diagnóstico reactivo a VIH son muestras tangibles de ese amor. Transita entre sensaciones relacionadas con la costumbre y con un cariño profundo que dan cuenta de las contradicciones y vicisitudes del enamoramiento.

El asesor par de la Clínica Condesa considera que el amor es el motor que hace que personas en vínculos erótico-afectivos continúen. Para él esto es una causa de que busquen apoyo emocional, pues esta emoción hace que se movilicen para asimilar mejor la diferencia en el estado serológico. Al mismo tiempo, reconoce que el padecimiento complejiza la dinámica del vínculo y que en nombre del amor se juega el papel del cuidado, pues en algunos casos, se cuida al otro a partir del cariño, pero en muchas ocasiones este interés por cuidar a quien se ama hace que se deje de lado a una/o misma/o. La culpa y el miedo por transmitir el virus también hacen que exista incertidumbre en este tipo de relaciones, pues hay una atención constante para evitar una seroconversión.

Estos relatos son muy relevantes para la comprensión de la vivencia del amor, pues dan cuenta de cómo nos relacionamos con un ideal regulatorio que “toma forma como efecto de tal vinculación” (Ahmed, 2014: 124). Hablar de esta emoción nos remite a dos de sus dimensiones: una que se relaciona con el control de los cuerpos, sobre todo de los femeninos para conservar el orden social heterocentrado (Jackson, 2010; Herrera, 2010; Jónasdóttir, 2011; Esteban, 2011): como lo pudimos ver con los casos de Josefina, Gabriela y Virginia, ellas han realizado un trabajo corporal intenso a lo largo de su vida para poder formar una familia, cuyo fin será cumplir de manera adecuada los roles de “buenas mujeres” y dedicarse al cuidado de los otros y al mantenimiento del matrimonio. Una entrevistada incluso me relató cómo se ha encargado de limpiar las excreciones corporales que su esposo ha dejado en la cama por enfermedades derivadas del VIH y aunque ya no siente amor por él, considera que al ser la esposa, le toca encargarse del aseo de su compañero. Considero que la decisión de seguir en el



vínculo, después de comprobar con la serodiscordancia la ruptura del acuerdo de monogamia también responde a las imposiciones del *régimen político-discursivo de la heterosexualidad* a partir de las características asignadas a lo femenino.

Asimismo, aunque el matrimonio sea en inicio, una noción hetero, vemos cómo tiene alcances para todas las prácticas, aunque “esta forma de parentesco minimiza o excluye otras formas de amor, sobre todo las que no conforman el ideal, las parejas lesbianas y homosexuales no necesariamente escapan a esto” (Jackson, 2010: 103). Bernardo y Edgar por ejemplo tenían planes de matrimonio en puerta al momento de realizar la investigación. Una de las metas a cumplir más relevantes para Esteban, Ramiro, Josué e Isaac también es casarse y formar una familia. Asimismo, también ellos han sufrido algunos estragos de elementos del amor romántico que a veces no pueden ser cumplidos, como las rupturas de acuerdos sobre la monogamia y la sensación del término del amor que genera decepciones relevantes en ellos.

La otra dimensión que forma parte de la vivencia de esta emoción remite a procesos de profunda significación relacionados con el acompañamiento, el cariño y el apoyo aún dentro de las complejas relaciones de poder que en nombre del amor se gestan. En la creación de un “nosotros” (Sabido y García, 2015) también existen espacios para reinventar en muchos casos ideas sobre “la entrega total” o el “amor incondicional” y en algunos casos hasta la monogamia. Por ejemplo, una de las interlocutoras que más ha sufrido la vivencia del amor –de quien decido omitir su pseudónimo–, me relató la siguiente experiencia:

Hace muchos años, hice algo que primero no me gustó y que sentí que caí bajo: a él [su esposo] le gustaba una señora y para poderla tener acepté una relación de intercambio de parejas; me sorprendió vivirlo porque después se dio una relación que tardó mucho tiempo con el otro señor donde yo fui querida, fui apapachada, donde fui importante, de hecho estuve a punto de dejarlo todo, me sentí muy querida, sexualmente también lo disfruté mucho. Al final decidimos terminar eso y cada quien se quedó con su pareja.

Y es que experimentar el amor tiene estas vicisitudes que transitan entre las relaciones de poder, el abuso, el apoyo y acompañamiento entre dos o más personas. Más interlocutoras/es me manifestaron cómo es mejor para ellas/os construir un proyecto de vida entre dos. Su relevancia es muy importante para

nuestras sociedades pues la mayoría de los vínculos giran en torno a este ideal y de ahí se producen reproducciones, asimilaciones y resignificaciones del mandato amoroso heterocentrado.

### 3.1 Dándole sentido a la diferencia

Siguiendo con los matices de la experiencia del amor serodiscordante, vale la pena recordar que una vez que se ha formado un vínculo con este tipo de característica, es momento de emplear estrategias para asimilar el diagnóstico y la diferencia del estado serológico. La asimilación de la información científica sobre el VIH/sida es muy importante para este fin. La interacción de la vida cotidiana contribuye a la comprensión de lo que las/os informantes leen o escuchan para después darle sentido (Goffman, 1967, 1991; Sabido, 2012) a su proceso de emparejamiento. Registré los siguientes testimonios:

Tienen que importar la información que lees y la que recibes de otros. Las personas no van a entender lo que leen, vienen términos médicos, en carteles vienen cosas más amarillistas que nos asustan, si aquí llega una persona que lo habla desde la experiencia propia a una que esté atrás de una computadora es distinto. Se mueven sentimientos y emociones; el diagnóstico es mucho de cuestión emocional, creo que se sienten más a gusto con palabras más cotidianas. Una computadora o un libro no te pueden dar un abrazo, a veces con el diagnóstico lo que necesitamos es un abrazo y saber que no me voy a morir y estar bien, que alguien nos entienda, porque nos sentimos varios enojados con la vida, tristes porque decepcionamos a nuestros padres, es esta parte de emociones que necesitamos atender; lo demás es que los médicos suban defensas y bajen carga viral (asesor par, Clínica Condesa, vive con VIH, se identifica como homosexual).

A mayor información, mayor saciedad; cuando empecé a ver investigaciones sobre el VIH y cómo con el medicamento esto puede cambiar me empecé a sentir mejor. Ya después en mi relación de pareja, como él no tiene mucha experiencia, pues me toca informarle. Le doy folletos y los leemos juntos, también con lo que él ve en mí pues sabe más cosas y ambos nos sentimos mejor (Germán, vive con VIH).

Las siguientes dos conversaciones corresponden a dos entrevistas que realicé con varones en vínculos homo-erótico-afectivos de manera conjunta, sobresale cómo construyen la información sobre el padecimiento y la serodiscordancia a partir de la interacción con los demás:

—No sé a qué creerle y a qué no creerle, entonces te quedas con lo que tú sabes, que es muy superficial; o sea, sabes que puedes tener una

relación de pareja, que sí puedes tener relaciones sexuales, pero hasta ahí. Una vez entré al facebook a un grupo y pues veía sus publicaciones y veía lo que la gente preguntaba y la gente tenía la misma duda que yo; tengo que informarme por los dos, no solo por mí (Esteban, no vive con VIH).

—Es que a mí me gusta informarme, pero de vez en cuando. Cuando voy al médico luego salgo con más dudas de las que llegué, pero sí, de repente busco información, aunque entre nosotros juntos la asimilamos mejor (Ramón, vive con VIH).

—O sea, también previamente como no estábamos informados de esto dije: “te vas a morir porque los medicamentos son carísimos y no los tienes, nos vamos a gastar todo lo que tenemos para vivir un día más”. El peor enemigo de todo esto es internet güey, porque te da falsas esperanzas, te destroza completamente o te saca de complicaciones (Bernardo, no vive con VIH).

—Sí, es terrible, entramos como en pánico y bueno finalmente empecé con el tratamiento durante un mes y fui reaccionando muy bien, en la primera carga viral tenía como dos millones, la segunda semana bajé a 800, 000 y la tercera semana como a 50, 000 y a la cuarta ya era indetectable. Eso nos ayudó y también que ambos nos pusimos a comprender lo que vimos (Edgar, vive con VIH).

Ya veíamos con los últimos dos apartados del capítulo anterior la relevancia de otras prácticas significativas que escapan un poco del discurso biomédico, así como de los grupos de auto apoyo para darle sentido al padecimiento y a la serodiscordancia. Con estos relatos podemos ver cómo mediante la interacción y la co-presencia corporal es que se construyen significados sobre este tipo de vínculos (Goffman, 1967, 1991; Sabido, 2007, 2011, 2012) mediante la ritualización de las prácticas corporales de la vida cotidiana, pues esta es una manera estratégica de actuar y resignificar relaciones de poder “arraigadas en una interacción distintiva de un cuerpo socializado y del ambiente que estructura” (Bell, 2009: 7-8) donde las cadenas de rituales (Collins, 2009) dan la pauta para la creación colectiva y corporal de significaciones. También con mi tesis de maestría constaté cómo la información científica contribuye de manera importante para la resignificación del padecimiento (Torres, 2013; 2014).

Además, Alfred Schütz (2003) agrega que en la modernidad, algunas personas experimentan situaciones que producen *significatividades impuestas*, como en este caso la serodiscordancia, para lo cual algunas/os se convierten en “ciudadanos bien informados”, donde mediante procesos complejos se relacionan entrecruzamientos de informaciones especializadas con el sentido común que

propician resignificaciones de manera social con las/os otras/os a partir de las prácticas de la vida diaria. Desde la antropología, Paul Rabinow (1996) llama la atención sobre los procesos en los padecimientos que definen nuevas dinámicas de interacción mediante la *biosociabilidad*, o la creación de relaciones sociales a partir de dinámicas que forman parte de la experiencia con la biomedicina.<sup>137</sup>

En estos relatos sobresalen dichos procesos socioculturales contemporáneos, pues la información por sí sola no hace nada, es necesaria la intervención de cuerpos y de procesos emocionales para leer y adaptar a sus vidas esa información. El asesor par de la Clínica Condesa da cuenta de eso y nos comparte la importancia de encuentros afectivos para asimilar mejor los matices biomédicos y corporales del padecimiento. Él nos recuerda que este es ante todo un proceso emocional y que la interacción es fundamental para comprenderlo. Germán relata cómo le fue tranquilizando acceder a información científica sobre el padecimiento. Él mismo tuvo que asimilarla para después compartirla con su compañero. Al mismo tiempo, su vivencia del VIH se convierte en otra fuente de información para Héctor. Ha sido común, sobre todo en varones, que quien vive con el virus informe a la otra persona sobre el padecimiento.

Esteban y Ramón nos comparten cómo en ocasiones es complejo asimilar información sobre el VIH y la serodiscordancia que proviene de distintas fuentes. Mientras que para el primero el virus era algo totalmente desconocido, el segundo intenta verlo como un padecimiento más. La incertidumbre ha sido constante en ellos durante su proceso de emparejamiento: sobresale cómo Ramón termina con más confusiones cuando recibe la explicación del personal médico. Esteban se ha encargado de buscar cosas que contribuyan a que disminuya la ansiedad en él y a informar a su compañero sobre el tema, aunque no ha tenido éxito en esa encomienda, pues ha encontrado versiones que algunas veces son contradictorias.

---

<sup>137</sup> Nikolas Rose y Carlos Novas (2005) se refieren a la *ciudadanía* biológica cuando analizan las demandas frente al Estado, o cómo las personas parten de los padecimientos que viven para exigir derechos de manera colectiva (véase también una versión ampliada de tal noción en Rose, 2007b).

En el mismo tenor, Bernardo y Edgar también relatan cómo han experimentado un proceso complejo para asimilar y adaptar la información biomédica sobre el padecimiento. El primero vivió con mucha ansiedad los posibles desenlaces que pudiera desencadenar el VIH. El segundo compartió la angustia y ambos fueron cambiando su forma de percibir al diagnóstico a partir de la ingesta de fármacos y de la baja en la carga viral, lo que les dejó más tranquilos.

Vemos cómo se construyen cadenas de rituales de interacción (Collins, 2009) y su relevancia para los vínculos erótico-afectivos serodiscordantes. Las emociones y la producción corporal de significados es crucial para mantener estos vínculos y para darle sentido a la diferencia en el estado serológico. Estos procesos de asimilación del padecimiento atraviesan por varias fases, pero son los encuentros sociales y las vinculaciones afectivas (Elias, 1999) lo que hace posible que estos cuerpos den sentido a la diferencia en el estado serológico.

Estos rituales de interacción son efectos de los encuentros de la vida cotidiana, la cual es necesaria para la socialización y en este caso, para la construcción del vínculo erótico-afectivo serodiscordante. En los acercamientos etnográficos me centré en las dinámicas de la relación para analizar algunos elementos del amor, a partir del género y la clase social.

Ya nos estábamos viendo nada más una vez a la semana y en vez de vernos a lo mejor tres veces y yo decía: “bueno espérate, los extremos no están bien”; el tema de la desconfianza, pensaba que seguía viendo otros chicos, ya no me gustó, entonces empezamos a vernos dos o tres veces a la semana en otros espacios, mi casa, su casa, comer en familia, o sea, en ciertas reuniones o así y siento que está bien, es apropiado. En un principio, bueno hasta ahorita, el que corría con los gastos era yo, no me molestaba, sé que se las ve negras, que tiene que dar en su casa, luego no nos veíamos porque no tenía dinero y me molestó que en los chats que vi en su teléfono quisiera conocer a otros chavos, les decía que les invitaba un café y hasta le encontré más pláticas subidas de todo (Esteban, no vive con VIH).

Yo me voy con él al trabajo, lo veo y mientras yo voy bordando, tiene pocos días que hacemos eso, y como ahorita están así las lluvias platicamos un rato, después agarramos la micro y nos vamos derecho al mercado y nos compramos mis cueritos o unas papas y ya nos los comemos allá, llegamos a la casa y a comer. Antes me quedaba en su casa todo el día y me aburría. Vivimos todos en la misma casa, dormimos en la sala (Diana, no vive con VIH).

Como la mamá es muy aprehensiva de su quehacer, tengo que levantarme y hacerlo, ir por la comida, estar con él un rato, desayunar, comer, procurarle sus medicamentos. Estoy más en la casa, en las labores o que me pueda sentar con él; él por lo regular está acostado viendo la tele, a lo mejor se levanta un rato, se sienta. Ahora que reanudemos la vida luego me pongo a pensar cómo sería, después de que no esté enfermo y ya sabiendo lo que cada quien tiene [se refiere al VIH] (Gabriela, vive con VIH).

En una entrevista con ambos, los interlocutores me dijeron:

—Ya tiene como tres meses que no nos vemos, yo tenía mucho trabajo (Luis, vive con VIH).

—Por eso empezó mi duda, porque uno empieza a idear muchas cosas y tengo muchos amigos con VIH, por eso me vine a hacer la prueba y le pedí que él también se la hiciera (Martín, no vive con VIH).

Eva Illouz nos invitó a comprender la configuración del amor, no solo a partir del género, pues para ella “la organización social del amor no se estructura solo en términos del patriarcado, sino también, y en igual o menor medida, en términos de clase socioeconómica” (2009: 42). Con estos testimonios podemos ver no solo cómo la interacción es crucial para la construcción de significados sobre el cuerpo y la serodiscordancia, también lo es para la vivencia de las condiciones de posibilidad del vínculo a partir de la clase social.

En términos generales, es posible apreciar cómo la mayoría de los varones en vínculos homo-erótico-afectivos tienen más poder adquisitivo y sus preocupaciones giraron en torno a decidir dónde salían o qué podían comprar. Caso contrario al de las interlocutoras, pues ellas estaban preocupadas por cuidar a su compañero, hijas/os o por estar en la casa todo el día realizando labores domésticas. Además, la edad también influye, algunos de los interlocutores son jóvenes y tienen muchos planes a futuro, mientras que las/as más longevos/as presentaron una especie de pesimismo por las condiciones en las que viven, o la sensación de costumbre por experimentar lo mismo.

Héctor y Germán son jóvenes, ambos estudian y trabajan. Les gusta salir cada fin de semana para relajarse y pasar algunos días juntos. Héctor, que no vive con VIH, me compartió en varias ocasiones que le gustaba la dinámica del vínculo pues cada quien se encargaba de pagar sus gastos y su intención era seguir así, casarse después de algunos años y vivir entre comodidades y algunos lujos: “Nos

vemos al menos dos veces a la semana, siempre nos dividimos los gastos 50 y 50. A mí me gusta mucho dividir los gastos, no me gusta ser encajoso”.

Esteban nos plantea cómo la interacción cotidiana es necesaria para generar cadenas de rituales (Collins, 2009). Sin compartir momentos de manera periódica es difícil para él sentir que hay un vínculo erótico-afectivo. Cosa que comprobó, pues cuando se vieron en menos ocasiones, Ramiro aprovechó para conocer a otros varones. También vemos con este testimonio cómo la dinámica se puede volver compleja cuando alguien corre con la mayoría de los gastos. Esteban se sintió en algunas ocasiones defraudado porque su compañero no aportaba dinero a la relación, pero sí lo hacía con otras personas.

El caso de Luis y Martín es similar. Ellos casi no se veían por la extenuante carga laboral del primero. Martín tuvo algunas dudas sobre la fidelidad y pide que se realicen una prueba de detección de VIH, el resultado es la declaración performativa de la serodiscordancia por parte de la biomedicina, el interlocutor confirma sus sospechas y decide terminar el vínculo en medio de la entrevista.

Cuando Diana decidió terminar su matrimonio anterior y dejó a sus hijas/os con su padre, no imaginó que vendría a la Ciudad de México a vivir en condiciones de hacinamiento en la casa de su nueva suegra. Tampoco pensó que experimentaría la serodiscordancia. Me dijo en varias ocasiones que estaba contenta por compartir parte del día con Juan, dijo que no le incomoda estar con él en su trabajo. Para ella y para él no había ningún problema con el espacio donde viven, ni su dinámica diaria, al momento de entrevistarles fue más importante el amor que decían sentir que las condiciones económicas en las que viven.

Ante las complicaciones de salud que tiene actualmente el compañero sentimental de Gabriela ella debe permanecer la mayor parte del tiempo a la expectativa de lo que él necesite. Mantiene la esperanza de que las cosas cambien cuando él se recupere. Caso contrario al de Josué, quien no vive con VIH, trabaja en una empresa y cuando tiene tiempo libre le gusta salir de compras, para él es importante demostrar el cariño que siente por los demás con detalles o regalos. Dado que Isaac es más joven y no trabaja, él se encarga de los gastos cuando comen en la calle o viajan: “Yo soy muy gastalón, no tengo problemas con

eso, regularmente yo pago nuestras salidas y no me importa cuánto gastamos”, me dijo.

El ejercicio del poder también forma parte de las relaciones serodiscordantes. Concentrémonos ahora en los retos para las/os interlocutores y cómo también estos han contribuido a resignificar el padecimiento y la diferencia en el estado serológico.

### 3.2 Conflictos e interacción en la vida cotidiana

En algunos encuentros etnográficos, sobre todo de manera individual, pedí a la mayoría de las/os interlocutoras/es que hicieran explícito cómo se sentían viviendo con la diferencia del estado serológico. Mi interés radicó en indagar si esta generaba una marca relevante para formar un vínculo erótico-afectivo. Algunas de las respuestas fueron las siguientes:

Ay [suspira], yo creo que él está en un proceso muy difícil de su vida en el cual mucho tiempo se enoja con la enfermedad y yo lo veo frustrado en muchos aspectos, creo que sí sufre. Yo apenas entiendo lo que es sufrir con el VIH. Tengo un conflicto: es algo que trabajo en terapia porque la psicóloga me dice que yo lo sufro como si yo tuviera VIH, no sé si es porque me duele lo que él vive, o desde este lugar donde no me quiero enfermar, pero sí lo sufro, no ha sido fácil, él se enferma muy rápido del estómago, todo lo que me agrada, comer una torta, él no come, hemos tenido que ir viendo cosas; yo amo el sushi, amo la pasta, me fascinan los tacos, si son de la esquina de mata perros, mejor, pero a él le cuesta mucho trabajo porque yo no entiendo muchas de sus actividades. Entonces cuidar su alimentación, sus medicamentos ha sido muy problemático, además últimamente por sus estados de ánimo cambiantes, sus sueños vívidos, sus estados psicóticos que han salido a la luz. Creo entonces que él está enojado con la vida por el VIH y yo estoy confundido (Josué, no vive con VIH, entrevista individual).

Fíjate que sí siento mucha distancia con él por no tener VIH, pero si lo tuviera me va a dar mucho coraje conmigo porque la que se está exponiendo soy yo, entonces tengo la sensación de que si me llegaran a diagnosticar sería el fin del matrimonio; me enojaría mucho conmigo y le guardaría mucho coraje porque él sabiendo qué puede pasar como que le vale y a mí también [me daría coraje] por mi pendejez, entonces me da miedo, será por eso que no me he hecho la prueba, no quiero hacérmela, tengo miedo y no es miedo a que me digan que tengo VIH, tengo miedo a cómo voy a reaccionar. Si llego a salir positiva a veces como que estoy en un estira y un afloje, y no sé también si es como una manera de buscarlo de decir: “a lo mejor sí tengo VIH va a ser caballeroso y cariñoso conmigo y me va querer” (Josefina, no vive con VIH, entrevista individual).



Puedo decir que he vivido la diferencia bien, porque los problemas con mi esposa han sido por las cuestiones de siempre, vamos a decir, los celos de ella infundados y mi carácter, pero nada que ver concretamente con VIH. Yo siento que esto más que nada es que la persona que no viva con VIH acepte a la otra persona de una manera absoluta, que se aplique la cuestión del perdón sin condición, siento que más que nada depende de la otra persona y claro también de uno como portador que no se victimice (Óscar, vive con VIH, entrevista individual).

Los siguientes testimonios expresan algunas de las dificultades que las/os interlocutoras/es vivieron a partir de las sensaciones que les generó la diferencia en el estado serológico. Después de varios años de relación, Josué e Isaac experimentaron una crisis en la que valoraron si lo mejor era continuar o terminar, Josué nos comparte cómo el VIH contribuyó a la incertidumbre, el sufrimiento y la confusión. Los cambios corporales que Isaac experimentó por los nuevos antirretrovirales y los padecimientos que aparecieron de manera repentina contribuyeron a que las dudas sobre el vínculo se intensificaran. Josué no supo cómo asumir la incomodidad y posible frustración de su compañero sentimental. Tampoco supo si su malestar emocional se relacionaba con un poco involucramiento de su parte o como respuesta al miedo que le provocaba el pensar en una posible adquisición del virus. En ellos la diferencia pesó por algunos meses y ambos transitaron entre la búsqueda de alternativas para solucionar sus conflictos.

Josefina experimentó sensaciones ambivalentes en relación al VIH. Por un lado, sintió que hay una diferencia importante entre ella y su compañero sentimental por el estado serológico. Si ella adquiriera el virus sentiría mucho coraje y quizás eso le serviría como justificación para terminar con su matrimonio. Por otro, vio en la seroconversión una alternativa para sentirse querida por Óscar. El miedo alimenta ambas sensaciones y le ha mantenido en el vínculo por muchos años. Es peculiar que por su parte, Óscar no percibe diferencia significativa alguna. Considera que los conflictos que ha tenido con Josefina son porque ella manifiesta celos infundados; en cierto sentido, al tener el perdón de su compañera sentimental es suficiente para él para asumir la serodiscordancia y eliminar cualquier posibilidad de conflicto al respecto.

La serodiscordancia ha representado otros conflictos y retos para muchas/os interlocutoras/es. El análisis del capítulo anterior muestra cómo en algunos casos el diagnóstico significó la materialización de infidelidades, asimismo, a lo largo de la dinámica del vínculo, la diferencia en el estado serológico y la rutina diaria acarrearón otros problemas:

Es que apenas me enteré que entre nosotros no ha habido relaciones sexuales por el miedo, pero en algún momento estuvo buscando con quién tenerlas y entonces pues fue de: “caramba, ¿por qué me dices que te preocupas, pero por otro lado estás buscando con quien tenerlas?” Me enteré que en un principio cuando llevábamos uno o dos meses como que sí quería que pasara, mi reacción fue de “espérame”, y resulta que esa respuesta para él fue lo peor y se puso a buscar con quién tener sexo, se repitió y se repitió, dice que ya no lo volverá a hacer pero ya van varias veces, estoy arriesgando tanto por estar con él, y no es reproche, para que vea lo que significa para mí y lo que significa la relación. Entonces estamos en un grave problema (Esteban, no vive con VIH).

De repente podemos hablar mejor las cosas porque antes yo explotaba con mucha facilidad, él le tiene miedo a las cosas que no son seguras, a las cosas indeterminadas, en ese caso determinamos que teníamos que tomar acuerdos respecto a ciertas cosas; nos dimos un tiempo, no puedo decir que se ha solucionado porque no nos hemos puesto a hablar de ello. Si me preguntas cómo me siento con todo esto te diría que inseguro, la psicóloga lo resumió, dijo: “te siento inseguro, con un pie afuera y el otro adentro en la relación”, tiene razón, tengo que valorar esas cosas, aunque lo bueno es que tengo claro lo que necesito (Isaac, vive con VIH).

Me dio mucho coraje que no me contara del VIH, me dijo que lo calló porque tenía el temor de que lo fuera a rechazar, pero le digo que siempre es mejor hablar con la confianza y eso, a lo mejor yo lo hubiera aceptado así, pero me mintió y yo siempre le hablé con la verdad, siempre le dije que tenía hijas/os y que era casada, ocultar es algo muy grave (Diana, no vive con VIH).

Óscar tiene corazón de condominio, se enamora de todas, yo tengo un sexto sentido, yo sabía que eso pasaba con una amiga, la ve como mujer, él decía que no, pero como soy aferrada aprendo a usar el teléfono, a usar la computadora y encuentro cosas que no me gustan. Veo después que a mí me tratan con desprecio, con indiferencia [llora] y a las amigas las trata de “mi amor, ¿cómo estás?”, y todo eso, no está bien. Meses después siguen las cosas, la precariedad económica, Óscar cree que soy tonta, pero no lo soy, hace una transferencia, una venta de Mercado Libre y veo los recibos de Telcel a llamadas a otro país de 2,500, 3,000 pesos y para mí no hay ni un peso [...]. No sé, si me preguntaras te diría que no sé, ni yo misma sé por qué estoy aquí, a lo mejor porque no tengo a dónde irme, porque qué voy a hacer vieja, enferma, sin estudios, sin un peso en la bolsa (Josefina, no vive con VIH).

Pues yo pienso que en toda la relación me engañó, no llegó siempre de brillos pero era de “ahorita vengo”, nunca conocí dónde trabajó, sus amistades, ni nada; sin embargo él sí conoció todo de mí, mi trabajo, a mi patrona, incluso no sabía cuánto ganaba él, le preguntaba pero decía que poco o que más o menos. Le reclamé por engañarme, pero me decía: “¿ya vas a empezar a chingar?”, así era. Nunca había pensado que le gustaban los hombres, incluso una vez le saqué el número por Whatsapp, de ahí me di cuenta, le mandé un mensaje a alguien, pensaba que era una mujer, por el Face me doy cuenta que es un señor, él lo siguió negando (Gabriela, vive con VIH).

Los conflictos que yo he visto que tienen este tipo de parejas se relacionan con miedos por parte de los seronegativos, y en los positivos tienen internalizado el miedo por el diagnóstico y por considerarse infecciosos. Además los negativos batallan para ver cómo decir las cosas sin herir, se cuida el lenguaje y dónde se podría hablar cambia, si la relación inicia y se sabe el diagnóstico, creo que la dinámica puede ser diferente para algunos que ya tienen experiencia con personas positivas. Si se sabe del diagnóstico durante la relación hay una crisis (asesor par, Clínica Condesa, no vive con VIH, se identifica como homosexual).

Esteban no quiso tener prácticas sexuales al inicio de su vínculo serodiscordante por sentir miedo a una adquisición del virus. La respuesta de Ramón fue buscar el placer sexual con otras personas, también en parte, como respuesta a la sensación de miedo de transmisión del VIH a su compañero sentimental. Se sentía más tranquilo si se vinculaba de esa manera con alguien con quien no tuviera lazos afectivos de por medio. El resultado fue una profunda desconfianza hacia él. Además, sobresale en este testimonio el papel de la culpa, nótese cómo Esteban recrimina que él está poniendo en riesgo su estado serológico negativo al formar una relación con él y que no esperaba tal retribución. Tal conflicto en ellos repercutió en la falta de prácticas sexuales hasta el fin de la etnografía.

En las últimas entrevistas que tuvimos, Josué estuvo más tranquilo y me compartió que valora ahora el ímpetu que su compañero sentimental puso en su bienestar emocional, pues eso tendría repercusiones positivas para el vínculo. Por su parte, Isaac siguió manifestando confusión e incertidumbre sobre su futuro juntos. Ambos implementaron varias estrategias para continuar que al final no fueron suficientes pues decidieron terminar.

Diana sintió mucho coraje porque Juan le ocultó su diagnóstico reactivo a VIH por algún tiempo. Aunque continúan en el vínculo, le parece que iniciar con una falta de confianza tan grave no está bien y que no es justo que esto haya

sucedido. Ella asevera que le convenció la razón de Juan sobre el miedo al rechazo y saber que su prueba dio no reactiva significó una sensación de alivio y se convirtió en el impulso que necesitaba para solucionar los conflictos de su relación anterior y pelear por la custodia de sus hijas/os.

Martín, ante la distancia física con Luis pidió una prueba de detección de anticuerpos del VIH. Debido a la diferencia en los resultados, él pensó en una supuesta infidelidad por parte de su compañero. Enfrentarse a su diagnóstico representó ver la mentira y descubrir el engaño: “A la vez me siento sacado de onda, él salió positivo, yo negativo, son cosas que no concuerdan, digo por qué si hemos tenido las mismas relaciones en el mismo período”, me dijo.

Josefina se ha insertado en un proceso sumamente desgastante para ella en el que los celos y la desconfianza que siente hacia Óscar la han llevado a pasar gran parte del día espiando a su compañero sentimental y pensando angustiada, con quién y cuándo será su próxima infidelidad. Esta dinámica no solo la ha sumergido en una depresión profunda, también ha cambiado la percepción que tiene sobre ella misma y se siente muy desvalorada. En muchos encuentros me dijo que no sabía qué hacer, que tampoco sabía qué siente por él, sin duda la vivencia de la serodiscordancia intensificó sensaciones de confusión, caos e incertidumbre.

A Gabriela le sucedió algo similar, ella vivía con su compañero sentimental quien no le permitía salir mucho a la calle, pero él se ausentaba la mayoría de las noches y a su regreso no le compartía qué hacía. Esto le generó muchos celos y desconfianza a la interlocutora; el diagnóstico reactivo a VIH de ambos significó para ella además de la prueba material de los engaños, la certeza de que a él le gustan también las prácticas homoeróticas. La tristeza, así como la desilusión formaron parte de ella y perduraron por mucho tiempo. Nótese una vez más cómo se hace presente la heteronorma y sus mandatos sobre los roles de la feminidad que asumen estas mujeres al soportar las rupturas de acuerdos de monogamia.

Finalmente, el asesor par de la Clínica relata cómo a partir de lo que ha visto en su trabajo, la gente manifiesta miedos similares: por parte de las/os seronegativas/os a contraer el virus y por las/os seropositivas/os a transmitirlo. El

interlocutor asume que este tipo de vínculos experimentan estas dinámicas que pueden complejizar la relación, pero que al mismo tiempo, se trata de sensaciones que pueden ser resignificadas.

Para intentar disminuir la sensación de diferencia, algunas/os interlocutoras/es que viven con VIH intentaron que la otra persona que forma parte del vínculo se involucre de manera directa en algunas relaciones del padecimiento con la biomedicina tales como consultas médicas, suministro de antirretrovirales, realización de pruebas de conteo linfocitario y de carga viral. Para ciertas personas seronegativas esto no fue fácil pues la petición remitía a adentrarse a un mundo totalmente ajeno. Situaciones que también generaron algunos conflictos. Aquí las respuestas, algunas fueron recabadas de manera individual y otras entrevistas con ambos:

A mí me gustaría que fuera al médico conmigo y sabría por qué estoy tomando medicamento, por qué ese medicamento es mejor que otro, o sea, este tipo de cosas, pero él no está acostumbrado a tomar decisiones, el hecho lleva a que tomes responsabilidades y hay compromisos que no toma; el compromiso conmigo siento que no se vio; por ejemplo, cuando me operaron él no estuvo ahí. No se quiere involucrar y ya me estoy cansando (Isaac, vive con VIH, entrevista individual).

No voy a sus citas porque si me involucrara me sentiría peor, él quiere que yo esté con él en todos lados, yo no sé lidiar con el VIH, a mí me genera mucha ansiedad, si de por sí soy una persona ansiosa y lidio con mis propios monstruos, no ha sido fácil. Yo tengo muy claro que es su enfermedad. Esto no es mío, es parte de nuestra relación en conjunto, sí, pero no es mío, es su estado serológico, es de él (Josué, no vive con VIH, entrevista individual).

—Él de repente me pone el freno, entonces yo no sé hasta dónde me puede incluir, o puedo decidir, no estoy involucrado. Ni siquiera me dice cuando tiene consultas médicas (Esteban, no vive con VIH).

—Es que el problema es que yo no involucro a nadie (Ramiro, vive con VIH).

—Ese es el punto, me dijo que sí va al médico, pero que no quiere hablar de eso, no sé nada, no sé qué chochos toma, sé que tiene que comer y tomar chochos por ejemplo, hasta ahí sé, no sé cada cuando son sus consultas, de repente me dice mañana voy al doctor y ya (Esteban, no vive con VIH).

—El motivo es porque no me gusta que me vean como el enfermo, yo no me veo como enfermo y no me gusta que me vean así (Ramiro, vive con VIH).

A las consultas he ido solo, él, que ya sabe de mi diagnóstico, trabaja entre semana entonces no hay cómo hacerle. Me gustaría que fuera, si puede sí,

aunque cuando empecé todo este proceso me hubiera gustado que estuviera alguien ahí, ahorita estoy consciente de que está trabajando y todo eso y sé cómo manejarlo, aunque me parece que sí debe convivir más con mi diagnóstico (Mauricio, vive con VIH, entrevista en pareja).

Ante el inminente fallecimiento del nuevo compañero sentimental de Inés, Aldo le ofrece su apoyo y le pide que vuelva a vivir con él y sus hijos. Después de unos meses deciden reanudar su vínculo erótico-afectivo y llegó el diagnóstico de ella junto a complicaciones derivadas de la fase del sida. Ante esta situación ella recibió respaldo todo el tiempo de su familia y él se ha involucrado en todo el proceso de atención médica. “Viene el diagnóstico de ella y le digo a mis hijos: ‘yo a tu mamá no la voy a dejar, me diga lo que me diga la familia, no me importa’, somos una familia unida”, me dijo el informante, quien actualmente pide permiso en el trabajo para acompañarla a sus consultas médicas y a la realización de pruebas de seguimiento. Este es un caso en el que aparentemente la serodiscordancia les unió más.

Isaac y Josué nos comparten un conflicto en torno a la responsabilidad que ambos deberían asumir con el estado serológico de Isaac, a quien le gustaría sentirse apoyado y pide el acompañamiento de Josué pues necesita verlo involucrado. En un encuentro etnográfico, Isaac me pidió que lo acompañe a su ceremonia de graduación de la universidad. Llego a la hora que me indicó, veo el evento junto a dos de sus amigas y al finalizar me dice que le dio gusto verme, que quería que estuviera Josué, pero que nunca tiene tiempo para las cosas que para él son importantes. Del otro lado vemos cómo para el interlocutor la ansiedad que le genera el padecimiento contribuye a que se distancie de las dinámicas del mismo, generando disputas en la relación.

Contrariamente al caso anterior, Ramón es quien no permite que Esteban se involucre en algunas dinámicas biomédicas del padecimiento. No quiere que los demás le hagan sentir que está enfermo y opta por reservarse su diagnóstico y las rutinas derivadas de este. Esteban siente que eso no lo hace parte del vínculo y lo relaciona con falta de interés.

Mauricio aprendió a convivir con el padecimiento y sus dinámicas de manera solitaria. Decidió guardar la información sobre su diagnóstico ante muchas

personas y aunque en varios momentos sintió la falta de apoyo de gente importante para él, aprendió a continuar así. Ahora que está en un vínculo serodiscordante le gustaría que su compañero se involucre más con el padecimiento.

En algunos vínculos además de los conflictos mencionados se experimentaron otros con mayor intensidad pues hubo violencia psicológica, física y verbal. Las más afectadas fueron las mujeres. Veamos en los siguientes testimonios –de quien decido omitir los pseudónimos– algunos momentos en los que ellas reconocieron el ejercicio de la violencia por parte de sus compañeros sentimentales:

Al final de cuentas sigo con él, porque mis sentimientos son hacia él, yo sé que sí son verdaderos, sí lo quiero, sí siento algo por él, a veces siento que me quiere, a veces siento que es porque necesita una enfermera, a veces porque es la última [oportunidad que tiene para estar con alguien]. Antes de saber todo esto [sobre el diagnóstico reactivo a VIH], él tomaba, él hacía de su vida lo que quería, me gritaba, me decía de cosas, me hacía sentir menos; solo una vez me pegó, me decía que ya estaba muy gorda. Soy muy romántica, esperaba que me apapache, pues no, nunca, y pues sí muchas veces le caché dos, tres cosas de salir con mujeres (interlocutora, vive con VIH).

Estoy cansada, de verdad, de todos, yo siempre me formé como la mujer independiente que no necesita de nadie, desde que me casé no fue nada de lo que yo pensaba; me caso muy enamorada, embarazada y la otra huyendo de los problemas de mi papá, del alcoholismo de mi papá, de ver sus infidelidades, de ver el maltrato a mi mamá, entonces pienso que busqué una puerta fácil y ¡oh sorpresa!, “se viene lo mejor”, yo pensaba que todo iba a ser lindo, no fue así, a los quince días de casada, recibí el primer golpe, además el hacerme cargo de una casa que no era mía, fue un proceso muy difícil, el tener hijos, me decían que me cuidara, pero no me decían con qué. Nunca me atreví a decir basta, nunca, como que se volvió costumbre vivir así (interlocutora, no vive con VIH).

Varias investigaciones han analizado la complejidad inmersa en vínculos heteroerótico-afectivos y sus repercusiones en la violencia hacia las mujeres (Anderson, 2007). Regularmente estos estudios concuerdan que el género juega como un marcador de diferencia donde el hombre, en la mayoría de las ocasiones, intenta generar una relación diferencial que se traduce en dominación hacia su compañera (Casique, 2007). Asimismo han documentado cómo la violencia marital es muy común en México (Fernández, 2004; Castro y Casique, 2008), pero en

pocas ocasiones es denunciada ante autoridades (Frías, 2013).<sup>138</sup> Otras investigaciones han profundizado ya cómo esto se acentúa en la serodiscordancia (Maman *et al.*, 2001; Stevens, Galbao, 2007; Eaton, 2007; Marqués, Rodríguez y Carrelo, 2007; Emusu *et al.*, 2009; Persson, 2009; Herrera, Campero, Caballero, *et al.*, 2009; Ortiz, 2010; Were, *et al.*, 2011; Kendall, Castillo Herrera y Campero, 2014).

Vemos con ambos testimonios las dinámicas en la vida cotidiana que pueden derivar en situaciones de violencia para las interlocutoras. La dependencia económica y sobre todo nociones relacionadas con el amor romántico (Herrera, 2010; Jackson, 2010; Esteban, 2011) reguladas por el *régimen político-discursivo de la heterosexualidad*, generan condiciones no equitativas para algunas mujeres. Una de ellas necesitaba sentir cariño y a cambio recibió agresiones por parte de su compañero. La otra salió huyendo de casa para evitar la violencia y se involucró en un vínculo donde existieron dinámicas muy similares, aunque reconoce que tales situaciones no son benéficas para ella, no entiende por qué ha decidido continuar en esa relación y en ocasiones cree que es por el cariño o la costumbre, en otras que porque no tiene las condiciones materiales necesarias para subsistir por ella misma. En una ocasión le pregunté si consideraba que sufría porque es mujer, me dijo que no creía que fuera por eso, pero que a ella le había tocado vivir experiencias malas que no sabía cómo evitar.

Tanto conflictos, como cadenas de rituales de interacción (Collins, 2009) donde las/os interlocutoras/es se apoyan y asimilan de manera conjunta el VIH/sida, han contribuido a diversas resignificaciones del padecimiento y la serodiscordancia. Veamos cómo han sido algunos de estos procesos.

---

<sup>138</sup> Mi intención no es victimizar la vivencia de las mujeres, sino describir un acontecimiento que sucede de manera frecuente en México y en otras sociedades. Asimismo, creo que también la violencia forma parte de vínculos homo-erótico-afectivos y que no ha sido documentada del todo (véase Nowinski y Bowen, 2011). Para esta investigación no encontré casos que aludieran a ella de manera explícita, como sí lo hicieron algunas interlocutoras. Tampoco descarto el ejercicio de violencia de mujeres hacia varones y me parece que es un tema que debe ser investigado.



### 3.3 Resignificando la serodiscordancia

Después de varios procesos corpóreo-afectivos complejos, la serodiscordancia se convierte, en quienes continuaron con los vínculos, en una condición más de la relación que es manejable. La costumbre y la adecuación a las rutinas de la biomedicina y a los avatares del VIH se han incorporado y pueden convivir con el virus sin que genere estragos considerables.

Mientras que estos interlocutores reflexionaban de manera conjunta sobre cómo el VIH forma parte de sus vidas, resaltaron:

—Los últimos meses han sido mejores, se toca muy poco el tema, al principio todos los días, [actualmente] a mí se me olvida, yo me acuerdo porque suena la alarma de que me tengo que tomar las pastillas. Por ejemplo, ahora que te conté la historia por eso me dieron ganas de fumar, porque renació todo, porque han sido meses donde todo se olvida. Al principio como que nos unió más, no me sentí rechazado ni nada (Edgar, vive con VIH).

—Nuestra estabilidad es nuestra terapia, ya no vamos a terapia, vivimos normal, salvo que hemos tenido encuentros sexuales con todas las precauciones. Nos cayó el 20, éramos medio pedos, ya no, antes hacíamos más pendejadas, como que el alcohol nos hacía hacer malacopeses, como que maduramos más (Bernardo, no vive con VIH).

Otros testimonios sobre el mismo tema:

Trato de no pensar en eso, sé que tengo VIH, que no me voy a morir que le voy a echar muchas ganas y salir adelante, siento que tengo diabetes u otra enfermedad que si no me cuido se me puede venir una insuficiencia renal, ahora el VIH es controlable, ya sé (Gabriela, vive con VIH).

Sí, hay muchos momentos en los que me siento feliz, aunque son así como pues fugaces hay muchos momentos, me gusta mucho ir a la iglesia, también cuando algo que estoy haciendo me sale bien, por ejemplo ahora que empecé a hacer gorditas, panquecitos para vender, me gusta mucho, cuando tengo la oportunidad de platicar con alguien, que me llene, que me nutre, que me hace sentir bien, entonces aún con los nietos hay muchos momentos buenos. Para mí el VIH es importante porque es algo que hay que cuidarse y lo sé viviéndolo en carne propia, pero se puede estar bien (Josefina, no vive con VIH).

No sabría decirte qué lugar, pero que ocupa un lugar importante, sí, porque cambió mi vida, yo lo tengo presente en todos los momentos, ahora es una parte esencial de mí, junto a mi religión es un todo, ¿no? No me visualizo hoy sin VIH y sin mi fe religiosa, sin el VIH estaría internado en una granja de alcohólicos anónimos o en una cárcel, en un hospital o en un panteón, se fortalece una cosa con la otra, entonces igual en la relación de pareja pues

también a lo mejor sin el VIH nos hubiéramos separado hace mucho tiempo (Óscar, vive con VIH).

Vemos con estos testimonios cómo la mayoría de las/os interlocutoras/es experimentan una sensación de normalidad, efecto de algunas prácticas del dispositivo biomédico (Mykhalovskiy y Rosengarten, 2009; Wilson, 2009; Persson, 2010; Davis y Squire, 2010; Flowers, 2010; Squire, 2010; Small, Thomas, 2011; Persson, 2013) y de otras estrategias en las que han buscado en la ritualización de las redes afectivas que contribuyen a la resignificación del padecimiento.

Edgar y Bernardo decidieron olvidar algunos detalles del momento en que uno de ellos recibió el diagnóstico a VIH, esta experiencia les hizo sentirse más maduros. El aumento en los cd4 y la disminución de la carga viral contribuyeron a la sensación de normalidad y estabilidad. Gabriela aplica la misma estrategia: intenta no pensar en el padecimiento y sabe que gracias a los antirretrovirales vivir con el virus es equiparable a experimentar una enfermedad crónica que es controlable.

A pesar de muchas experiencias dolorosas que la serodiscordancia ha traído a Josefina, también identifica momentos de felicidad, su testimonio revela que la violencia y la dominación no tiene solamente la cara del sufrimiento, también dentro de la experiencia de la vulnerabilidad hay sensaciones de agencia y de gozo. En la ritualización (Bell, 2009) de los espacios de subordinación como la cocina y el cuidado de otras personas también se gestan oportunidades de disfrute y se vuelven lugares propicios para hacer actividades que gustan a la interlocutora. Al respecto, ya Patricia Ponce ha documentado cómo “el ámbito doméstico, tradicionalmente considerado femenino y dominado por mujeres se convierte en el espacio que les permite generar y desarrollar ‘los contrapoderes’, herramientas y estrategias de resistencia” (2012: 107).

Para Óscar el padecimiento también representó una oportunidad para cambiar algunos elementos nocivos de su estilo de vida como la ingesta de alcohol exacerbada. Para él, el VIH y la fe religiosa son motores importantes para el cambio que necesitaba en su vida y para valorar algunas cosas de su cotidianidad.

Para Virginia y otros interlocutores el padecimiento es como un accesorio, como una sombra que está siempre presente, pero que ya casi no interfiere de manera importante con algunas dinámicas de la vida cotidiana: “En mi caso el diagnóstico ya tan presente no, es como cualquier cosa”, me dijo ella. Me parece que estas estrategias han servido para continuar con la experiencia del virus, de lo contrario sería muy difícil vivir en la incertidumbre de manera constante.

También pregunté a las/os interlocutoras/es dónde sentían que estaba localizado el virus y algunas respuestas fueron:

Pues supongo que está en la sangre, ¿no? Ahí está y en el semen, en los fluidos y en la saliva, se supone (Esteban, no vive con VIH).

Yo lo veo en la pastilla, en el tratamiento, en la terapia antirretroviral (Germán, vive con VIH).

Yo lo veo en el condón, en las prácticas sexuales, luego le he dicho hay que hacerlo sin condón, a veces me dan ganas, entonces lo veo en la parte sexual, en ese aspecto (Héctor, no vive con VIH).

Yo lo ubico en la cabeza, porque no pasa nada (Alejandro, no vive con VIH).

Yo veo al VIH en las prácticas de riesgo (Mauricio, vive con VIH).

Casi todos los interlocutores citados localizan al virus en el cuerpo. Esteban en la sangre y en los fluidos corporales. Germán en lo que ingiere: en los antirretrovirales. Héctor lo vincula al riesgo de transmisión y a las prácticas sexuales, al condón incluso, lo cual le hace querer otro tipo de contacto con el virus, pues a veces tiene curiosidad de sentir a su compañero sentimental sin la barrera de látex. Mauricio, también lo relaciona con las prácticas sexuales de riesgo y para Alejandro es algo que está en la cabeza, en la mente, pues puede ser controlable.

Hasta aquí relatos relacionados con el amor y hemos visto la relevancia de de la ritualización (Bell, 2009) y de las cadenas de rituales de interacción (Collins, 2009) para co-construir los significados del cuerpo, el padecimiento y algunas resignificaciones emocionales. A continuación analizaré otra dimensión crucial para las personas entrevistadas: las prácticas sexuales y sus implicaciones para la serodiscordancia.

#### 4. Prácticas sexuales: significados, cuerpo y serodiscordancia

Patricia Ponce nos invita a pensar en la sexualidad como una compleja red de relaciones entre el ejercicio del poder y sus resignificaciones, pues “los comportamientos y prácticas sexuales nos hablan de un desfase entre los códigos morales –civiles o religiosos– impuestos como el ideal a seguir y la vivencia cotidiana que se refleja en una gran variedad que muchas veces atraviesa las generaciones, los géneros y las clases sociales” (2012: 103). Si tener vínculos erótico-afectivos después del diagnóstico para muchas/os interlocutoras/es fue complicado, pensar en cómo experimentar prácticas sexuales lo fue todavía más. En este apartado analizaré algunos procesos de la serodiscordancia y la sexualidad. Veamos cómo fue en el pasado la vida sexual de algunas de las personas entrevistadas.

No sabía qué onda con los vapores, nada; después de los 19 a los 21 años estuve muy metido, igual con la misma dinámica de ver, tengo una parte voyerista; ya cuando pasó el tiempo me hice experto en esos lugares, iba muchísimo a cabinas, baños, saunas, me gustaba mucho ver, no hacía mucho sexo oral, no me gustaba, dejaba que me hicieran y de repente me penetraban, algunas veces fueron sin condón, lo disfrutaba mucho (Germán, vive con VIH).

Antes del diagnóstico tuve prácticas sexuales con mucha gente, nunca se me ha dado eso de ir a lugares de encuentro, pero generalmente ligaba en la calle, en el metro. Llamo mucho la atención generalmente, o sea, creo que no soy guapo, pero tampoco soy feo, pero algo les llama la atención y me hablan y yo les hablo de repente y no tengo ningún conflicto, como que nada más es para el momento y ya, vamos a un hotel, vamos al departamento de él, si tiene, regularmente pagaba la mitad del hotel, unos que tenían carro y otros que no, de todo un poco (Isaac, vive con VIH).

Novias tuve pocas, solo mi esposa, relaciones sexuales sí tuve, yo me crié en un mercado, y ahí hay mucha promiscuidad, además vivíamos en una vecindad e igual hay mucha: fui despertando a la sexualidad muy pequeño, desde los ocho años empecé a ver lo que era la masturbación, después tuve relaciones sexuales con prostitutas, sin condón, no había si quiera, no se habla de eso, tenía mucha ignorancia, no sabía tampoco de las enfermedades de transmisión sexual, me dio gonorrea y ya supe qué eran. Me hice adicto al sexo muy rápido, me gustaba mucho, la primera vez no sabía ni qué hacer (Óscar, vive con VIH).

Desde la secundaria tuve encuentros sexuales con los amiguitos, pensé que era bi[sexual], era de masturbarte, tener medio faje, no besaba porque era de jotos, pero sí fajes y hacíamos cosas, lo disfrutaba poca madre. Ya en la

prepa ya te empiezas típico, que con el tipo que era más jotito que tú no le hablabas, pero en privado sí le hablabas para verse y tener sexo, además tenía amigos, el típico guapo, ambos con novia, nos íbamos a cambiar y rápido cogíamos o hacíamos algo, pero era muy padre, era como la homosexualidad que cualquiera quisiera tener (Bernardo, no vive con VIH).

De repente me conseguí un vecinito/amiguito que teníamos encuentros ocasionales sin penetración, unos besos, toqueteos y sexo oral, cosas así, muy de closet; eso, hasta que de repente vino la era de internet y fue como empecé a meterme en los chats y tener más encuentros, reales pero esporádicos (Edgar, vive con VIH).

Pues mi vida sexual inició con él, no sabía qué hacer la primera vez, pero fue bueno, a mí me dijeron que tenía que cuidarme de la cintura para abajo, pero no sabía cómo, fue con cariño, pero inicié con él (Josefina, no vive con VIH).

Cuando tuve mi primera relación este, pues sí, era así como de “me gustas mucho”, era muy guapo el hombre pero sentía que algo me faltaba, creo que eso me hizo terminar la relación tampoco me quería quedar con él, siento que algo está mal y terminé con él, pero siempre les he dicho a las niñas que conozco que no se casen vírgenes para que prueben dos o tres (Virginia, vive con VIH).

Yo estuve antes con pocos hombres, en realidad no fueron tantos y pues eran mis novios, la pasamos bien, pero después se terminaba la relación (Gabriela, vive con VIH).

Ponce, una vez más, llama la atención que “cuando hablamos de sexualidades, difícilmente las podemos separar del género. Existe una visión diferenciada de la sexualidad para cada uno de los sexos [...]. La sexualidad masculina es algo que se deja correr libremente, mientras que la femenina es necesario controlarla, normarla” (2012: 101-102). Con estos testimonios podemos corroborar cómo operan los roles de género en las prácticas sexuales: los varones aprendieron a tenerlas cuando lo deseen, los que hacen parte del homoerotismo, en contextos de clandestinidad, o resignificando y sexualizando los espacios públicos. Las mujeres regularmente lo hicieron mediante la conformación del vínculo erótico-afectivo y en muchas ocasiones vinculándolas al amor.

Germán da cuenta de las dinámicas inmersas en el homoerotismo y en cómo ciertos espacios se configuran prácticas sexuales. Cuando llegó a la Ciudad de México disfrutó de estos lugares y sació sus ganas de tener prácticas homoeróticas. Isaac, aunque no gustó de los lugares de encuentro sexual, conocía a otros varones en el espacio público y después tuvieron prácticas sexuales en

sus casas o en hoteles. En ambos casos el uso del condón no fue constante. Ramiro da cuenta de rutinas similares a las de Germán: “Yo ligaba en los antros, también me iba a los baños, a lugares de encuentro, a casas que alquilan para coger, me dio mucha necesidad de ir cabrón”, me dijo en una entrevista.

Óscar nos comparte cómo el condón se convirtió en una tecnología cultural que hace más de tres décadas era inexistente. Su vida sexual inició con trabajadoras sexuales; aunque por un lado él disfrutó de apertura al respecto y tuvo encuentros continuos por mucho tiempo, por otro, la falta de información al respecto contribuyó a que aprendiera en el camino cómo tener prácticas sexuales. Con su testimonio sobresale cómo antes de la década de 1980 no se difundía mucha información sobre sexualidad e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), pues la información en prácticas hetero se centraban en la prevención del embarazo.

Con los testimonios de Bernardo y Edgar es posible apreciar algunas dinámicas del homoerotismo ligadas con algunos elementos de clandestinidad: el primero disfrutó de este tipo de relacionamientos mediante encuentros fugaces con algunos varones que le parecían atractivos o que estaban disponibles en ese momento, y el segundo disfrutó del auge del internet para tener prácticas sexuales de manera esporádica.

Por otro lado, vemos cómo las interlocutoras incorporaron nociones de feminidad asociadas a la sexualidad: Josefina antes de casarse solo tuvo prácticas sexuales con su compañero sentimental. Tampoco tuvo mucha información respecto a la prevención del embarazo o de ITS. Gabriela también se involucró de manera sexual solo bajo vínculos erótico-afectivos; aunque Virginia reconoce que no es bueno tener prácticas sexuales solo con un hombre, también relacionó muchas de sus experiencias sexuales con el amor. Al mismo tiempo, he de resaltar que aunque los varones suelen iniciar antes su vida sexual, los mandatos de la masculinidad en relación a potencia y virilidad repercuten en sus vivencias.

Ya analicé en el capítulo anterior que el VIH ha traído en las/os interlocutoras/es un impacto corporal, pues es allí donde se aloja el virus y algunos miedos giran en torno al cambio del cuerpo. Este impacto se hace presente

también en las prácticas sexuales, pues la posibilidad de transmisión aqueja a quien vive con el virus y el temor a adquirirlo en quien es seronegativa/o.

Mi vida sexual se fue al caño, antes de todo esto era más activo, después como que me daba miedo, más que alguna vez en las pláticas [de los grupos de auto apoyo] nos dijeron que puede haber una reinfección, se puede volver resistente el virus que tienes al medicamento, lo bueno que él me presentó como su novio, eso me dio mucha seguridad, mi miedo era ese: “vivo con VIH y voy a estar solito toda mi vida”; también tenía miedo de decirle que tengo el diagnóstico (Mauricio, vive con VIH).

A mí me impacta [el virus] sexualmente porque dejé de tener relaciones, después es lo que menos me importa, no tengo deseos de, lo peor, que en ese momento [del diagnóstico] además estaba herido, dolido, en mucho tiempo no pasó nada. Mi familia lo conocía, no como mi novio, pero sí como mi amigo y ese mismo año empezó a alejarse más y yo intuí lo que estaba pasando, por eso me hice la prueba, el diagnóstico pega, lo que menos quería era eso (Isaac, vive con VIH).

Es latente el miedo en la sexualidad, yo soy muy, muy aprehensivo para las cosas. Inclusive me enfermo psicológicamente, me sale un fuego [labial] o un afta al año, las tengo contadas, y esta vez me salieron dos y pensé que era VIH y empiezo a sugestionarme de tal manera que empiezo a manifestar cosas hasta que hablo con un psicólogo y me dice que no pasa nada por hacer sexo oral, que en mi caso no hubo situaciones de riesgo, siempre que tengo sexo con alguien siento que me contagiaron de algo; yo soy muy caliente, cabrón, busco el sexo, el goce del nuevo descubrimiento, de sentir la primera vez, de besar por primera vez, de fajar por primera vez, de tocar una verga por primera vez, de que te cojan o cojas por primera vez, pero pues me beso con alguien más y me da VIH cada 8 días, salpullidos. Entonces por una parte dentro de mí necesito sexo, pero por otra me siento mal, porque tengo un precedente de que a mí me dio y estoy curado, pero tengo el trauma de la sífilis y la gonorrea (Bernardo, no vive con VIH).

Mauricio nos comparte cómo cambió su vida sexual después del diagnóstico. El miedo a transmitirlo o adquirir una nueva cepa contribuyó a que bajara la frecuencia en sus prácticas sexuales y que incrementara el temor a la soledad y al rechazo, lo que propició que se aislara y experimentara mucha tristeza.

Isaac me compartió en varias entrevistas muchas conexiones emocionales con el padecimiento: cree que adquirió el virus con un compañero sentimental que no le dijo sobre su estado serológico, en coito anal donde fungió como insertivo. Desde que sabe que vive con el virus, ha decidido sólo fungir como receptivo en las prácticas sexuales, porque ser “activo” le remite a la adquisición del VIH.

Recibir el diagnóstico ha sido complicado para él y la sexualidad ha sido una de las partes que más afectó.

Bernardo ha experimentado una relación corporal y emocional entre el VIH, las infecciones de transmisión sexual y sus prácticas que han estado atravesadas por la culpa. El prurito, los exantemas, a veces las fiebres, los aftas y otras manifestaciones físicas se convierten en él en los efectos corporales y afectivos de la circulación del miedo en la sexualidad. Durante muchos años ha mantenido una relación ambivalente con las prácticas sexuales fuera de su vínculo: las disfruta, las busca, pero al mismo tiempo las padece. Para él el contacto corporal con otras personas es necesario, pero se ha sentido culpable en varias ocasiones porque no hay un acuerdo explícito con su compañero sobre la frecuencia y el tipo de encuentros que debería tener. Aunque ya experimentó dos ITS, el miedo persiste. Su testimonio es interesante pues da cuenta de las complejidades inmersas en la sexualidad en tiempos del contagio y el riesgo que la biomedicina quiere controlar.

Una vez que se conforman vínculos serodiscordantes se convierte en una preocupación el tipo de prácticas sexuales que pueden tener, la frecuencia y los riesgos inmersos. Esta actividad es sumamente significativa pues el contacto corporal despliega sensaciones de suma relevancia para las personas involucradas en el acto. Veamos algunos de los significados atribuidos a este tipo de prácticas:

Cuando iniciamos como pareja me enamoré mucho de él, empecé a disfrutar mucho el sexo con penetración, me sentía enamorado, era con amor, me preparaba para el encuentro y me sentía como no sé, como más querido, decía: “sólo con él me gusta, con los otros nunca lo disfruté así” (Edgar, vive con VIH).

Pues yo pienso que también estoy con él un poco por las relaciones sexuales, porque mi esposo en ese aspecto me abandonaba mucho. Con él es más seguido y también pues hay más amor (Diana, no vive con VIH).

Realmente en nuestro caso como que tiene que ver con otros elementos de una relación estable: hablar con otra persona, disfrutarlo de una manera distinta, visualizarlo a mayor tiempo, siento que eso lo relaciono en este momento, con elemento de amar a la otra persona, de amarme yo, de cuidarnos, de hacer otras actividades; esto es un rollo más emocional, no es lo mismo que coger porque antes lo hacía para quitarme las ganas. Ahora me siento acompañado, amado, protegido, me siento bien (Germán, vive con VIH).



Una cosa es coger, otra hacer el amor, no he cogido con él, para mí hacer el amor tiene que ver con los sentimientos, es más romántico, lo besas más apasionado, siento que es más lindo (Héctor, no vive con VIH).

Randall Collins (2009) nos recuerda que las prácticas sexuales también están ritualizadas, pues cuando se repiten, se producen en algunos vínculos erótico-afectivos, cadenas de rituales de interacción sexual. Tal intensidad corporal hace que circulen las emociones entre los cuerpos. Abrazos, besos, caricias y otras prácticas corporales están cargadas de simbolismos que generan sensaciones de cercanía entre las personas involucradas.

Podemos ver con estos testimonios una relación entre el cuerpo y los afectos: sentir los fluidos y los genitales de alguien especial es sumamente significativo. Edgar relaciona las prácticas sexuales con Bernardo con el amor e idealiza un poco la penetración, pues la ve como la muestra de que la entrada de él en su cuerpo es producto del cariño que siente. Diana también relaciona las prácticas sexuales con el amor y decidió terminar un vínculo para iniciar otro en parte porque se involucró de manera sexual con Juan y en su matrimonio este tipo de prácticas ya eran escasas.

Germán y Héctor incluso marcan una diferencia entre “coger” y “hacer el amor”, donde lo primero se relaciona meramente con el placer corporal y lo segundo involucra emociones, sensaciones de estabilidad, compañía, protección y demostración de afecto. Al mismo tiempo, resalta con los testimonios, cómo el amor puede ser utilizado para mermar el placer corporal y, en algunos casos, tener prácticas sexuales “enamorado” es moralmente mejor valorado que solo tenerlas por deseo.

Que las prácticas sexuales dentro de los vínculos erótico-afectivos generen tantas emociones de proximidad, las cuales están cargadas de idealizaciones en algunas ocasiones relacionadas con una supuesta entrega corporal y simbólica como producto del amor, no las excluye de dificultades, pues en la serodiscordancia las/os interlocutoras/es han experimentado procesos de adecuación. Registré los siguientes testimonios:

Lo que hacemos es masturbarnos mucho, pero cuando recién nos pasó [el diagnóstico reactivo a VIH en uno de ellos], yo tenía pánico; él entendió bien,

no somos tontos, entendemos el poco riesgo que asimilas pues ni modo de poner una pared de vidrio para que no saliera la gota micro orgánica de semen que se me metiera el ojo, entonces iniciamos a lavarnos las manos antes del acto [sexual] y nunca lo hacíamos; él se las lavaba y me insinuaba que lo hiciera y disfrutábamos masturbarnos mucho. Como somos amantes de la limpieza, si se junta la luna con Saturno y el sol nos da por tener penetración, era una vez al año o menos que había penetración, casi ni se me paraba de los nervios, ya después me fui relajando (Bernardo no vive con VIH, entrevista individual).

Ahora solo tenemos sexo cada tercer día, tiene un mes que empezamos así, al principio era si ella decía que no pues yo le decía que tenía que hacerlo, el día de hoy empiezo a respetarla, en una pareja debe de haber respeto, o sea, ya sin reclamos y al otro día amanecer enojado ni nada, todo tranquilo, hay veces que hasta se olvida, quién sabe, o sea son cosas que están nada más en la mente, la sexualidad nada más está en la mente (Aldo, no vive con VIH, entrevista en pareja).

Está implícito que queremos tener sexo y todo, pero no es que estemos aquí en la Clínica por el sexo sino por todo lo que conlleva el padecimiento, puede ser casualidad que si se habla de VIH se habla de sexualidad, por eso está latente ese tema (Alberto, vive con VIH, entrevista en pareja).

Cuando tuve un problema de proctología era algo complicado con el tratamiento, imagina que la pomada que me daban era agresiva, era aterrador que me penetraran y demás, el reclamo era de que en el último mes no nos habíamos acostado (Isaac, vive con VIH, entrevista individual).

Ha sido muy incomodo [el VIH y los padecimientos relacionados con los genitales], pero a la vez eso me llevó a trabajar la adicción al sexo: yo anduve mucho tiempo con sonda, pues lógico la sonda te impide tener sexo, fui trabajando esa cuestión de no depender del sexo, en la penetración manejarlo de otra manera, puedes tener una cierta satisfacción no con morbo, una fantasía sexual así sin lastimar a nadie, sin exponerte más, es una manera sana porque ya no estás obsesionado por no tener un contacto físico real (Óscar, vive con VIH).

Desde noviembre no tenemos sexo, yo creo que ya soy virgen otra vez, ya tiene un buen, desde el año pasado, ni siquiera se le antoja nada, al momento de buscarlo decía: “ay ya estoy cansado”, o todo el tiempo estábamos enojados, no había chance, no sabía si andaba con alguien o si por la enfermedad no tenía ganas (Gabriela, vive con VIH).

En una plática con ambos, estos interlocutores reflexionaron sobre los cambios en la frecuencia de sus prácticas sexuales:

—Bajó la actividad sexual, solo se justificaba diciendo que no se sentía cómodo en mi casa, o que estaba cansado (Alejandro, no vive con VIH).

—Es que también fue porque me dijo que cómo sería sin condón y yo no le había dicho del diagnóstico, entonces por eso ya no teníamos nada, por el miedo y la culpa de no haberle dicho (Mauricio, vive con VIH).

Reactivar los rituales de las prácticas sexuales cuando el diagnóstico apareció ya formado el vínculo erótico-afectivo es complicado. Bernardo experimentó pánico y Edgar sintió miedo; además hicieron una relación entre riesgo y limpieza por lo que intentaron eliminar –o más bien, limpiar– cualquier factor que ellos consideraran que podría incrementar la posibilidad de transmisión como lavarse las manos antes y después de contactos. Incluso el coito tuvo que esperar algunos meses, porque Bernardo no estaba listo corporalmente, con el paso del tiempo esto fue cambiando y ambos se adecuaron a nuevas dinámicas.

Aldo comprendió que las prácticas sexuales con Inés habían cambiado en frecuencia y en duración; antes del diagnóstico a VIH él creía que era necesario tener coito, aunque ella no quisiera. Después entendió que en ocasiones la interlocutora no está dispuesta y él ha aceptado esta situación pues considera que así la respeta más y que la sexualidad tiene control mental.

Alberto y Adriana no tuvieron prácticas sexuales al momento de la entrevista. Aunque dijeron en algún momento que no era su prioridad, también aceptaron que no lo han hecho por miedo al riesgo de transmisión del virus. En la Clínica Condesa aprendieron que con condón y adherencia al tratamiento antirretroviral la probabilidad de transmisión es muy baja. Aún así persistió el temor y no tenían certeza sobre cuándo iniciarían su vida sexual en conjunto.

Cuando se manifiestan secuelas físicas derivadas de algunas complicaciones relacionadas con el virus, se hace difícil mantener prácticas sexuales. Una vez más aparece el impacto por la afectación corporal que el padecimiento ha dejado en muchas personas. Isaac presentó varios padecimientos que se agudizaron con el VIH, uno de estos tuvo repercusiones derivadas de un problema proctológico lo que generó dificultades físicas en la dinámica sexual del vínculo.

De manera muy similar en Óscar, después de tener una vida sexual muy activa, el VIH representó un cambio en sus prácticas corporales sexuales por la

reducción considerable en este tipo de actos. Las secuelas en su cuerpo por algunos padecimientos repercutirán en el resto de su vida; ante esto, ha aprendido a experimentar otras alternativas de disfrute sexual. Las fantasías han sido una alternativa que le han permitido sentirse bien. En la vida cotidiana, aprendió también a utilizar otras partes de su cuerpo y sentir placer. Nótese, una vez más, cómo, aunque aparentemente los varones tienen más libertad que las mujeres para tener prácticas sexuales, experimentan contradicciones importantes entre los mandatos de la masculinidad que se relacionan con la capacidad sexual, así como la virilidad y sus experiencias.

Gabriela experimentó confusión pues no sabía si la falta de actividad sexual con su compañero tenía que ver con la adecuación al nuevo estado serológico, con los efectos de los fármacos o con una falta de interés en ella. Mauricio experimentó culpa por no compartir su diagnóstico reactivo a VIH con Alejandro por lo que decidió no tener prácticas sexuales con él, quien pensó que había una falla en la relación. Una vez que hablaron sobre la serodiscordancia, decidieron buscar alternativas para reanudar su vida sexual juntos.

Otros interlocutores para quienes las prácticas sexuales son muy relevantes, optaron por no seguir acuerdos con base en la monogamia y abrir sus prácticas para incluir a más participantes. Situaciones que han transitado entre el placer y algunas incomodidades:

Decido abrir la relación en lo sexual por el morbo, dijo él que ya había tenido tríos y no le había gustado, pero entre que él es más morboso y yo entré al tratamiento, me entra la angustia y pienso que me va a dejar porque no tendría sexo, pero también me entra el morbo y se quedó en esta parte de “yo disfruto”. No me siento celoso, solo cuando las otras personas o Josué se tratan de involucrar de otra manera. Nadie es dueño de lo que hagamos con nuestro cuerpo, es nuestra bronca, yo puedo coger ahorita en este momento con quien quiera pero también es un tema complicado (Isaac, vive con VIH).

Nosotros tenemos de vez en cuando algún invitado especial o alguna cosa que pasa de repente; bueno, eso era antes, después hubo una época como de luto de “no va a pasar esto nunca más” y la chingada, pero volvió a pasar y la sexualidad es la sexualidad, en ese aspecto nunca nos hemos enamorado de otro, tratamos de llevar un nivel de moral alto para no lastimarnos en el proceso. Luego ya depende del tipo de cosas que hagamos, yo por ejemplo, si empiezo a besar apasionadamente como de enamorados, me siento raro, me gustaría reservar eso, como que es más de pareja para mí (Bernardo, no vive con VIH).

Es curioso que solo los varones que entrevisté se den la oportunidad de mantener apertura en las prácticas sexuales y así involucrar a más personas. Sin duda, hay una dinámica de roles de género inmersa en este proceso, pues ellos me dijeron que aprendieron a vivir la sexualidad de manera más inmediata y activa, atributos que forman parte de nociones hegemónicas de la masculinidad. Hace falta ver qué pasa con mujeres que también deciden formar parte de este tipo de vínculos. (Recordemos que una interlocutora lo hizo una vez, pero fue por petición de su esposo; otra lo experimentó como parte del trabajo sexual del marido; es decir, en ninguno de estos casos fue por iniciativa propia).

Al mismo tiempo, tampoco fue para ellos tan fácil llegar a acuerdos sobre el tipo de prácticas que pueden hacer, ni separar sensaciones corporales de placer con nociones relacionadas con el amor y la afectividad. Isaac por ejemplo, decide proponer apertura sexual, en parte por “morbo”, como él indica, pero también por el temor a que termine el vínculo porque él no puede mantener la frecuencia sexual de antes por dificultades relacionadas con un padecimiento. Cuando uno de ellos además de experimentar placer, decidió involucrarse de otra manera con alguien más, generó problemas para la dinámica de la relación.

Al paso de algunos meses, Bernardo y Edgar se percataron de que tenían prácticas sexuales con otras personas al mismo tiempo. Aunque no hubo un acuerdo al respecto, ha sido algo que realizan de manera cotidiana. Aunque no se verbaliza, se trata de algo implícito que hacen como parte de su dinámica sexual. Es interesante cómo Bernardo reserva algunas prácticas corporales, como los besos, cuando tiene encuentros sexuales esporádicos; si bien reconoce que el placer corporal es importante, también sabe que es complicado involucrar a otros en la dinámica sexual de ambos y él divide el uso de sus placeres a partir de la cercanía afectiva con los demás.

Otro tema muy relevante para las prácticas sexuales, el cuerpo y la serodiscordancia se relaciona con el condón a partir de los significados atribuidos a este y su uso. Ya sea visto como una barrera que imposibilita el acercamiento corporal, o como una estrategia para prevenir la adquisición del VIH u otras ITS, el condón como tecnología del dispositivo de la sexualidad y del biomédico en

nuestros días se vuelve un elemento crucial al momento de planear y experimentar los rituales de la vida sexual en los vínculos serodiscordantes. Por la complejidad del tema, decido agregar como nota metodológica, después del pseudónimo de las/os informantes, si me dijeron el testimonio en encuentros etnográficos individuales o en conjunto.

Pues fue difícil tener que usar el condón, porque por amor pues quieres sentir mejor a la persona, su mamá siempre nos dice que usemos y que mejor no tengamos sexo oral (Diana, no vive con VIH, entrevista con ambos).

Obviamente sin condón se siente más, pero está padre, ¿no? No extraño la sensación, extraño otras cosas, como soy pasivo no hay mucha diferencia, cuando fui activo sí, fue más padre, se siente mejor, diferente. Antes no lo usaba mucho, más bien era si lo tengo a la mano, lo ocupo, si no lo tengo a la mano, no lo ocupo. Yo podía llevar, pero si llevaban qué padre, si no, pues no, tampoco tenía conflicto en hacerlo sin condón, entonces tuve varios contactos sin condón y muchos más con condón, yo creo que en ese momento dependía mucho de la sensación, de repente era por la calentura, si me gana pues no lo pedía. Era un acercamiento como más padre, era como mucho no sé cómo llamarlo, una sensación de cercanía, de pertenencia, de abandono e incluso de compenetración, así lo veía (Isaac, vive con VIH, entrevista individual).

Un ex me dice que el condón solamente lo utilizan las prostitutas, que con quién más me acostaba, me quedé de: “me acuesto contigo, no soy prostituta, tienes razón, soy bien pendeja”, tampoco utilicé preservativo con los demás. Era horrible cuidarse, que si las inyecciones, que el dispositivo, fue muy tedioso, muy molesto, hoy soy feliz con el condón. Sí se siente diferente, pero así como que sea la máxima prueba de amor tampoco [...]. De hecho cuando nos dieron el diagnóstico a mi marido y a mí era muy traumante que llegara el día de mi periodo, era sangre, decía “ahí va el virus, por dios, ¿qué hago con esto?”, no quería que me tocara, él quería coger y le decía que no, mi miedo era que ahí hay más virus y lo reinfectara, para él era excitante tener relaciones en esos días, yo me escondía debajo de las sábanas, hoy día sé que es muy difícil que una mujer contagie a un hombre (Virginia, vive con VIH).

Yo era menos rabioso antes, quizá, neta estaba más satisfecho con él, teníamos sexo sin condón, era como más sabroso, valga la palabra o el eufemismo, era más intenso, más cachondo y más cochino. Me gusta sin condón más, pero es un lujo que no me puedo dar ya, aunque sé que me pierdo parte de la sensibilidad de una penetración, sí me frustra (Bernardo, no vive con VIH, entrevista individual).

Siempre hemos usado condón y bastante lubricante porque yo soy muy sensible, necesito mucho cuidado, dilatación, para que pueda disfrutar al máximo, sabe que soy indetectable, pero siempre hemos usado el condón, es un acuerdo que tenemos. Una vez se asustó porque se vino dentro de mí se quedó atorado [el látex]. Incorporé el condón como estrategia de cuidado, así nos cuidamos ambos (Germán, vive con VIH, entrevista individual).

En un principio incorporamos el condón pero dejamos de hacerlo, en mi caso porque en el trabajo de estarlo poniendo, otra cosa, yo platicando con una compañera del grupo donde estamos, ella es secretaria de una doctora, se empieza a interesar y pregunta de mujer a hombre qué posibilidades hay de que se contagie y descubre que es muy baja, además a ella le irrita mucho el condón y ni con el gel lubricante se sentía bien (Aldo, no vive con VIH, entrevista con ambos).

Las pocas veces usamos condón, 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, yo le dije que acepté, que si me pasara algo no sería su culpa (Josefina, no vive con VIH, entrevista con ambos).

Para todas/os las interlocutoras/es el uso del condón remite a varias complejidades. De las personas en cuatro vínculos hetero-erótico-afectivos que entrevisté, quienes conforman dos decidieron no utilizar el condón, en uno porque consideran que la carga viral indetectable del informante hará que la mujer seronegativa no adquiera el virus. En el caso en el que la interlocutora vive con VIH, no lo utilizan por un supuesto malestar corporal que provoca el látex y porque consideran que es más difícil que una mujer transmita el virus. En otro caso decidieron incorporarlo por seguridad. En la relación restante no han tenido prácticas sexuales.

De los varones en seis vínculos homo-erótico-afectivos, quienes están en tres decidieron utilizar el condón, a pesar de que preferirían no hacerlo. Incluso en algunos casos se están planteando qué pasaría si dejan de usarlo. En otro vínculo lo utilizan en ocasiones y en las otras dos relaciones no han tenido prácticas sexuales, pero planean utilizarlo cuando tengan. Con el condón podemos ver cómo este emerge dentro del dispositivo biomédico y el de la sexualidad como prótesis corporal para administrar el riesgo y evitar la adquisición del VIH y otras ITS.<sup>139</sup>

Por ejemplo, Diana decidió incorporar el condón como muestra de “amor” y para evitar la sensación de riesgo al que considera que se encuentra por mantener prácticas sexuales con Juan. Sobresale al mismo tiempo, cómo el condón es

---

<sup>139</sup> Véase cómo Paul B. Preciado (2002) utiliza la idea de “prótesis” y nos invita a pensar cómo esta forma parte de la sexualidad, entendida como una tecnología biopolítica en la que los cuerpos fungen como máquinas sexuadas y generizadas.

considerado por ella y él solo para prácticas sexuales penetrativas: en el sexo oral utilizarlo, simplemente es inimaginable y prefieren evitar esta práctica. Aunque Isaac no tiene inconveniente en utilizar esta tecnología de prevención, considera que ha perdido sensaciones de entrega y cercanía corporal. En ambos casos el condón representa una barrera que impide el contacto piel a piel.

Los fluidos corporales son muy importantes para los rituales de las prácticas sexuales, pues como indican Olga Sabido y Adriana García “en situaciones significativas tales como besos (saliva y aliento), compartir la cama (calor corporal y olor) y hacer el amor (sudor, olor, semen, sangre, orina), los fluidos corporales pueden convertirse en símbolos del amor y no excreciones sujetas al rechazo” (2015: 47). Muchos interlocutores me dijeron algo similar al indicar cómo el contacto con el semen del otro es sumamente significativo pues además de placer, les genera una sensación de cercanía corporal muy relevante. Para algunos, sentir de manera directa los fluidos del otro en su cuerpo, es una expresión de afecto muy intensa.

La relación con los fluidos corporales puede cambiar en la serodiscordancia, pues las/os interlocutoras/es consideran que allí viaja el virus de manera más presente. Virginia por ejemplo nos comparte cómo una práctica que solía ser placentera para ella y su compañero sentimental (tener encuentros sexuales cuando ella menstruaba), se convirtió en una que le generó a ella incomodidad y temor, pues sentía que con el contacto con la sangre existía un riesgo mayor de que ella “reinfectara” a su compañero aunque aparentemente tuvieran la misma cepa del VIH. Actualmente para ella fue más fructífero utilizar condón, pues así se siente más segura respecto a ITS y al mismo tiempo evita malestares corporales como náuseas y mareos que le ocasionaban otros métodos anticonceptivos como píldoras o inyecciones. Sobresale también cómo le hicieron creer que solo las trabajadoras sexuales utilizan condón y el no necesitarlo equivaldría a la muestra de una supuesta fidelidad.

Bernardo también mantuvo una relación cercana con los fluidos corporales de su compañero y sentirlo sin condón le remitía a sensaciones de cercanía e intensidad. Para él, utilizar condón se relaciona también con una frustración



importante, pues no siente la misma conexión corporal y emocional que solía sentir cuando no lo utilizaba. Nótese las vinculaciones que hace con lo intenso, lo sucio y la satisfacción sexual. Al mismo tiempo, aunque ve al látex como una limitante para lo que le gustaba sentir en el acto sexual, también reconoce que para evitar una adquisición del virus es necesario utilizarlo.

Germán utiliza el condón como una muestra de auto-cuidado y también para que Héctor se sienta más tranquilo, pues en una ocasión que el condón se quedó adentro después de una práctica penetrativa, Héctor se asustó por una posible adquisición del virus. Hacerlo les mantiene menos preocupados y les evita algunos conflictos.

Aldo e Inés a la inversa, decidieron dejar de utilizar el condón por supuestos malestares corporales que este les ocasiona: la irritación vaginal en ella y la incomodidad para colocárselo en él. Además, al escuchar que la probabilidad de transmisión de VIH de mujer a hombre es baja contribuyó a esta decisión.

Similarmente, ante un cambio en el pene del interlocutor, Josefina y Óscar decidieron tampoco utilizar condón en sus prácticas sexuales. Ella dijo asumir la responsabilidad si adquiere el virus, pues sabe que es una decisión que ella ha tomado. Al mismo tiempo, consideran que ella es inmune al virus de él:

Quando una persona es indetectable, sin enfermedades oportunistas y con una carga viral abajo de 200 [copias], el riesgo de transmitir el virus es del 1%. También hay personas inmunes al virus, eso me consta, entonces no hay problema, conmigo no hay problema. También hay que tomar en cuenta que ella sea inmune a mi virus 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 (Óscar, vive con VIH).<sup>140</sup>

Es importante señalar cómo algunas/os interlocutoras/es han interiorizado parte del discurso biomédico para así considerar que el riesgo puede ser controlable mediante las tecnologías que este dispositivo provee en nuestros días. Para otros

---

<sup>140</sup> Esta idea de “inmunidad” al virus, aunque no estuvo muy presente en esta investigación, sí lo estuvo en mi tesis de maestría (Torres, 2013), donde me percaté de que muchos de los varones entrevistados utilizaron la información biomédica para dejar de utilizar condón y creer que el seronegativo es inmune al virus porque después de algún tiempo no adquirió el VIH. Es necesario realizar más investigaciones multidisciplinarias sobre este tema y tener más elementos para indicar si dicha inmunidad es viable y cuáles son sus características.

entrevistados saber que el condón sirve para eliminar o reducir casi al máximo cualquier sensación de riesgo contribuye a sentirse más tranquilos.

Otro tema de suma relevancia y que también se relaciona con los efectos de una supuesta reducción de riesgo que conllevan las tecnologías tiene que ver con las posibilidades de descendencia en las/os interlocutoras/es. Veamos cuáles son sus opiniones respecto a tener hijas/os y si planean o no concebir o adoptar:

A mí sí me gustaría tener hijos pero en mi forma de pensar, un niño no tiene la culpa, o sea la discriminación sería muy fea pero de que me encantaría, me encantaría (Esteban, no vive con VIH).

No tenemos hijos, no queremos. No como las típicas jotitas, conocemos a alguien que sí tiene y lo discriminan en la escuela, no nos interesa eso (Bernardo, no vive con VIH).

Incluso te podría decir que hoy día que sé que puedo tener hijos y no puedes darles el VIH, aunque tengo ya más de 35 años, ya no es por VIH, ahora es por la edad, ya no está tan fácil, me quedo con las ganas de tener otro hijo (Virginia, vive con VIH).

A mí el diagnóstico me limita porque quería tener hijos pero ahora es complicado porque para mí es importante tener un hijo que sea varón; cuando me entero que tengo VIH digo: “chin ya no voy a tener”, luego me entero que sí se puede, pero que también es complicado, es más costoso y además me entero que en México para una persona con cualquier enfermedad crónica es más difícil la adopción y tienes que entrar a un proceso legal largo, tienes que estar casado, etcétera. Yo sí me he casado con esa heteronorma de tener hijos, prefiero un niño que una niña, me siento a gusto con esa parte, me entero que se puede hacer lavado de esperma y puedes tener hijo biológico, se me hace más sencillo, pero finalmente no quisiera adoptar porque no es mi hijo y la adopción es como el último recurso; para mí es importante tener un hijo biológico, años después me veo llevándolo a la escuela, la universidad, así lo veo. Quiero un hijo por trascendencia, digo igual termino renegando de él porque se vuelve hippioso, no lo sé, para mí significa trascender (Isaac, vive con VIH).

Yo tenía como en toda mujer la ilusión de tener un hijo y por el diagnóstico como que se me bajó un poco y sí, en un momento lo llegué a culpar y dije: “qué poca madre”, porque mis sueños se fueron abajo por una pendejada que él hizo, como le llegué a decir: “¿si sabías en los pasos que andabas porqué nunca te cuidaste?”; le ganó el momento. Quiero un hijo porque siempre he querido tener uno, abrazarlo, apapacharlo, que me diga mamá, esas cosas; sería algo más para así poderme realizar como mujer (Gabriela, vive con VIH).

Vemos con estos testimonios que para las personas en vínculos hetero-erótico-afectivos el tema de la descendencia es complejo, aunque ya no lo ven tan difícil como lo veían antes del avance en los antirretrovirales. Si tuvieron hijas/os antes

de la serodiscordancia solo resta cuidarles, o si desean tener después de saber de la diferencia del estado serológico, saben que la transmisión vertical de madre a hijo puede eliminarse con altas probabilidades de éxito si la mujer se adhiere a los fármacos. Por otro lado, para los varones en vínculos homo-erótico-afectivos esta idea se complica pues no solo piensan que el lavado de esperma es un procedimiento más caro, también tienen presentes elementos culturales como la discriminación que las/os infantes puedan sufrir al formar parte de una familia homoparental. En ambos casos vemos una vez más cómo las tecnologías del VIH/sida forman parte de estas experiencias de manera relevante y se hacen presentes en la *biosociabilidad* (Rabinow, 1996).

Esteban considera que la discriminación que enfrentaría un hijo de alguien que asuma su gusto por las prácticas homoeróticas no sería bueno pues sufriría y prefiere no pensar en descendencia. Bernardo parte de una idea similar y decide tampoco considerar ese tema. En el mismo sentido, Germán cree que no podría invertir tiempo en formar a otra persona y que tal vez no tenga un instinto paternal desarrollado: “Yo quiero disfrutar mi vida. En la parte del cuidado o protección no me siento capaz de estar cuidando a un chamaquito”, me dijo. Virginia decide no tener más hijas/os, porque cree que no tiene la edad necesaria para el cuidado que le gustaría brindarles.

Por el otro lado, interlocutoras/es que sí decidieron tener hijas/os experimentan sensaciones ambivalentes, Isaac por ejemplo, desea tener un hijo biológico y aunque en un inicio el diagnóstico a VIH frenó este impulso, actualmente ve que hay alternativas para concebir, también reconoce que adoptar sería complicado pues el virus es catalogado como enfermedad crónico-degenerativa. Criar descendencia masculina sería para él una forma de trascender.

Gabriela también recibió un fuerte impacto corporal con el diagnóstico a VIH pues significó, entre otras cosas, asumir que no sería tan fácil convertirse en madre. En el caso anterior y en este vemos cómo hay una vinculación con normas de género. Isaac incluso reconoce que quiere adaptar una visión hetero sobre la paternidad, la cual tiene fuertes vinculaciones con ideas relacionadas con la

hombría. A la interlocutora le parece que ser madre contribuiría a que se sienta “realizada como mujer”. Estas relaciones con horizontes normativos sobre la feminidad y la masculinidad son muy significativas para ambas personas entrevistadas. Mauricio confía en el uso de las tecnologías de la reproducción para concebir hijas/os mediante la inseminación artificial: “Cada quien quiere tener su hijo, está dentro de nuestros planes”, me dijo.

Con este capítulo pudimos ver algunas de las dinámicas inmersas en la vida cotidiana y en las prácticas sexuales y afectivas de las/os interlocutoras/es en la serodiscordancia. Sobresale el papel de la ritualización en varios sentidos: en tanto prácticas corporales significativas que son performativas (Bell, 2009; Yébenes, 2015), así como las cadenas de situaciones sociales que generan energía emocional que moldea a los cuerpos (Collins, 2009; Ahmed, 2014), rituales que dan sentido (Goffman, 1991; Sabido, 2012) a la diferencia del estado serológico mediante la co-presencia física y la construcción de significados del padecimiento a través de la convivencia diaria y los conflictos que forman parte de esta.

Vimos las transiciones emocionales que forman parte de las relaciones corporales que hacen las personas entrevistadas con las normas biomédicas y de género, así como la apropiación y resignificación de la vulnerabilidad (Butler, 2001, 2009, 2010, 2015). Observamos pues, cómo el cuerpo es canal de sentido y cómo se experimenta el amor, las prácticas sexuales y la asimilación de la serodiscordancia con las otras personas mediante las prácticas afectivas.



## Conclusiones

En tiempos de precarización como los que experimentamos en nuestros días, la ontología social del cuerpo que plantea Judith Butler (2006b, 2009, 2010, 2015) se hace crucial para analizar procesos de exclusión que, mediante complejas relaciones de poder, nos dominan, pero también nos producen. Pensar en la vulnerabilidad como condición de existencia corporal de todas las personas contribuye a enfatizar que estamos expuestas/os ante las/os demás y que es en esta condición vulnerable en la que nos constituimos como sujetos donde la interdependencia hacia las/os otras/os hace que el cuerpo exista y adquiera sentido dentro de relaciones socioculturales.

En esta relacionalidad corporal a la que Butler se refiere, la desposesión nos forja, y ni el género ni la sexualidad son nuestros, existen “*para otro o a causa del otro*” (Butler, 2006b: 50, cursivas de la autora). Reconocer esta dimensión vulnerable, contribuye a que los feminismos tengan insumos teóricos para dar cuenta de cómo los cuerpos estamos entregados a las personas, a las normas y cómo somos producidos en la vida cotidiana.

### 1. Relacionamientos corporales con horizontes normativos

Ahora bien, que todas/os seamos vulnerables no quiere decir que no existan configuraciones diferenciadas de la vulnerabilidad que inducen condiciones de precaridad en las personas. El cuerpo, además de ser relacional, es performativo: está expuesto al lenguaje, dependemos del discurso y el poder para ser producidas/os. Esta subjetivación que nos posiciona en distintos lugares hace al cuerpo, como reducto encarnado de tales condicionamientos, el lugar propicio de análisis sociocultural para comprender cómo nos relacionamos con horizontes normativos mediante sensaciones corporales y emociones.

La serodiscordancia da cuenta de algunas precarizaciones contemporáneas que afectan a muchos cuerpos. Las personas en vínculos serodiscordantes se relacionan de manera constante con al menos dos horizontes normativos —el dispositivo biomédico y el régimen político-discursivo de la heterosexualidad— que

son cruciales para comprender tal vulnerabilidad diferenciada, pues contribuyen a la administración del VIH/sida y de la diferencia del estado serológico mediante complejas relaciones de saber-poder.

La tecnociencia aplicada a la biomedicina forma parte de nuestras vidas de manera muy relevante; en estos días, los discursos y las prácticas de esta ciencia han desplegado esfuerzos sumamente considerables para controlar el cuerpo (Díaz, 2012). Vimos con esta investigación cómo la serodiscordancia se materializa a través del ensamblaje entre el discurso normativo del dispositivo biomédico con las manifestaciones corpóreas de las personas afectadas por el VIH/sida. Los sujetos necesitan de la norma médica para entender qué pasa con sus cuerpos, al tiempo que sus cuerpos son necesarios para la ciencia en la comprensión del padecimiento.

Las biotecnologías contribuyen de manera importante a la materialización de la serodiscordancia. Las pruebas de conteo de carga viral y de cd4 –al representar al virus y a estos linfocitos– abonaron a la ritualización contemporánea biomédica (Crawford, 2004) para generar en los sujetos la sensación de control del padecimiento. Las pruebas de detección del virus, en los casos seronegativos, sirvieron también para monitorear el estado serológico de estas personas.

Con el manejo del VIH/sida en nuestros días podemos ver nuevas formas en las que la biomedicina medicaliza la sexualidad. Ante la falta de cura, el “tratamiento antirretroviral como prevención” emerge como la estrategia biomédica para disminuir la sensación de infecciosidad en quienes viven con el virus, pero también repercute en disminuir la probabilidad de transmisión. Esto también tiene alcances en las personas no afectadas de manera directa por el VIH, pues las nociones de riesgo, exposición y control se modifican al aparecer los antirretrovirales como una vía de protección. Sin duda, el dispositivo biomédico tiene elementos para administrar las prácticas sexuales con el uso de esta tecnología, que junto con el condón –el cual en muchos casos se vuelve innecesario–, representa ventajas para muchas personas, al tiempo que las *sujeta* mediante relaciones de poder.

Las consultas médicas al menos cada tres meses para valorar las pruebas de conteo de carga viral y cd4 de quien viven con el virus se convertirán en parte de las nuevas rutinas de la vida diaria. Aunque para algunas/os interlocutoras/es las dinámicas del sistema de salud –como la larga espera para recibir atención– se volvieron agobiantes, para todas/os fue benéfico tener el monitoreo biomédico que contribuyó a generar sensaciones de tranquilidad.

Sobre los varones, es necesario rescatar cómo los roles asociados a la masculinidad se relacionaron con vivencias específicas, como por ejemplo, la asistencia a consultas médicas. A menudo, no se vieron como sujetos necesitados de atención médica y requirieron asistencia en muy pocos casos. Cuando el VIH o la serodiscordancia aparecieron, esto cambió de manera relevante, haciéndoles ver su condición vulnerable a los padecimientos. Me parece que en las mujeres estuvieron más presentes nociones de cuidado, pues asistieron de manera regular al médico, incluso antes de saber la diferencia en el estado serológico en sus vínculos. Una vez que se estableció la relación de pareja y el proceso de incorporación de la serodiscordancia, estas dinámicas de cuidado siguieron hacia ellas y se extendieron hacia sus esposos.

En contraste con lo que la biomedicina plantea, el control del VIH/sida y el manejo del riesgo en la serodiscordancia no son lineales. Las implicaciones socioculturales de las personas juegan un papel importante en las decisiones del uso del condón, de adherirse a los fármacos y de asimilar el diagnóstico. Incorporar la información científica en muchos casos fue complicado, pues traducirla a la vida cotidiana no resultó del todo factible. Aunque la palabra del personal médico se convierte en un mandato para las/os afectadas/os, ha sido difícil fusionar las recomendaciones que escuchan en las consultas con sus prácticas de la vida cotidiana. Incluso prestadoras/es de servicios de salud que entrevisté reconocieron que la práctica biomédica a veces es limitada, pues saben que las personas necesitan también otro tipo de atención para darle sentido al padecimiento y a la serodiscordancia.

La relación corporal de las/os interlocutoras/es con los antirretrovirales fue uno de los elementos más problemáticos en la vivencia de la serodiscordancia y



del VIH. A quienes viven con el virus, la idea de tomar píldoras a diario por el resto de sus vidas, les ha parecido difícil de asimilar. En algunos casos porque seguir una rutina requiere no solo disciplina, sino también la asimilación del padecimiento que se hace presente al momento de ingerir las pastillas. En otros, generó preocupación pensar en las posibles complicaciones que se pudieran experimentar por la alta toxicidad de algunos medicamentos, lo que incide en la adherencia al tratamiento. Además, la ingesta de estos fármacos se puede volver más complicada cuando se consumen otros medicamentos que provocan interferencias o se padecen otras enfermedades.

Es importante señalar que en el biocapitalismo contemporáneo, la toma de los antirretrovirales se vuelve aún más compleja si pensamos que la responsabilidad del cuidado en el VIH/sida reside en los sujetos: de ellas/os depende que estén bien, siempre y cuando se adhieran al tratamiento antirretroviral. Esta manera de gubernamentalidad biopolítica contemporánea recurre a retóricas neoliberales ligadas a la razón que supuestamente forma parte de los ciudadanos, elementos de comprensión del sujeto meramente individualistas.

Esta fase de normalización del padecimiento tiene repercusiones para las personas seronegativas que establecen vínculos erótico-afectivos serodiscordantes. La incompreensión de muchas/os de las/os entrevistadas/os sobre los efectos de los fármacos y el miedo relacionado con su ingesta, se hicieron presentes mediante conflictos o incertidumbre por no saber cómo afrontar algunos de los efectos secundarios y colaterales en sus compañeras/os.

En otros casos, las manifestaciones corporales de las/os interlocutoras/es nos dejaron ver cómo la ritualización contemporánea de la biomedicina que intenta controlar el riesgo puede contribuir a que experimenten mucha ansiedad y angustia. Algunos casos dieron cuenta de cómo las prácticas sexuales pueden ser fuente de temor y de preocupación para muchas personas. El VIH/sida es un fantasma que asusta a las personas involucradas en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes: en quienes viven con el virus aparece de manera repentina con los fármacos, con otros padecimientos o cuando se intenta iniciar procesos de

emparejamiento. En quienes no viven con el virus, aparece cuando viven algunas de las dinámicas biomédicas, como la de asistir a consultas en los servicios de salud, en algunas prácticas sexuales y/o cuando las pruebas de detección y/o conteo de carga viral y cd4 indican que algo está fallando.

Respecto al segundo horizonte normativo que se tornó relevante para la serodiscordancia, vale la pena indicar que la heterosexualidad, no como práctica, sino como institución normalizadora e ideológica, repercute en las vivencias sexuales y en los cuerpos mediante algunas investiduras afectivas impuestas mediante complejas relaciones de poder. Analizar la diferencia en el estado serológico desde las implicaciones del régimen político-discursivo de la heterosexualidad me permitió ver cómo las personas implicadas en este tipo de vínculos reciben, replican y resignifican los mandatos de roles binarios de género que se imponen de manera violenta en sus cuerpos y prácticas.

Hay una relación directa entre precariedad y normas de género, pues quien no viva los mandatos hegemónicos sobre lo femenino y lo masculino de manera inteligible, padecerá los estragos de no adecuarse a la norma (Butler, 2009: 323-326). Recibir la noticia de vivir con VIH genera una relación corporal con el estigma que produce daños psíquicos (Butler, 2001) o heridas corporales (Ahmed, 2014: 147). Pude identificar algunos efectos de la imposición del esquema dominante de género, que mediante actos performativos –de habla y corporales– intentó preservar la heterosexualidad como ideal regulativo, y que en la serodiscordancia sus efectos se hicieron presentes a partir de tres dimensiones que produjeron a los cuerpos como abyectos:

a) La segregación por orientación sexual y roles de género

Con esta investigación pudimos observar cómo el proceso de exclusión de la *abyectificación* es altamente emocional, pues algunos cuerpos y prácticas recibieron valoraciones que transitaban entre lo bueno y lo malo, lo sano y lo enfermo, generando respuestas relacionadas con la repugnancia hacia quienes no se adhieren del todo a la [hetero]norma (Figari, 2009: 133).

Adquirir el virus para algunas/os interlocutoras/es representó un cambio corporal y una marca de “falla” por no adherirse a los mandatos del régimen

político-discursivo de la heterosexualidad por sus prácticas; en algunos casos por afiliarse al homoerotismo, y en otros porque adquirir el VIH se convirtió en un signo de ser mujeres que han realizado algo mal.

En muchos varones entrevistados, por ejemplo, el personal médico y/o la familia se encargó de ubicarlos en condiciones de vulnerabilidad respecto al VIH por el tipo de prácticas homo-erótico-afectivas que llevan a cabo. Recordemos que desde sus inicios, el padecimiento ha hecho estragos severos en ellos, lo cual no sucedió del todo con quienes se asumen como heterosexuales, pues la pandemia fue entendida por algunos sectores conservadores como el “castigo divino” enviado a estos varones. Incluso muchas interlocutoras relacionaron de manera significativa el padecimiento con el homoerotismo, lo cual revela la configuración del riesgo al padecimiento y su relación con grupos estigmatizados.

Cuando el VIH/sida apareció en las mujeres, además de generar sorpresa –porque ellas nunca pensaron que un virus como este pudiera formar parte de sus vidas–, también apareció un impacto en los roles de la feminidad que deben seguir, sobre todo los relacionados con la maternidad, la cual se vio amenazada por el padecimiento, lo que representó, para algunas, una clausura de su cuerpo.

Para los varones que se asumen como heterosexuales, las complejidades relacionadas con los mandatos del régimen político-discursivo de la heterosexualidad no fueron menores. A algunos les costó trabajo recibir el diagnóstico, pues el personal médico no relacionó al VIH con prácticas hetero-erótico-afectivas. Además, vivieron un impacto en sus expresiones de hombría, pues al contraer el virus, se puso en duda –incluso por parte de sus compañeras–, su heterosexualidad.

Además, en muchas/os interlocutoras/es fue posible observar muestras de trans y homofobia. Se hizo evidente cómo “la heteronormatividad afecta las superficies corporales que emergen a través de las impresiones que realizan otras personas” (Ahmed, 2014: 145), la cual opera mediante la vigilancia de la heteronorma interiorizada, para así preservar roles binarios rígidos de género, propios de “mujeres” y de “hombres”, limitando la fluidez del deseo sexual.

b) La invisibilización de las mujeres

Es necesario reconocer que el régimen político-discursivo de la heterosexualidad repercute en la invisibilización de las mujeres en la pandemia. El VIH/sida fue en algún momento percibido por ellas como algo ajeno, y tanto las políticas del estado como las prácticas de la *ciudadanía biológica* (Rose y Novas, 2005) de algunos activistas también las dejaron fuera del panorama de la lucha política.

Al mismo tiempo, es posible apreciar en esta investigación cómo algunas mujeres aprovecharon esta invisibilización para ocultar el estigma propio del VIH/sida y, en menor intensidad, el de la serodiscordancia, marginándose un poco de algunos efectos sociales que conlleva la *abjectificación* del padecimiento.

Además, algunas tuvieron que lidiar con marcas propias de la feminidad que se relacionan sobre todo con tramas del amor romántico, pues, para muchas personas, el hecho de que existan mujeres que viven con VIH se relaciona con una supuesta promiscuidad, con el gusto por las prácticas sexuales y demás atributos propios de las “malas” mujeres.

Si las mujeres en prácticas hetero-erótico-afectivas no figuraron del todo en el panorama social del VIH/sida, las involucradas en prácticas lésbico-erótico-afectivas quedaron todavía más invisibilizadas. En muchos testimonios, fueron representadas como personas libres del riesgo de adquirir el virus porque supuestamente no mantienen prácticas penetrativas. La falta de pene en sus prácticas sexuales las oculta en la pandemia. Reconozco que es necesario realizar más investigaciones sobre ellas.

Al mismo tiempo, debo apuntar el logro teórico y metodológico que significó incluir testimonios de mujeres en esta investigación. Como es posible observar a lo largo de los capítulos previos, hay una configuración diferenciada de la vulnerabilidad al VIH y a la serodiscordancia a partir de la clase social, pero también del género. Fue muy revelador para mí cómo las mujeres que forman parte de esta tesis vienen de contextos precarios y cómo su trayectoria con el virus se relacionó con la posibilidad de sobrevivir. Caso contrario al de algunos varones –sobre todo en vínculos homo-erótico-afectivos–, que cuando tuvieron contacto con el virus, se preocuparon por los cambios corporales que

experimentarían. Sin duda, esta comparación resultó muy fructífera y da luz sobre el papel del género en procesos de precarización.

- c) El significado del diagnóstico reactivo a VIH como muestra de ruptura de acuerdos al interior del vínculo

El VIH/sida y el descubrimiento personal de la serodiscordancia dan cuenta de relaciones corporales con el régimen político-discursivo de la heterosexualidad, cuando en muchos casos, recibir el diagnóstico causó fuertes estragos en la convivencia asociados con rupturas en los acuerdos de monogamia.

En otros casos, los roles de género se hicieron más visibles, pues el virus traicionó en algunos varones la posibilidad de que hubieran sostenido prácticas homoeróticas o con personas trans; o se volvió, en menor medida, una muestra de hombría que reflejó que algunos sujetos sostenían “muchas” prácticas sexuales. En algunos casos de mujeres, el virus representó un efecto del amor, porque se adquirió con la persona que forma/formaba un vínculo erótico-afectivo.

Estos roles de género se relacionaron con diversas sensaciones corporales, pues el cuerpo siente el diagnóstico y es impactado a partir de investiduras emocionales, como la pérdida de confianza, la incertidumbre y el miedo que repercutieron en las/os interlocutoras/es. Además del relacionamiento con horizontes normativos, la serodiscordancia da cuenta de otros elementos que a continuación desarrollo.

## 2. El VIH/sida, lo femenino y lo masculino

Desde que los primeros diagnósticos aparecieron en la década de 1980, el VIH/sida ha sido una pandemia llena de significaciones estigmatizantes impuestas sobre los cuerpos afectados. Después de que fueron los varones con prácticas homoeróticas quienes por algunos años resintieron los estragos del estigma, algunas autoras han señalado la “feminización de la pandemia” (Herrera, 2000; ONUSIDA, 2000; Persson y Richards, 2008; Herrera, Campero, Caballero, *et al.*, 2009) para resaltar cómo en nuestros días esta se ha extendido hacia muchas mujeres, intensificando sus lugares de subordinación.

Sin embargo, aludiendo a las mallas de significación que han acompañado al VIH/sida desde su surgimiento, propongo que este padecimiento ha estado *feminizado* desde el inicio. Tal *feminización*, desde mi perspectiva, no alude al aumento de casos de mujeres, sino a los atributos asignados a los cuerpos que viven con el virus. La pandemia es *femenina*, pues se localiza en cuerpos penetrables; la noción de riesgo se implanta en varones con prácticas homoeróticas, sobre todo en quienes son penetrados y, como se puede corroborar con esta investigación, los cuerpos de las mujeres de clase socioeconómica baja son los que padecen de manera más drástica los estragos de la *feminización* de esta enfermedad.

Estela Serret ha analizado cómo la configuración simbólica del género en muchas sociedades occidentales parte de significaciones que se traducen en jerarquizaciones binarias, donde “lo masculino funciona como categoría central y lo femenino como categoría límite” (2011: 78). Dado que “el cuerpo está saturado de procesos de significación” (Moreno, 2011: 123), la serodiscordancia y el VIH/sida dan luz sobre cómo operan estos procesos de significación en donde la feminidad es vista como atributo común en muchos cuerpos que los padecen. Las mujeres y varones a las/os que les ha sido asignado este atributo de *lo femenino* encarnan, como pudimos apreciar a lo largo de esta investigación, procesos de precarización y de ininteligibilidad.

Vale la pena hacer notar que al ser estos cuerpos *femeninos o feminizados*, se han investido como especialmente proclives a las emociones. Muchas/os de las/os interlocutoras/es afectadas/os por el VIH/sida y la serodiscordancia en esta investigación plantearon de manera constante cómo sintieron, y en muchas ocasiones les hicieron sentir, que los cambios que experimentaron por el padecimiento y la serodiscordancia les ubicaban en condiciones altamente emocionales, haciéndoles al mismo tiempo vulnerables y expuestas/os ante las/os demás por esta nueva vivencia.

Reconocer esta dimensión simbólica en la *feminización* de la pandemia no debe hacernos olvidar que hay otros elementos que complejizan todavía más la experiencia del VIH/sida y de la serodiscordancia. Aunque intenté plasmar una

postura feminista-interseccional en esta investigación, que visualice cómo la dominación se da en términos de significaciones relacionadas con el género, pero también con otras dimensiones socioculturales, reconozco que no pude explorar del todo cómo inciden otras variables y solo rescaté el papel de la clase social. Para el feminismo de la interseccionalidad ha sido un problema operativizar esta perspectiva y decidir a qué dimensión darle mayor prioridad, así como tejer puentes analíticos que reflejen de manera profunda las complejidades que cada persona experimenta (cfr. Puar, 2011; Viveros, 2016).

Retomar a la clase social como categoría de análisis permitió ver cómo un nivel socioeconómico alto puede contribuir a una asimilación más fácil del padecimiento. Las condiciones materiales de existencia generan alternativas para resignificar la serodiscordancia y, en unión a las significaciones en torno al género, hacen visibles experiencias múltiples. Todas las mujeres afectadas por el padecimiento que participaron en esta investigación, independientemente de que sean seropositivas o seronegativas, viven en condiciones de pobreza. Todas fungieron como cuidadoras de sus compañeros sentimentales y, en su caso, de las/os hijas/os y/o nietas/os. En contraste con sus maridos que, aunque también viven en condiciones de pobreza, tienen más oportunidades que sus esposas, como las que se derivan de trabajar, de contar con ingresos económicos propios o de la libertad que significa salir a divertirse.

Por su parte, los varones en vínculos homo-erótico-afectivos viven condiciones materiales distintas. Aunque algunos también provienen de contextos de pobreza, la mayoría se afilió al discurso *gay* y a las ventajas de no tener descendencia y de que ambos integrantes de la pareja contribuyan con ingresos económicos. Esto se tradujo en opciones de mayor agencia y capacidad de decisión sobre las dinámicas del vínculo y el manejo de la serodiscordancia. En los interlocutores con mayor nivel adquisitivo, esta diferencia fue notable, pues aunque para algunos fue difícil involucrarse con otras personas en condición de serodiscordancia, tuvieron más oportunidades para decidir dónde atenderse y para asimilar el estado serológico distinto.

En todos los casos, el miedo circuló por estos cuerpos y se convirtió en una investidura afectiva relevante cuando alguien les recordó o ellas/os mismas/os experimentaron que son vulnerables a adquirir padecimientos, por lo que las personas entrevistadas aplicaron medidas para disminuir la sensación de vulnerabilidad: el VIH no se irá de sus cuerpos, por lo que es necesario implementar una serie de estrategias que les permitiera incorporar tal condición vulnerable y sentirse mejor.

Es necesario destacar también cómo la serodiscordancia y el VIH/sida nos permiten resaltar el papel de la interacción y la significación mediante el análisis del miedo, pues lo contagioso no es físico, también es moral. La condición de abyecta/o desplegó en muchas/os interlocutoras/es experiencias que dejan ver la calidad moral del padecimiento. El padecimiento pues, no solo presenta rasgos etiológicos, también hay una escala social que es relevante: la diferencia en el estado serológico mostró cómo esta emoción rondó en los cuerpos y cómo las significaciones asociadas a la misma se vincularon con complejas relaciones de poder en que vivir con este virus significó también una pérdida de estatus o de prestigio.

Asimismo, vale la pena resaltar que hay una relación compleja y muy interesante entre “suciedad”, “peligro” y “contaminación” con el deseo: los casos de serodiscordancia aquí analizados mostraron cómo la sexualidad, al estar atravesada por estas significaciones, permitió vivencias significativas para las personas en las que la intimidad estuvo marcada por estas características. El temor generó angustia, pero también fue estimulante en las prácticas sexuales de algunas personas. El miedo y el riesgo también son eróticos; al ser amada/o por la/el *otra/o*, con quien forman un vínculo erótico-afectivo, la angustia y la incertidumbre también tuvieron tintes eróticos: en muchos casos, incluso, pensar en la seroconversión significó una fuente de atracción sexual.

Es importante destacar las respuestas afectivas en las que participaron las/os interlocutoras/es para resignificar la serodiscordancia, pues aunque la vulnerabilidad al padecimiento se encuentra estratificada en las personas a partir del género, la edad y la clase social, también vale la pena reconocer que el



relacionamiento corporal con las normas y su imposición violenta en los cuerpos generan estrategias de resignificación afectiva.

Incluso fue posible localizar rastros de resignificación de elementos sumamente opresores –como el amor– en muchas personas, sobre todo en las mujeres. La energía emocional derivada de las cadenas de los rituales de interacción, (Collins, 2009) y sobre todo la ritualización de las prácticas corporales de la vida cotidiana (Bell, 2009) a lo largo del proceso de asimilación de la serodiscordancia, dan cuenta de cómo estos cambios en la significación de la diferencia en el estado serológico y del padecimiento son posibles mediante conexiones afectivas de las que han formado parte las/os interlocutoras/es.

### 3. Estrategia metodológica y analítica, y temas pendientes

La etnografía que desarrollé en esta investigación, entendida como una estrategia metodológica feminista-*queer*, me permitió entablar encuentros con personas a partir del cuerpo y las emociones, así como reconocer en las/os otras/os elementos significativos para (re)construir experiencias sobre la serodiscordancia. La situacionalidad de la co-producción de los saberes etnográficos fue crucial para enfatizar las sensaciones involucradas en las narrativas serodiscordantes, a partir de las afectaciones en el campo de investigación.

Ubicarme como un sujeto más del relato etnográfico, a partir de mis marcas corporales de clase social, *racialización* y de género, contribuyeron a propiciar encuentros *otros* metodológicos, donde pretendí reducir un poco la violencia y la colonización que en muchas ocasiones se ejercen desde la metodología cualitativa.

Buscar acercamientos desde esta posición me permitió conocer personas que forman parte de vínculos erótico-afectivos serodiscordantes y seguirlas en muchas de sus actividades de la vida cotidiana. Este fue un logro que vale la pena mencionar, pues los estragos de la *abyectificación* contribuyen a que el VIH/sida y la serodiscordancia sean temas que no se hablan de manera frecuente. Considero que adentrarme en la Clínica Especializada Condesa me ayudó a comprender,

desde el espacio médico, cómo se viven procesos serodiscordantes, y a experimentar *in situ* algunas afectaciones de la biomedicina para estas personas.

Utilizar la “teoría fundamentada” como estrategia de codificación de datos cualitativos me sirvió para acomodar la información que recopilé y reconstruir mi perspectiva cualitativa sobre los procesos serodiscordantes. Concentrarme en la creación de categorías y buscar elementos conceptuales mediante la saturación del lenguaje facilitó el proceso de análisis y me permitió reflexionar acerca de algunos conceptos relevantes para esta investigación.

Acomodar la información cualitativa para generar categorías analíticas me sirvió para encontrar temas emergentes de la investigación que no tenía presentes al inicio y que fueron relevantes para las/os interlocutoras/es, tales como el valor que le asignaron a prácticas ritualizadas relacionadas con la religión y la espiritualidad. Considero que la “teoría fundamentada” puede servir todavía como una estrategia analítica importante para la sociología y que es posible eliminar el sesgo positivista y objetivista de sus creadores, incluyendo perspectivas conceptuales más interpretativas y críticas, como las feministas.

Como cualquier investigación, esta da pauta a otras temáticas que deben ser abordadas. Teóricamente hablando, por ejemplo, me parece importante profundizar más sobre cómo puede ser aplicada una postura interseccional en el estudio de realidades socioculturales específicas. Las ventajas y los límites de los feminismos de la interseccionalidad como posturas teóricas, metodológicas y políticas deben ser un tema a retomar en otros trabajos.

Asimismo, me parece que los debates sobre el biopoder, la biopolítica y la gubernamentalidad deben ser temas a abordar en el futuro próximo. En nuestros días, la biomedicalización toma fuerza de manera acelerada y muchos de los procesos sociales que experimentamos están atravesados por los intereses de las tecnologías de la biomedicina. Nociones de cuidado, control y reducción del riesgo se hacen presentes desde parámetros biomédicos en la actualidad en casi cualquier tema que podamos imaginar; aunque en esta investigación me enfoqué en las problemáticas relacionadas con la ingesta de antirretrovirales y pruebas de conteo de cd4 y carga viral, estas dinámicas se hacen extensivas a otros

padecimientos. Queda pendiente también analizar otros elementos que forman parte del micro cosmos social de la práctica médica, tales como la construcción del temor hacia el personal médico por parte de las/os pacientes, y del otro lado, cómo se ve desde la mirada de las/os médicas/os su quehacer profesional en un contexto de un sistema de salud que atraviesa por una crisis severa. Profundizar en las implicaciones sociológicas y culturales del biopoder contemporáneo se hace una tarea necesaria para los feminismos.

La sexualidad, tema central de esta investigación, debe seguir siendo investigada. Aunque la clase social complejiza los mandatos de género, es necesario profundizar en otras variables que atraviesan los procesos de subordinación, tales como la vivencia de la *racialización*, la edad, el contexto cultural y el nivel educativo para comprender cómo operan, además del político-discursivo de la heterosexualidad, otros regímenes que regulan las prácticas corporales y sexuales en nuestros días, desde complejas relaciones de poder y la violencia.

El VIH/sida, desde sus implicaciones socioculturales, es un tópico que requiere más investigaciones. Aunque pareciera sumamente acotado y especializado, hemos visto con esta investigación que abordarlo da pauta para entender procesos más amplios que se relacionan con el control del riesgo y el uso de tecnologías en la vida cotidiana. La ciencia, sus avatares y transformaciones en los cuerpos, deben ser temas cruciales para la sociología y las teorías feministas.

La serodiscordancia puede ser vista como el pretexto para conocer cómo todas las personas –y no solo las seropositivas y las que se relacionan con ellas– vivimos bajo horizontes normativos. Es necesario hacer investigaciones fuera de la Ciudad de México que den otras perspectivas sobre este tipo de relacionamientos. Otras experiencias que no sean las urbanas también deben ser abordadas. Asimismo, es necesario seguir investigando cómo se configura la afectividad en nuestras sociedades y cómo se viven el compañerismo, las prácticas sexuales y los procesos de enamoramiento, para comprender cuáles son las riquezas y dificultades propias de las vinculaciones afectivas contemporáneas.

#### 4. Emociones y afectos

Me gustaría resaltar el valor de las pasiones, las emociones y otras experiencias de la vivencia afectiva de las personas entrevistadas, pues es crucial entender cómo se vive desde el cuerpo los procesos de sujeción. Las sensaciones corporales fueron cruciales para esta investigación; enfocarme en ellas me permitió ver cómo las investiduras afectivas de la biomedicina, del régimen político-discursivo de la heterosexualidad y de las personas que participaron en esta investigación, dan cuenta de complejidades relacionadas con el género que se tornan cruciales en la vivencia de la serodiscordancia. El miedo de estos cuerpos abyectos a adquirir el virus, a transmitirlo, así como a vivencias de ininteligibilidad; o la experiencia del amor como imposición, dominación y hasta como vinculación solidaria y de compañía, otorgaron elementos en los que podemos ver significaciones que transitaron desde la segregación hasta el disfrute.

Al mismo tiempo, el análisis de las emociones da cuenta de la dimensión afectiva de la vulnerabilidad que es rastreable en el cuerpo de manera más próxima. Además de ser entendidas las emociones desde sus investiduras, tomar en cuenta la movilidad que propician entre los cuerpos sirvió para comprender cómo las prácticas corporales y las ritualizaciones de la vida cotidiana son fundamentales en la serodiscordancia. El miedo, el amor y la abyección fueron los motores de los cuerpos de las/os interlocutoras/es para la búsqueda de asimilación del padecimiento y de la diferencia del estado serológico.

El análisis de las emociones en esta investigación sirvió, pues, como asevera Sara Ahmed, “para mostrarnos por qué las transformaciones son tan difíciles (nos quedamos investidas en aquello que criticamos), pero también cómo es posible que (nuestros investimentos se muevan con nosotras a medida que nos movilizamos)” (2014: 172).

Analizar las emociones sirvió para comprender la ritualización de las prácticas corporales de la cotidianidad. Pensar en cómo la vida ritual se gesta en medio de complejas relaciones de poder nos permitió ver el papel de los rituales desde distintas vertientes, tales como la disciplina a la que los cuerpos están

sometidos (Foucault, 2009), las estrategias que pueden poner en acto las personas para dar sentido a sus experiencias (Bell, 2009), la construcción de situaciones sociales altamente afectivas mediante la interacción (Collins, 2009), la resignificación de normas mediante la repetición y la iterabilidad de las prácticas (Derrida, 1998), donde sobresale el quiasmo entre el lenguaje y el cuerpo (Butler, 1998, 2001, 2004, 2007, 2008) desde lugares de la piel que a veces exceden el discurso, pues las prácticas también constituyen al cuerpo.

La configuración de los cuerpos, entonces, en tanto relacionales, performativos, emocionales y ritualizados ha sido la pauta para entender algunos elementos de las vivencias de la serodiscordancia desde la sensibilidad, la reproducción y la resistencia. Cierro esta investigación con más preguntas que respuestas sobre la existencia corporal y la vida cotidiana.

## **ANEXO I**

### **Cuadros con datos de las/os informantes y notas metodológicas**

Cuadro 4. Algunas características de las/os interlocutoras/es y datos metodológicos (elaboración propia)

Pseudónimo	Sexo	Edad	Último grado de estudios	Ocupación	Orientación sexual	Estado civil	Personas con las que vive	Tiempo en el vínculo	Tiempo de diagnóstico VIH	Carga viral	Cd4	Fecha, lugar y número de entrevistas
Isaac	H	22	Bachillerato	Estudiante	Homosexual	Soltero	Padres	3 años	2 años	Indetectable	350	Agosto-diciembre 2014 cafetería (3), hospital (2)
Josué	H	32	Licenciatura	Empleado	Homosexual	Soltero	Solo		Seronegativo	-	-	-
Ramiro	H	23	Licenciatura	Empleado	Homosexual	Soltero	Padres	1 año	1 año y medio	Indetectable	450	Agosto-diciembre 2014 cafetería (1)
Esteban	H	23	Licenciatura	Empleado	Homosexual	Soltero	Padres		Seronegativo	-	-	-
Josefina	M	51	Secundaria	Trabajo doméstico	Heterosexual	Casada	Algunas hijas y nietas/os,	30 años	Seronegativa	-	-	Todas fueron en su casa durante agosto-diciembre 2014. Josefina (2). Óscar (2). Ambos (1)
Óscar	H	51	Secundaria	Desempleado	Heterosexual	Casado			8 años	80	270	
Edgar	H	31	Posgrado	Empleado	Homosexual	Unión libre	Pareja	9 años	5 meses	Indetectable	750	Octubre-diciembre 2014. Restaurante (1)
Bernardo	H	31	Posgrado	Empleado	Homosexual	Unión libre			Seronegativo	-	-	-
Germán	H	28	Licenciatura	Empleado A. C.	Homosexual	Soltero	Primo	2 años	4 años	Indetectable	600	Enero 2015, parque (1). Ambos, restaurante (1)
Héctor	H	25	Preparatoria	Estudiante	Homosexual	Soltero	Padres		Seronegativo	-	-	-
Virginia	M	34	Preparatoria	Empleada	Heterosexual	Soltera	Hija	-	10 años	Indetectable	650	Febrero 2015, calle (2)
Diana	M	30	Secundaria	Hogar	Heterosexual	Casada	Pareja, familiares	6 meses	Seronegativa	-	-	Marzo 2015, Clínica Condesa con ambos (1)
Juan	H	33	Secundaria	Panadería	Heterosexual	Casado			1 año	No sabe		
Luis	H	24	Secundaria	Empleado	Homosexual	Soltero	Padres	8 meses	Entrevista	No sabe		Abril 2015, Clínica Condesa con ambos (1)
Martín	H	23	Secundaria	Tienda	Homosexual	Soltero	Padres		Seronegativo	-	-	
Inés	M	39	Primaria	Hogar	Heterosexual	Casada	Pareja e hijos	22 años	6 meses	Indetectable	100	Abril 2015, Clínica Condesa con ambos (2)
Aldo	H	42	Secundaria	Empleado	Heterosexual	Casado			Seronegativo	-	-	
Adriana	M	28	Licenciatura	Empleada	Heterosexual	Soltera	Padres	1 año	Seronegativa	-	-	Mayo 2015, Clínica Condesa con ambos (1)
Alberto	H	30	Licenciatura	Profesor	Heterosexual	Soltero	Padres		4 años	Indetectable	500	
Gabriela	M	26	Primaria	Trabajo doméstico	Heterosexual	Unión libre	Esposo	7 años	2 años	Indetectable	700	Junio 2015, Clínica Condesa (2)
Mauricio	H	24	Preparatoria	Estudiante	Homosexual	Soltero	Padres	7 meses	2 años	Indetectable	500	Julio 2015, Clínica Condesa con ambos (1)
Alejandro	H	26	Preparatoria	Empleado	Homosexual	Soltero	Tía		Seronegativo	-	-	

Cuadro 5. Algunas características de las/os prestadoras/es de servicios de salud y datos metodológicos

<i>Interlocutor/a</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Último grado de estudios</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Orientación sexual</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Personas con las que vive</i>	<i>Tiempo trabajando en la Clínica</i>	<i>Tiempo de diagnóstico VIH</i>	<i>Fecha, lugar y número de entrevistas</i>
Asesor par 1	H	26	Preparatoria	Estudiante, Asesor par	Homosexual	Soltero	Primos	2 años	4 años	Julio 2015 Clínica Condesa (2)
Asesor par 2	H	27	Licenciatura	Estudiante, Asesor par	Homosexual	Soltero	Hermano	3 años	Seronegativo	Julio 2015 Clínica Condesa (2)
Asesor par 3	H	25	Preparatoria	Estudiante, Asesor par	Homosexual	Soltero	Amigo	2 años	3 años	Julio 2015 Clínica Condesa (1)
Asesor par 4	H	42	Preparatoria	Asesor par, Empleado Clínica	Homosexual	Soltero	Amigo	5 años	27 años	Julio 2015 Clínica Condesa (1) calle (1)
Ginecólogo	H	40	Posgrado	Investigador médico, ginecólogo	-	Soltero	-	Más de 5 años	-	Junio 2015 Clínica Condesa (1)
Consejera, programa parejas serodiscordantes hetero	M	31	Licenciatura	Consejera Clínica Condesa	Heterosexual	Soltera	Familia	1 año, dos meses	Seronegativa	Junio 2015 Clínica Condesa (1)
Consejero, programa parejas serodiscordantes homo	H	37	Licenciatura	Estudiante, Consejero Clínica	Homosexual	Soltero	Solo	6 años	Seronegativo	Mayo 2015 Clínica Condesa (1)

\*Elaboración propia





## **ANEXO II**

### **Guías de entrevista**



**Doctorado en Ciencias Políticas y Sociales, campo disciplinario Sociología.**

**Guía de entrevista de la tesis: Construcción sociocultural de vínculos hetero y homo erótico-afectivos serodiscordantes de la ciudad de México/ Cuerpo, afectividad y emociones**

**Presentación:** La siguiente entrevista tiene como fin comprender la vivencia de la serodiscordancia en vínculos hetero y homo. La información que se recabe formará parte de esta investigación y será utilizada de manera anónima, confidencial y con fines académicos; se necesitará audiograbar para facilitar la posterior transcripción.

\*Dirigida a las/os dos interlocutoras/es.

**A) Perfil sociodemográfico.**

1. ¿Cuántos años tiene cada una/o?
2. ¿Dónde nacieron?
3. ¿Cuál es su último grado de estudios?
4. ¿A qué se dedican?
5. ¿Dónde viven?
6. ¿Con quién viven?
7. ¿Desde cuándo viven allí?
8. ¿Dónde más han vivido?
9. ¿A qué se dedican las personas con las que viven?
10. ¿Conocen [esas personas] su estado serológico?
11. ¿Conoces cuál es tu carga viral más reciente? (para quien vive con VIH)

12. ¿Sabes cuál es tu conteo de células cd4 más reciente? (para quien vive con VIH)
13. ¿Estás bajo tratamiento antirretroviral? (para quien vive con VIH)
14. ¿Desde cuándo? (para quien vive con VIH)
15. ¿Se consideran homosexuales, bisexuales, heterosexuales o alguna otra categoría? ¿Por qué?

**B) Datos generales sobre el vínculo erótico-afectivo actual**

1. ¿Cuánto tiempo llevan como pareja?
2. ¿Cómo se conocieron?
3. ¿Cómo fue el proceso de decidir ser pareja?
4. ¿Cómo dirían que ha sido su relación de pareja?
5. ¿Cómo se informó al otro sobre el estado serológico?
6. ¿Cómo fue enfrentarte al estado serológico del otro?
7. ¿En qué momento de la relación se informó el estado serológico del otro?
8. ¿Qué sintieron cuando supieron que estarían en una relación serodiscordante?
9. ¿Alguna vez ha influido en su vida, de qué manera?
10. ¿Ha cambiado lo que creen acerca del VIH? ¿Por qué?
11. ¿A partir de cuándo cambió?
12. ¿Ahora qué creen del VIH?
13. ¿Y respecto del sida?

**C) Implicaciones de la serodiscordancia en la vida cotidiana del vínculo de pareja y sus modificaciones**

1. ¿Viven juntos?
2. ¿Les gustaría, por qué?
3. Si viven juntos, ¿el VIH/sida forma parte de su dinámica? ¿De qué manera?

4. Para las/os que no viven juntos, ¿cómo es la dinámica de su relación de pareja, cada cuándo se ven, cómo son estos encuentros, cada cuándo, qué implican?
5. ¿Ha sido fácil o difícil vivir en una relación serodiscordante? ¿Por qué?
6. ¿Cuáles son los retos de vivir en una relación serodiscordante en la vida cotidiana?
7. ¿De qué manera influye la toma de medicamentos en la dinámica de la pareja en la vida cotidiana?
8. ¿El que vive con VIH asiste al médico; cada cuándo?
9. ¿Quiénes participan en las visitas al médico y exámenes de laboratorio?
10. ¿Quien vive con VIH ha manifestado enfermedades relacionadas con el VIH?
11. De ser así, ¿qué pasa con el otro, qué hacen?
12. ¿Qué harían si llegara a pasar, cómo se apoyarían?
13. ¿Se ha modificado su dinámica de pareja por el VIH; en qué sentidos; a partir de cuándo; por qué?
14. ¿Les gustaría agregar algo más que no mencionamos en la entrevista o profundizar respecto algún tema?
15. ¿Cómo se vive en una relación serodiscordante?

#### **D) Prácticas sexuales, sentimientos y sus modificaciones**

1. ¿Cómo es su vida sexual en la actualidad?
2. ¿Han existido cambios por el VIH?
3. ¿Cómo se sienten con sus prácticas sexuales?
4. ¿Les gustaría modificar algo?
5. Podrían describir cómo son sus prácticas sexuales regularmente, ¿qué hacen (sexo oral, vaginal, anal, masturbación mutua, *fisting*, otras)?
6. ¿Con qué frecuencia tienen prácticas sexuales?

7. ¿Son pareja abierta o cerrada; influye esto en sus prácticas sexuales, cómo?
8. ¿Utilizan condón en sus prácticas sexuales?
9. ¿Utilizan alguna otra medida preventiva?
10. ¿Dejarían de utilizarlo alguna vez, bajo qué circunstancias?
11. ¿Alguna vez se les ha roto el condón, qué hicieron; si les pasara, qué harían?
12. ¿Influye el VIH en sus prácticas sexuales, de qué manera?
13. ¿Qué sentimientos o emociones surgen en sus prácticas sexuales y cómo se han modificado?

Gracias.



**Doctorado en Ciencias Políticas y Sociales, campo disciplinario Sociología.**

**Guía de entrevista de la tesis: Construcción sociocultural de vínculos hetero y homo erótico-afectivos serodiscordantes de la ciudad de México/ Cuerpo, afectividad y emociones**

**Presentación:** La siguiente entrevista tiene como fin comprender la vivencia de la serodiscordancia en vínculos hetero y homo. La información que se recabe formará parte de esta investigación y será utilizada de manera anónima, confidencial y con fines académicos; se necesitará audiograbar para facilitar la posterior transcripción.

\*Guía individual

**A) Vida con otras parejas**

1. ¿Cuántas? ¿Desde cuándo?
2. ¿Cómo ha sido?

**B) Contacto VIH/sida**

1. ¿Cómo fue el diagnóstico? (para quien vive con VIH)
2. ¿Cómo te enteraste del diagnóstico de tu pareja? (para quien no vive con VIH)
3. ¿Ha cambiado lo que crees acerca del VIH?
4. ¿Cómo? ¿Por qué?
5. ¿A partir de cuándo cambió?
6. ¿Ahora qué crees del VIH y del sida?

**C) Prácticas sexuales**

1. ¿Cómo fue tu vida sexual antes de este vínculo?

2. ¿Cómo inician tus prácticas sexuales en esta relación?
3. ¿Cómo te sientes con tus prácticas sexuales?
4. ¿Te gustaría modificar algo?
5. ¿Cómo son con otras/os? (en caso de que aplique)
6. ¿Cuál es tu práctica sexual preferida?
7. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?
8. ¿Es importante para ti tener prácticas sexuales, por qué?
9. ¿El rol es importante (si aplica) en sus prácticas sexuales, cuál realiza cada quién y por qué?
10. ¿Utilizas condón en sus prácticas sexuales?
11. ¿Influye el VIH en tus prácticas sexuales; de qué manera?
12. ¿Crees que existe algún tipo de riesgo al tener prácticas sexuales, de qué tipo, por qué?

#### **D) Vida cotidiana**

1. ¿Influye el VIH en la dinámica de pareja, de qué manera?
2. ¿Ha sido fácil o difícil vivir en una relación serodiscordante? ¿Por qué?
3. ¿Cuáles son los retos de vivir en una relación serodiscordante en la vida cotidiana?
4. ¿Quiénes participan en las visitas al médico y exámenes de laboratorio?
5. ¿Cómo se cuidan en la vida cotidiana; de qué se cuidan?
6. ¿Te gustaría agregar algo más que no mencionamos en la entrevista o profundizar respecto algún tema?
7. ¿Cómo se vive en una relación serodiscordante?
8. ¿Qué lugar ocupa el VIH y la serodiscordancia en tu vida y en tu vínculo?

Gracias.





**Doctorado en Ciencias Políticas y Sociales, campo disciplinario Sociología.**

**Guía de entrevista de la tesis: Construcción sociocultural de vínculos hetero y homo erótico-afectivos serodiscordantes de la ciudad de México/ Cuerpo, afectividad y emociones**

**Presentación:** La siguiente entrevista tiene como fin comprender el punto de vista de prestadoras/es de servicios de salud respecto a la vivencia de la serodiscordancia en vínculos hetero y homo. La información que se recabe formará parte de esta investigación y será utilizada de manera anónima, confidencial y con fines académicos; se necesitará audiograbar para facilitar la posterior transcripción.

\*Dirigida a las/os prestadoras/os de servicios de salud.

**A) Datos generales.**

1. ¿Cuál es tu edad?
2. ¿Cuál es tu formación académica?
3. ¿Cuál es tu cargo actual?
4. ¿Cuánto tiempo llevas desempeñándolo?
5. ¿Tienes experiencia previa trabajando con temas de VIH/sida?
6. ¿En qué otras instituciones del sector salud has trabajado?

**B) Involucramiento personal y profesional con el padecimiento**

1. ¿Cuáles son las motivaciones personales que te llevan a involucrarte con el padecimiento?
2. ¿Cuándo inicia tu acercamiento con la serodiscordancia?
3. ¿Cuál ha sido tu experiencia con este tipo de parejas?
4. ¿Actualmente cuál es tu relación con este tipo de parejas?

5. ¿Cuál es tu papel en el proyecto de la Clínica Condesa sobre la serodiscordancia?
6. ¿Cuáles son las bases teóricas del programa en el que participas?
7. ¿En qué elementos de la atención médica interfiere tu intervención?
8. ¿Te gustaría agregar algo más?

Gracias.



## **ANEXO III**

### **Carta de consentimiento informado**



**DOCTORADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES,  
CAMPO DISCIPLINARIO SOCIOLOGÍA  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

*Investigación: Vínculos homo y hetero erótico-afectivos serodiscordantes de la Ciudad de México.*

**Investigador: Mtro. César Torres Cruz.**

Es estudiante del Doctorado en Ciencias Políticas y Sociales, campo disciplinario Sociología, de la UNAM y activista de la diversidad sexual. Esta es una investigación sobre la experiencia de la serodiscordancia en parejas *homo* y *hetero sexuales* (donde una persona vive con VIH y la otra no). El objetivo de este estudio es contactar personas que permitan entrevistarlas y comprender su experiencia en su relación de pareja actual. A través de este documento se les informará de qué trata este estudio y cómo se manejará la información obtenida. Se pide que hagan las preguntas necesarias para que estén de acuerdo en participar, al menos, en una entrevista individual y otra con su pareja actual. Este proyecto está bajo la dirección de la Doctora en Ciencias Sociales, Hortensia Moreno Esparza, Investigadora del Programa Universitario de Estudios de Género, (PUEG) de la UNAM.

**¿De qué trata?**

Esta investigación pretende comprender cómo han vivido su relación de pareja serodiscordante en la vida cotidiana y qué emociones han estado presentes durante el proceso.

**¿Qué ganan con participar en este estudio?**

Esta investigación nos permitirá conocer cómo viven las personas una relación serodiscordante; se han realizado muy pocas investigaciones al respecto, por lo que su testimonio es fundamental para que se comprenda la vivencia del padecimiento desde las/os involucradas/os y se contribuya a erradicar el estigma y

discriminación, a través de la información científica. La entrevista será audiograbada si están de acuerdo, podrá ser detenida si lo desean, también esta puede ser suspendida en el momento que indiquen; posteriormente será transcrita y leída únicamente por el investigador principal, **nunca** se utilizarán sus nombres verdaderos ni sus datos personales.

Si tienen más dudas pueden contactar a: César Torres Cruz. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Circuito Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, México D.F., C.P. 04510, México, D.F. tel: 044 55 37 50 93 40, correo electrónico: [cesartorres11@yahoo.com.mx](mailto:cesartorres11@yahoo.com.mx)

**Acuerdo de aceptación voluntaria:**

HE LEÍDO LA INFORMACIÓN SOBRE ESTA INVESTIGACIÓN, HE TENIDO OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y HE DECIDIDO PARTICIPAR EN ESTAS ENTREVISTAS, PUDIENDO CAMBIAR DE OPINIÓN EN EL MOMENTO EN QUE LO DESEE. (SÍ) (NO) ACEPTO QUE SE GRABE LA ENTREVISTA. RECIBO ADEMÁS UNA COPIA DE ESTE ACUERDO.

---

Nombre Firma

Fecha: ---- ---- ----  
Día Mes Año

---

Entrevistador Firma

Fecha: ---- ---- ----  
Día Mes Año



## Referencias bibliográficas

- Adam, Barry D. (2000). "Love and Sex in Constructing Identity Among Men Who Have Sex With Men". *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, 5, 4:325-329.
- Adam, Barry D. (2005). "Cronstructing the Neoliberal Sexual Actor: Responsibility and Care of the Self in the Discourse of Barebackers". *Culture, Health & Sexuality*, 7 (4): 333-346.
- Adams, Tony y Stacy Holman (2011). "Telling Stories: Reflexivity, Queer Theory and Autoethnography". *Cultural Studies <=> Critical Methodologies*, 11 (2): 108-116.
- Agamben, Giorgio (2011). "¿Qué es un dispositivo?". *Sociológica*, 26 (73): 249-264.
- Ahmed, Sara (2004a). *The Cultural Politics of Emotion*. 1<sup>st</sup> edition. Edinburgh: Edinburgh University Press. Routledge.
- Ahmed, Sara (2004b). "Affective economies". *Social Text*, 22 (2): 117-139.
- Ahmed, Sara (2011). "Problematic Proximities: Or Why Critiques of Gay Imperialism Matter". *Feminist Legal Studies*, 19 (2): 119-132.
- Ahmed, Sara (2014). *The Cultural Politics of Emotion*. 2<sup>nd</sup> edition. Edinburgh: Edinburgh University Press. Routledge.
- Ahmed, Sara (2016). "Interview with Judith Butler". *Sexualities*, 0 (0): 1-11.
- Alcoff, Linda (2000). "Phenomenology, post-structuralism and feminist theory on the concept of experience". En *Feminist Phenomenology*, editado por Linda Fisher y Lester Embree, 39-56. Boston/Londres: Kluwer.
- Anderson, Kristin (2007). "Who Gets Out?: Gender as Structure and the Dossolution of Violent Heterosexual Relationships". *Gender & Society*, 21 (2): 173-201.
- Apoola, Ade, Judith TenHof y P S Allan (2001). "Access to infertility investigations and treatment in couples infected with HIV: questionnaire survey". *BMJ Vol 323 1*. bmj.com: 1285.



- Aquino, Alejandra (2015). "Porque si llamas al miedo, el miedo te friega: La ilegalización de los trabajadores migrantes y sus efectos en las subjetividades". *Estudios fronterizos*, 16 (32): 75-98.
- Askew, Kelly (1998). "Ambiguous Discourses: Performative Approaches to Gender and Race". *American Anthropologist*, 100 (4): 1030-1033.
- Atkinson, Paul (2004). "Review: Performing Ethnography and the Ethnography of Performance". *British Journal of Sociology of Education*, 25 (1): 107-114.
- 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.
- Ballard, Kared y Mary Ann Elston (2005). "Medicalisation: A Multi-dimensional Concept". *Social Theory & Health*, 3: 228-241.
- Barad, Karen (1998). "Getting real: Technoscientific Practics and The Materialization of Reality". *Differences. A Journal of Feminist Cultural Studies*, 10 (2): 87-128.
- Bargueiras, Carlos, Silvia García y Carmen Romero. (2005). "Introducción... El eje del mal es heterosexual". En *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer*, editado por Carmen Romero, Silvia García y Carlos Bargueiras, 17-27. Madrid: Traficantes de sueños.
- Bauman, Zygmunt (2003). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, Ulrich (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Becker, Howard (s/a). "Studying Something You Are Part of: The View From the Bandstand". Disponible en: <http://howardsbecker.com/articles/ffbparis.html> [Consultado en septiembre de 2016].
- Becker, Howard (1976). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.

- Beckerman, Nancy (2002). "Couples Coping with Discordant HIV Status". *AIDS patient care and STDs*, 16(2): 55-59.
- Belausteguigoitia, Marisa (2009). "Límites y fronteras: la pedagogía del cruce y la transdisciplina en la obra de Gloria Anzaldúa". *Estudios Feministas*, 17 (3): 755-767.
- Bell, Catherine (2009). *Ritual Theory, Ritual Practice*. New York: Oxford University Press.
- Beltrán, Miguel (2010). "Randall Collins y su 'radical microsociology'". *Revista Española de Sociología*, 13: 117-121.
- Bericat, Eduardo (2012). *Emociones*. Disponible en: <http://www.isa-sociology.org/publ/sociopedia-isa/sociopedia-isa-list-of-published-entries.htm> [Consultado en septiembre de 2013].
- Berlant, Lauren y Michael Warner (1998). "Sex in Public". *Critical Inquiry*, 24: 547–566.
- Bernard, Edwin (2008). *Swiss experts say individuals with undetectable viral load and no STI cannot transmit HIV during sex*. Disponible en: <http://www.aidsmap.com/page/1429357/> [Consultado en diciembre de 2012, enero 2013].
- Bilder, Paula (2011). "VIH-SIDA y parejas serodiscordantes: relaciones sexuales y uso del preservativo desde la perspectiva de los miembros negativos". *Question*, 1(22). Disponible en: [perio.unlp.edu.ar/sistemas/ojs/index.php/question/article/view/777/679](http://perio.unlp.edu.ar/sistemas/ojs/index.php/question/article/view/777/679) [Consultado el 11 de julio de 2011].
- Blackman, Lisa y Couze Venn (2010). "Affect". *Body & Society*, 16 (1) : 7-28.
- Blanco, Darío (2014). "El cuerpo y las afectividades en Colombia: entre el esteticismo y el miedo". En *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Algunas rutas del amor y la experiencia sensible en las ciencias sociales*, coordinado por Adriana García y Olga Sabido, 393-434. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco.
- Blanco, Mercedes (2012). "¿Autobiografía o autoetnografía?". *Desacatos. Revista en Antropología Social*, número 38: 169-178.

- Bourdieu, Pierre (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bradley, Mark, Robert Remien y Curtis Dolezal (2008). "Depression Symptoms and Sexual HIV Risk Behavior Among Serodiscordant Couples". *Psychosomatic Medicine*, 70: 186–191.
- Brickell, Chris (2003). "Performativity or Performance? Clarifications in the Sociology of Gender". *New Zealand Sociology*, 18 (2): 158-178.
- Bujan Louis, Hollander Lital, Coudert Mathieu, *et al.*, (2007). "Safety and efficacy of sperm washing in HIV-1-serodiscordant couples where the male is infected: results from the European CREAThE network". *AIDS*, 21(14): 1909-1914.
- Butler, Judith (1998) "Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista". *Debate Feminista 'público/privado/sexualidad'*, 9 (18): 296-314.
- Butler, Judith (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Butler, Judith (2004). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Butler, Judith (2006a). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Butler, Judith (2006b). *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: 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"*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith (2009). "Performatividad, precariedad y políticas sexuales", *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 4 (3): 321-336.
- Butler, Judith (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Madrid: Paidós ibérica.
- Butler, Judith (2015). "Vulnerabilidad y resistencia revisitadas". Conferencia impartida en la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Calderón, Edith (2012). *La afectividad en antropología: una estructura ausente*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa (UAM-I).

- Canguilhem, Georges (1982). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Cañellas, Soledad, Julio Pérez, Isabel Noguera, Fernando Villaamil, Luisa García, Luis de la Fuente, José Belza y Jesús Castilla (2000). "Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por VIH en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales en la comunidad de Madrid". *Revista Española de Salud Pública*, 74: 25-32.
- Caprara, Andrea y Lucyla Paes (2008). "Etnografía: uso, potencialidades e límites en la pesquisa em saúde". *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (25): 363-376.
- Carrascosa, Sejo y Fefa Vila (2005). "Geografías víricas: hábitats e imágenes de condiciones y resistencias". En *El eje del mal es heterosexual. Figuras, movimientos y prácticas feministas queer*, editado por Carmen Romero, Silvia García y Carlos Bagueiras, 45-59. Madrid: Traficantes de sueños.
- Casique, Irene (2007). "El complejo vínculo entre empoderamiento de la mujer y violencia de género". En *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres*, editado por Roberto Castro e Irene Casique, 231-260. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Castro, Roberto (2011a). "Sociología de la salud en México". *Política y Sociedad*, 48 (2): 295-312.
- Castro, Roberto (2011b). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM).
- Castro, Roberto e Irene Casique (2008). *Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006*. México: Instituto Nacional de las Mujeres INMUJERES. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100925.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100925.pdf) [Consultado en octubre de 2016].

- 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].
- Chan, Shirley, Lupita Thornton, Karen Chronister, *et al.* (2014). "Likely Female-To-Female Sexual Transmission of HIV- Texas, 2012". *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63 (10): 209-212.
- Charmaz, Kathy (2003). "Grounded Theory. Objectivist and Constructivist Methods". En *Strategies of Qualitative Inquiry*, editado por Norman Denzin e Yvonna Lincon, 249-291. California: SAGE Publications.
- Clarke, Adele E. (2003). "Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn". *Symbolic Interaction*, 26 (4): 553-576.
- Clarke, Adele E., y Janet Shim. (2011). "Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, illness and American Medicine". En *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21<sup>st</sup> Century*, editado por Bernice Pescosolido, Jack Martin, Jane McLeod, Anne Rogers. 173-199. Texas: Springer.
- Classen, Constance (1997). "Foundations for an Anthropology of the Senses". *International Social Science Journal*, 49 (153): 401-412.
- Crawford, Robert (2004). "Risk ritual and the management of control and anxiety in medical culture". *health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8 (4): 505-528.
- Collins, Randall (2009). *Cadenas de rituales de interacción*. Barcelona: Antrhopos. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Azcapotzalco;

- Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales; Universidad Nacional de Colombia.
- Collins, Randall (2010). "Respuesta". *Revista Española de Sociología*, 13: 129-132.
- Corbin, Juliet y Anselm Strauss (1996). *Basics of Qualitative Research*. California: SAGE Publications.
- 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 y octubre 2014].
- Corona, Sarah y Olaf Kaltmeier (2012). "Introducción. En diálogo: metodologías horizontales en Ciencias Sociales". En *En diálogo: Metodologías horizontales en Ciencias Sociales y Culturales*, coordinado por Sarah Corona y Olaf Kaltmeier, 11-24. Barcelona: Gedisa editorial.
- 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.
- Davis, Mark (2007). "Identity, Expertise and HIV Risk in a Case Study of Reflexivity and Medical Technologies". *Sociology*, 41 (6): 1003-1019.
- Davis, Mark y Paul Flowers (2011). "Love and HIV serodiscordance in gay men's accounts of life with their regular partners". *Culture, Health & Sexuality*, 13 (7): 737-749.
- de Lauretis, Teresa (2000). "La tecnología del género". En *Diferencias/ Etapas de un camino a través del feminismo*, 33-69. Madrid: Horas y horas.
- Delumeau, Jean (2002). "Miedos de ayer y de hoy". En *El miedo. Reflexiones sobre su dimensión social y cultural*, editado por Marta Villa, 9-21. Medellín: Corporación Región.
- Denzin Norman (2003). *Performance ethnography: critical pedagogy and the politics of culture*. Chicago: University of Illinois.
- Derrida, Jacques (1988). "Signature Event Context". En *Limited Inc*, 1-23. Evanston IL: Northwestern University Press.

- Díaz, Rodrigo (1998). *Archipiélago de rituales. Teorías antropológicas del ritual*, Barcelona: Anthropos. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.
- 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, Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa.
- Díaz, Rodrigo (2012). "La huella del cuerpo: Tecnociencia, máquinas y el cuerpo fragmentado". En *Los archivos del cuerpo: ¿Cómo estudiar el cuerpo?*, coordinado por Rodrigo Parrini, 51-70. México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Díaz, Rodrigo (2014a). "Reseña bibliográfica. Edith Calderón, La afectividad en antropología. Una estructura ausente, México, UAMI/CIESAS, Publicaciones de la casa chata, 2012". *Nueva Antropología*, XXVII, 81: 229-233.
- Díaz, Rodrigo (2014b). *Los lugares de lo político, los desplazamientos del símbolo. Poder y simbolismo en la obra de Victor W. Turner*, México: Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Díaz, Rodrigo (2015). "Danzante en los intersticios. Una conversación con Victor W. Turner". *Diario de campo. Estudios del performance: quiebres e itinerarios*, tercera época: 6-7: 75-78.
- Diez, Jordi (2011). "La trayectoria política del movimiento Lésbico-Gay en México". *Estudios sociológicos*, XXIX (86): 687-712.
- Douglas, Mary (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.
- Dumit, Joseph (2012). *Drugs For Life. How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham: Duke University Press.
- Durkheim, Émile (1991). *Las formas elementales de la vida religiosa*. México: Coyoacán.

- Eaton, Abigail (2007). "Potential risk factors for HIV transmission in heterosexual HIV discordant couples: intimate partner violence, antiretroviral therapies and concurrent sexual partners". Tesis para obtener el grado de doctorado en epidemiología. California: University of California, Berkley.
- Eaton, Lisa, Tessa West and David Kenny (2009). "HIV Transmission Risk among HIV Seroconcordant and Serodiscordant Couples: Dyadic Processes of Partner Selection". *AIDS Behavior*, 13: 185-195.
- "El mundo", periódico. Nota: El jefe de la Iglesia católica belga dice que a veces el sida es 'justicia'. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2010/10/14/internacional/1287079019.html> [Consultado en febrero de 2016].
- Elias, Norbert (1999). *Sociología fundamental*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Elias, Norbert (2009). *El proceso de La civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Emusu, Donath, Nataliya Ivankova, Pauline Jolly *et al.*, (2009). "Experience of sexual violence among women in HIV discordant unions after voluntary HIV counselling and testing: a qualitative critical incident study in Uganda". *AIDS Care*. 21 (11): 1363-1370.
- "En genérico". Nota: Brasil producirá un medicamento genérico contra el sida. Disponible en: <http://www.engenerico.com/medicamento-generico-vih-brasil/> [Consultado en febrero de 2017].
- Epps, Brad (2008). "Retos, riesgos, pautas y promesas de la teoría *queer*". *Revista Iberoamericana*, LXXIV (225): 897-920.
- Esteban, Mari Luz (2008). "El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas". *Anuario de psicología*, 39 (1): 59-73.
- Esteban, Mari Luz (2011). *Crítica del pensamiento amoroso. Temas contemporáneos*. Barcelona: Edicions bellaterra.
- Fabian, Johannes (1983). *Time and the Other. How Anthropology makes its Object*. New York: Colombia University Press.
- Fabian, Johannes (2014). "Ethnography and intersubjectivity". *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 4 (1): 199-209.



- Fassin, Didier (2007). *When bodies remember. Experiences and politics of AIDS in South Africa*. Berkley y Los Angeles: California University Press.
- Felman, Shoshana (2003). *The Scandal of Speaking Body / Don Juan with J. L. Austin, or Seduction in Two Languages*. Stanford: The Stanford University Press.
- Fernández, Teresa (2004). *Violencia contra la mujer en México* (coordinadora). México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Ferrándiz, Francisco (2011). *Etnografías contemporáneas: Anclajes, métodos y claves para el futuro*. Barcelona: Anthopos Editorial; México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.
- Figari, Carlos (2009). "Las emociones de lo abyecto: repugnancia e indignación". En *Cuerpo(s), Subjetividad(es) y Conflicto(s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*, compilado por Carlos Figari y Adrián Scribano, 131-139. Buenos Aires: Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad (CICCUS). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Figari, Carlos (2014). "Fagocitando lo *queer* en el cono sur". En *Resentir lo queer en América Latina. Diálogos desde/con el Sur*, editado por Diego Falconí, Santiago Castellanos y María Amelia Viteri, 63-78. Madrid, Barcelona: Editorial EGALES.
- Flick, Uwe (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Galicia: Ediciones Morata, Fundación Paideia Galiza.
- 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 y 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.
- Fonseca, Claudia (2005). "La Clase y su Recusación Etnográfica". *Etnografías contemporáneas*, 1(1). Disponible en

[http://www.academia.edu/1617643/La\\_clase\\_social\\_y\\_su\\_recusaci%C3%B3n\\_etnogr%C3%A1fica](http://www.academia.edu/1617643/La_clase_social_y_su_recusaci%C3%B3n_etnogr%C3%A1fica) [Consultado en agosto de 2016].

- Foucault, Michel (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets editores.
- Foucault, Michel (1995). “¿Qué es la crítica? [Crítica y Auflärung]”. *Daimon, Revista de Filosofía*, 11: 5-25.
- Foucault, Michel (2001). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2002). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2006). *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2009). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2010). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Foucault, Michel (2011a). *Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2011b). *Historia de la Sexualidad II. El uso de los placeres*. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2012). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Frías, Sonia (2013). “Strategies and Help-Seeking Behavior Among Mexican Women Experiencing Power Violence”. *Violence Against Women*, 19 (1): 24-29.
- Galindo, Jorge (2015). “Erving Goffman y el orden de la interacción”. *Acta Sociológica*, 66: 11-34.
- 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. México: El Colegio de México.

- Gamson, Joshua y Dawne Moon (2004). "The Sociology of Sexualities: Queer and Beyond". *Annual Review of Sociology*, 30: 47-64.
- García Adriana y Olga Sabido (2014). "Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Introducción". En *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Algunas rutas del amor y la experiencia sensible en las ciencias sociales*, coordinado por Adriana García y Olga Sabido, 11-35. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco.
- García Adriana y Priscila Cedillo (2011). "Tras los pasos del amor: un recuento desde las ciencias sociales". *Estudios sociológicos*, XXIX (86): 551-602.
- García, Adriana (2014). "Dibujando los contornos del amor. Cuatro regiones científicas". En *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Algunas rutas del amor y la experiencia sensible en las ciencias sociales*, coordinado por Adriana García y Olga Sabido, 81-129. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco.
- García, Miguel, Magdalena Andrade, Ricardo Maldonado y Claudia Morales (2012). *Memoria de la lucha contra el VIH en México. Los primeros años*. México: CONAPRED. Historiadores de las Ciencias y las Humanidades, A.C.
- Garfinkel, Harold (2006). *Estudios en etnometodología*. Barcelona: Antrhopos. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Geertz, Clifford (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Gergen, Mary y Kip Jones (2008). "Editorial: A Conversation about Performative Social Science". *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 9 (2). Disponible en <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/376/820> [Consultado en septiembre de 2016].
- Giddens, Anthony (2000). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor, y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.

- Glaser, Barney y Anselm Strauss (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. London: New Brunswick; New Jersey: Aldine Transaction.
- Goffman, Erving (1967). *Interaction ritual. Essays on face-to-face behavior*. New York: Pantheon Books.
- Goffman, Erving (1973). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, Erving (1989). *La presentación de la persona de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, Erving (1991). *Los momentos y sus hombres*. Barcelona: Paidós.
- Gorton, Kristyn (2007). "Theorizing emotion and affect. Feminist engagements", *Feminist Theory*, 8 (3): 333-348.
- Gosselin, Jennifer and Mark Sauer (2011). "Life After HIV: Examination of HIV Serodiscordant Couples' Desire to Conceive Through Assisted Reproduction". *AIDS Behavior*, 15:469-478.
- Granados, José Arturo (2014). "Normalización y normatividad de la homosexualidad: Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina". *Salud problema*, 8 (16): 88-102.
- Granados, José Arturo y César Torres (2015). "Medicalización y heteronormatividad de la diversidad sexual. Apuntes para una propuesta analítica desde la Medicina Social". En *Debates y problemas actuales en medicina social*, coordinado por Carolina Tetelboin y José Arturo Granados, 167-189. México: Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco.
- Granados, José Arturo y Guadalupe Delgado (2007). *Salud mental y riesgo de VIH-SIDA en jóvenes homosexuales. Aproximación cualitativa a la experiencia de la homofobia*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco.
- Granados, José Arturo, César Torres y Guadalupe Delgado (2009). "La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/sida". *Salud Pública de México*, 51 (6): 482-487.

- Greco, Mónica y Paul Stenner (2008). *Emotions. A Social Science Reader*. Londres: Routledge.
- Green, Adam Isaiah (2002). "Gay But Not Queer: Toward a Post-Queer Study of Sexuality". *Theory and Society*, 31: 521-545.
- Green, Adam Isaiah (2007). "Queer Theory and Sociology: Locating the Subject and the Self in Sexuality Studies". *Sociological Theory*, 25 (1): 26-45.
- Grimberg, Mabel (2003). "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH". *Cuadernos de Antropología Social*, 17: 79-99.
- Guasch, Óscar (1993). "Para una sociología de la sexualidad". *Reis, Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 64: 105-122.
- Guasch, Óscar y Olga Viñuales (2003). "Introducción. Sociedad, sexualidad y teoría social: la sexualidad en perspectiva sociológica". En *Sexualidades. Diversidad y control social*, editado por Óscar Guasch y Olga Viñuales, 9-21. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Guiney, John, Irene López y Peter Wright (2008). "Editorial: Overview of the Performative Social Science Special Issue". *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 9 (2). Disponible en <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/375/818> [Consultado en septiembre de 2016].
- Gutiérrez, Silvia (2000). "El análisis del discurso político. Reflexiones teóricas y metodológicas". *Revista Versión. Estudios de comunicación y política*, 10: 109-125.
- Guzmán, Adriana y Rodrigo Díaz (2015). "Antropología y performance: algunas intersecciones y rutas de investigación". *Diario de campo. Estudios del performance: quiebres e itinerarios*, tercera época: 6-7: 15-21.
- Halkitis, Perry, Jeffrey Parsons y 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.
- Halkitis, Perry, David Zade, Michael Shrem y Michael Marmor (2004). "Beliefs about HIV non-infection and risky sexual behavior among MSM". *AIDS Education and Prevention*, 16: 448-458.

- Haraway, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Hemmings, Clare (2005). "Invoking affect. Cultural theory and the ontological turn", *Cultural Studies*, 19 (5): 548-567.
- Hernández, Porfirio (2012). "La dimensión performativa de los eventos antisida de la Ciudad de México". *Andamios. Revista de Investigación Social*, 9 (19): 309-335.
- Herrera Cristina, Lourdes Campero, Marta Caballero, *et al.*, (2009). "Cuerpo y sexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias y coincidencias de género en México", *Estudios Sociológicos*, XXVII (79): 147-170.
- Herrera, Coral (2010). *La construcción sociocultural del amor romántico*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Herrera, Cristina. (2000). "Desigualdad de género y vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA en México y Centroamérica". Ponencia presentada en la Sesión XXII Latin American Studies Association.
- Hochschild, Arlie Russell (1979) "Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure", *American Journal of Sociology*, 85(3): 551-575.
- Hochschild, Arlie Rusell (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Buenos Aires: Katz.
- Hollywwod, Amy (2002). "Performativity, Citationality, Ritualization". *History of Religions*, 42 (2): 93-115.
- Howes, David (2014). "El creciente campo de los Estudios Sensoriales". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, (RELACES), 15 (6): 10-26.
- Illouz, Eva (2007). *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Buenos Aires: Katz.
- Illouz, Eva (2009). *El consumo de la utopía romántica. El amor y las contradicciones culturales del capitalismo*. Buenos Aires: Katz.
- 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].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2015). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp> [Consultado en febrero 2017].

Jackson, Stevi (1999). "Feminist Sociology and Sociological Feminism: Recovering the Social in Feminist Thought". *Sociological Research Online*, 4 (3). Disponible en: [www.socresonline.org.uk/4/3/jackson.html](http://www.socresonline.org.uk/4/3/jackson.html) [Consultado en septiembre de 2016].

Jackson, Stevi (2001). "Why a materialist feminism is (still) possible –and necessary–". *Women's Studies International Forum*, 24 (3/4): 283–293.

Jackson, Stevi (2006a). "Heterosexuality, sexuality and gender. Re-thinking the intersections". En *Intersections between Feminist and Queer Theory*, editado por Diane Richardson, Janice McLaughlin y Mark E. Casey, 38-58. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Jackson, Stevi (2006b). "Interchanges: Gender, sexuality and heterosexuality. The complexity (and limits) of heteronormativity". *Feminist Theory*, 7 (1): 105-121.

Jackson, Stevi, (2010). "Love, social change and everyday heterosexuality". En *GEXcel Work in Progress Report, Volume VII. Love in our Time-A Question for Feminism*, editado por Sofia Strid y Anna Jónasdóttir, 99-109. Örebro: Department of Gender Studies Linköping University. Disponible en <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:417832/FULLTEXT02>

[Consultado en agosto de 2016].

- Jagose, Annamarie (1996). *Queer Theory. An Introduction*. New York: New York University Press.
- 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.
- Jónasdóttir, Anna (2011). "¿Qué clase de poder es "el poder del amor"?", *Sociológica*, 26 (74): 247-273.
- Jónasdóttir, Anna (2014). "Los estudios acerca del amor: un renovado campo de interés para el conocimiento". En *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Algunas rutas del amor y la experiencia sensible en las ciencias sociales*, coordinado por Adriana García y Olga Sabido, 39-80. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco.
- Jones, Daniel, Hernán Manzelli y Mario Pecheny (2007). "La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación sobre vida cotidiana con VIH/SIDA y con hepatitis C.". En *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis*, coordinado por Ana Lía Kornblit, 47-77. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Joseph, Isaac (1999). *Erving Goffman y la micro sociología*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Kaltmeier, Olaf (2012). "Hacia la descolonización de las metodologías: reciprocidad, horizontalidad y poder". En *En diálogo. Metodologías horizontales en Ciencias Sociales y Culturales*, coordinado por Sarah Corona y Olaf Kaltmeier, 25-54. Barcelona: Gedisa editorial.
- Keating, AnaLouise (2009). *The Gloria Anzaldúa Reader*. Durham: Durham University Press.
- Kelle, Udo (2005). "¿Hacer "emerger" o "forzar" los datos empíricos? Un problema crucial de la teoría fundamentada reconsiderada". *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 6 (2). Art 27. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/467/1000#gaut> [Consultado em febrero de 2017].



- Kendall, Tamil, Anabel Castillo, Cristina Herrera y Lourdes Campero (2014). "El uso inconsistente del condón en mujeres mexicanas que viven con VIH: un reto para los servicios de salud". *Salud pública de México*, 57 (Suplemento 2): S183-S189.
- Kessler, Suzanne y Wendy McKenna (1978). *Gender: An ethnomethodological approach*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kristeva, Julia (2006). *Poderes de la perversión. Ensayo sobre Louis-Ferdinand Céline*. México: Siglo XXI editores.
- Labanyi, Jo (2010). "Doing things: emotion, affect, and materiality". *Journal of Spanish Cultural Studies*, 11 (3-4): 223-233.
- Lamas, Marta (2000). "Diferencias de sexo, género y diferencia sexual". *Revista Cuicuilco* 7(18): 1-24.
- Laplanche Jean y Jean-Bertrand Pontalis (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lara, Alí y Giazú Enciso (2013). "El giro afectivo". *Athenea Digital*, 13 (3): 101-119.
- Latour, Bruno (1992). *Ciencia en acción: cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. Barcelona: Editorial Labor.
- Latour, Bruno (2004). "How to Talk About the Body?" The Normative Dimension of Science Studies". *Body & Society*, 10 (2-3): 205-229.
- Le Breton, David (2012). "Para una antropología de las emociones". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad (RELACES)*, 10 (4): 69-79.
- Lechner, Norbert (2002). "Nuestros miedos". En *El miedo. Reflexiones sobre su dimensión social y cultural*, editado por Marta Villa, 135-158. Medellín: Corporación Región.
- León, Emma (2009). *Los rostros del otro: Reconocimiento, invención y borramiento de la alteridad*. Barcelona: Antrhopos. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Lock, Margaret y Vinh-Kim Nguyen (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. Sussex: Wiley-Blackwell.

- López, Helena (2014). "Emociones, afectividad, feminismo". En *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Algunas rutas del amor y la experiencia sensible en las ciencias sociales*, coordinado por Adriana García y Olga Sabido, 257-275. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco.
- López, Helena (2015). "Prólogo". En *La política cultural de las emociones*. Sara Ahmed, 8-18. México: Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lorde, Audre (1984). "The uses of anger: Women responding to racism". En *Sister Outsider. Essays and Speeches*, 124-133. California: Freedom The Crossing Press.
- Luhmann, Niklas (1985). *El amor como pasión. La codificación de la intimidad*. Barcelona: Ediciones Península.
- Lumsden, Ian (1991). *Homosexualidad. Sociedad y Estado en México*. México: Sol Ediciones. Toronto: Canadian Gay Archives.
- Lutz, Catherine (1982) "The Domain of Emotions Words in Ifaluk". *American Ethnologist*, 9: 113-128.
- Lutz, Catherine (2012). "Prólogo". En *La afectividad en antropología: una estructura ausente*. Edith Calderón, 15-19. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.
- Macón, Cecilia (2013). "*SENTIMUS ERGO SUMUS*. El surgimiento del 'giro afectivo' y su impacto sobre la filosofía política". *Revista Latinoamericana de Filosofía Política*, II (6): 1-32.
- Madison, Soyini (2011). "The Labor of Reflexivity". *Cultural Studies <=> Critical Methodologies*, 11 (2): 129-138.
- Magis, Carlos y Mauricio Hernández (2008). "Epidemiología del SIDA en México". En *25 años de SIDA en México*, editado por José Córdova, Samuel Ponce y José Valdespino, 101-123. México: Secretaría de Salud, INSP, CENSIDA.
- Maman, Suzanne, Jessie Mbwambo, Margaret Hogan *et al.* (2001). *HIV and Partner Violence: Implications for HIV Voluntary Counseling and Testing*

- Programs in Dar es Salaam, Tanzania. Horizons Project.* Population Council. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/vctviolence.pdf> [Consultado en enero 2013].
- Markussen, Turid (2006). "Moving worlds. The performativity of affective engagement". *Feminist Theory*, 7 (3): 291-308.
- Marqués, Domingo, Sheilla Rodríguez y Matías Carrelo (2007). "Entre la razón y la pasión: La intimidad sexual en parejas heterosexuales ante la empresa preventiva del VIH/sida". *The Qualitative Report*, 12 (4): 658-679.
- Massumi, Brian (2002). *Parables for the virtual: movement, affect, sensation.* Durham: Duke University Press.
- Massumi, Brian (2010). "The Future Birth of the Affective Fact: The Political Ontology of Threat". En *The Affect Theory Reader*, editado por Gregory Seigworth y Melissa Gregg, 52-71. Durham: Duke University Press.
- Mattio, Eduardo (2010). "Vulnerabilidad, normas de género y violencia estatal: ontología social y política sexual en la última Judith Butler". *Pensamiento Plural*, 07: 159-172.
- McCall, Michal (2003). "Performance Ethnography. A Brief History and Some Advice". En *Strategies of Qualitative Inquiry*, editado por Norman Denzin e Yvonna Lincon, 112-133. California: SAGE Publications.
- McLaughlin, Janice (2003). *Feminist Social and Political Theory.* New York: Palgrave Macmillan.
- McQueeney, Krista y Kristen Lavelle (2015). "Emotional Labor in Critical Ethnographic Work: In the Field and Behind the Desk". *Journal of Contemporary Ethnography*: 1-27.
- Mencaglia, Luca, Patrizia Falcone, Giuseppe Lentini, et al. (2005). "ICSI for treatment of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus-serodiscordant couples with infected male partner". *Human Reproduction*, 20 (8): 2242-2246.
- Menéndez, Eduardo (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica.* México: CONACULTA/Alianza Editorial Mexicana.

- Michael, Mike y Marsha Rosengarten (2012). "Medicine: Experimentation, Politics, Emergent Bodies". *Body & Society*, 18 (3&4): 1-17.
- Miller, William y Benjamin Crabtree (2003). "Clinical Research". En *Strategies of Qualitative Inquiry*, editado por Norman Denzin e Yvonna Lincon, 197-434. California: SAGE Publications.
- Minton, Henry. L (1997). "Queer theory: historical roots and implications for psychology". *Theory & Psychology*, 7(3): 337-353.
- Miskolci, Richard (2009). "A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização". *Sociologias*, 11 (21): 150-182.
- Moloney Molly y Sarah Fenstermaker (2002). "Performance and Accomplishment: Reconciling Feminist Conceptions of Gender". En *Doing Gender, Doing Difference*, editado por Sarah Fenstermaker y Candance West, 189-204. Londres: Routledge.
- Moraga, Cherríe (1988). "Introducción. En el sueño, siempre me recibe el río". En *Esta puente, mi espalda. Voces de mujeres tercermundistas en los Estados Unidos*, editado por Cherríe Moraga y Ana Castillo, 1-9. San Francisco: Ism Press.
- Moraga, Cherríe (2004). "QUEER Aztlan; the Re-formation of Chicano Tribe". En *Queer Cultures*, editado por Deborah Carlin y Jennifer DiGrazia, 224-237. New Jersey: Pearson/Prentice Hall.
- Moraga, Cherríe y Gloria Anzaldúa (1983). *This bridge called my back: writings by radical women of color*. New York: Kitchen Table, Women of Color Press.
- Moreno, Hortensia (2004). "Reflexiones locales acerca de lo queer". En *Sexualidades diversas. Aproximaciones para su análisis*, coordinado por Gloria Careaga y Salvador Cruz, 295-316. México: Miguel Ángel Porrúa. Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México. Cámara de Diputados, LIX Legislatura.
- Moreno, Hortensia (2011). "Del inefable misterio de la feminidad". *GénEros. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 9 (18): 121-144.

- Moreno, Hortensia y César Torres (en prensa). “La noción de la performatividad de género para el análisis del discurso filmico”.
- Moreno, Hortensia y César Torres (en prensa). “Performatividad”.
- Moreno, José (2010). “Una crítica epistemológica de ‘Cadenas de rituales de interacción’”. *Revista Española de Sociología*, 13: 123-128.
- Muñiz, Elsa (2010). “Las prácticas corporales. De la instrumentalidad a la complejidad”. En *Disciplinas y prácticas corporales: Una mirada a las sociedades contemporáneas*, coordinado por Elsa Muñiz, 17-50. Barcelona: Anthropos. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco.
- Muñiz, Elsa (2014). “Descifrar el cuerpo. Una metáfora para disipar las ansiedades contemporáneas”. En *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Algunas rutas del amor y la experiencia sensible en las ciencias sociales*, coordinado por Adriana García y Olga Sabido, 279-315. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco.
- Muñiz, Elsa (en prensa). “Prácticas corporales”.
- 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.
- Nabila El, Gina Wingood, Gail Wyatt *et al.* (2010). “Concordant and Discordant Reports on Shared Sexual Behaviors and Condom Use Among African American Serodiscordant Couples in Four Cities The NIMH Multisite HIV/STD Prevention Trial for African American Couples Group”. *AIDS Behavior*, 14:1011–1022.
- Nieto, Benjamín. (2007). “Risk taking behavior in HIV-Discordant male couples in the Metropolitan Area of Mexico City”. Tesis para obtener el grado de doctorado en Sociología. Texas: University of Texas.
- Norma Oficial Mexicana para la prevención y control por el VIH. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.html> [Consultada en 2012-2013].

- Nowinski, Sabrina y Erica Bowen (2011). "Partner violence against heterosexual and gay men: Prevalence and correlates". *Agression and Violent Behavior*, 17: 36-52.
- Núñez, Guillermo (1999). *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. El Colegio de Sonora.
- Núñez, Guillermo (2007). *Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. El Colegio de Sonora. Miguel Ángel Porrúa.
- Núñez, Guillermo (2009). *Vidas vulnerables. Hombres indígenas, diversidad sexual y VIH-SIDA*. Sonora: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.
- Núñez, Guillermo (2011). "Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología". *Desacatos. Revista en Antropología Social*. Número 35: 13-28.
- Ortiz, Victor Manuel (2010). "Bipoder: sida y VIH-olencia contra las mujeres". En *Los grandes problemas de México. VIII. Relaciones de género*, coordinado por Ana María Tepichin, Karine Tinat y Luzelena Gutiérrez, 201-224, México: El Colegio de México.
- Palmer, Robert and Robert Bor (2001). "The challenges to intimacy and sexual relationships for gay men in HIV serodiscordant relationships: a pilot study". *Journal of Marital and Family Therapy*, 27 (4): 419-431.
- Parrini, Rodrigo (2013). "Políticas híbridas. Mímesis, justicia y abyección en los colectivos minoritarios". En *Arte, justicia y género*, coordinado por Lucía Raphael y María Teresa Priego, 35-64. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación, Editorial Fontamara.
- Parrini, Rodrigo (2015). "Deseografías: Antropología del deseo y prácticas de la diferencia". Tesis en doctorado en Ciencias Antropológicas. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.

- Pedwell Carolyn y Anne Whitehead (2012). "Affecting feminism: Question of feeling in feminist theory". *Feminist Theory*, 13 (2): 115-129.
- Peña, Joshep, Melvin Thornton y Mark Sauer (2002). "Assesing the clinical utility of in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection in human immunodeficiency virus type 1 serodiscordant couples: report of 113 consecutive cycles". *Fertility and sterility*, 80 (2): 356-362.
- Persson, Asha (2008). "Sero-silence and sero-sharing: managing HIV in serodiscordant heterosexual relationships". *AIDS Care*, 20 (4): 514- 522.
- Persson, Asha (2010). "Reflections on the Swiss Consensus Statement in the context of qualitative interviews with heterosexuals living with HIV". *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 22 (12): 1487-1492.
- Persson, Asha (2011). "HIV-Negativity in Serodiscordant Relationships: The Absence, Enactment, and Liminality of Serostatus Identity". *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 30 (6): 569-590.
- Persson, Asha (2013). "Non/infectious corporealities: tensions in the biomedical era of <<HIV normalization>>". *Sociology of Health & Illness*, 35 (7): 1065-1079.
- Persson, Asha y Wendy Richards (2008). "Vulnerability, gender and 'proxy negativity': Women in relationships with HIV-positive men in Australia", *Social Science & Medicine*, 67: 799-807.
- Pomeroy, Elizabeth, Diane Green and Lois Van Laningham (2002). "Couples Who Care: The Effectiveness of a Psychoeducational Group Intervention for HIV Serodiscordant Couples". *Research on Social Work Practice*, 12 (2): 238-252.
- Ponce, Patricia (2004). "Presentación. Masculinidades diversas". *Desacatos. Revista en Antropología Social*. Número 15-16: 7-9.
- Ponce, Patricia (2012). "Un acercamiento a la construcción social de la sexualidad para reflexionar la violencia sexual", En *Diálogos Interdisciplinarios sobre violencia Sexual*, coordinado por Patricia Ravelo y Héctor Domínguez, 91-118, México: FONCA/EÓN.

- Ponce, Patricia (2016). "Investigación en VIH y pueblos indígenas", Ponencia presentada en el seminario *Panorama de la salud en México. Perspectivas actuales de la investigación social*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS.
- 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*, editado por José Córdova, Samuel Ponce y José Valdespino, 17-27. México: Secretaría de Salud, INSP, CENSIDA.
- Preciado, Beatriz (2002). *Manifiesto contra-sexual*. Madrid: Editorial Opera Prima.
- Preciado, Beatriz (2008). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa Calpe.
- Preciado, Beatriz (s/a). "Biopolítica del género". Disponible en: [http://www.cnm.gov.ar/generarigualdad/attachments/article/277/Biopolitica\\_del\\_genero.pdf](http://www.cnm.gov.ar/generarigualdad/attachments/article/277/Biopolitica_del_genero.pdf) [Consultado en marzo 2013].
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). (2000). El género y el VIH/sida. Disponible en: <http://www.inlatina.org/bv/archivos/autores-o/o%20-%20029.pdf> [Consultado en enero de 2013].
- 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].
- Puar, Jasbir (2011). "I would rather be a cyborg than a goddess". *Intersectionality, Assemblage, and Affective Politics*, Disponible en <http://eipcp.net/transversal/0811/puar/en/> [Consultado en enero de 2017].
- Rabinow, Paul (1996). *Essays on the anthropology of reason*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rabinow, Paul y Nikolas Rose (2006). "Biopower today". *BioSocieties*, 1: 195-217.
- Race, Kane (2001). "The Undetectable Crisis: Changing Technologies of Risk", *Sexualities*, 4 (2): 167-189.



- Reartes, Diana (2011). "La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas". *Desacatos. Revista en Antropología Social*. Número 35: 59-74.
- Reguillo, Rosana (2000). "Los laberintos del miedo. Un recorrido para fin de siglo", *Revista de Estudios Sociales*, 5.
- Reis, Renata y Elucir Gir (2010). "Living with the difference: the impact of serodiscordance on the affective and sexual life of HIV/AIDS patients". *Revista da Escola de Enfermagem*, 44 (3): 748-754.
- Rich, Adrienne (1980). "Compulsory heterosexuality and lesbian existence". *Signs*, 5(4): 631-660.
- Richardson, Diane (2000). "The social construction of immunity: HIV risk perception and prevention among lesbians and bisexual women". *Culture, Health & Sexuality*, 2 (1): 33-49.
- Richardson, Diane, McLaguhlin, Janice y Mark E. Casey (2006). *Intersections between Feminist and Queer Theory*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Rinehart, Robert (2012). "Antipodean Performativity: Contemporary Ethnography Across the Disciplines". *Cultural Studies <=> Critical Methodologies*, 12 (1): 3-7.
- Rivas, Felipe (2011). "Diga "queer" con la lengua afuera: Sobre las confusiones del debate latinoamericano". En *Por un feminismo sin mujeres*, coordinado y editado por la Coordinadora Universitaria por la Disidencia Sexual (CUDS), 59-77. Santiago de Chile: Alfabetas Artes Gráficas.
- Roberts, Brian (2006). *Micro Social Theory*. London: Palgrave, Macmillan.
- Roberts, Brian (2008). "Performative Social Science: A consideration of Skills, Purpose and Context". *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 9 (2). Disponible en <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/377/821> [Consultado en septiembre de 2016].
- Rodríguez, Tania (2012). "El amor en las ciencias sociales: cuatro visiones teóricas", *Culturales*, VIII (15):155-180.

- Rooke, Alison (2010). "Queer in the Field: On emotions, Temporality and Performativity in Entography", en *Queer Methods and Methodologies: intersecting Queer Theories and Social Science Research*, editado por Kath Browne y Katherine J. Nash, 25-41. Farnham, Surrey: Ashgate. Disponible en: <http://research.gold.ac.uk/9158/1/Queering%20the%20field.pdf>. [Consultado en agosto de 2016].
- Rosaldo, Michelle (1984). "Toward an anthropology of the self and feeling". En *Culture Theory. Essays on Mind, Self, and Emotion*, editado por Richard Shweder y Robert Levine, 137-157. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosaldo, Renato (2000). *Cultura y verdad. La reconstrucción del análisis social*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Rose, Nikolas (1996). *Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas (2007a). "Beyond medicalisation". *The Lancet*, 369 (9562): 700-702.
- Rose, Nikolas. (2007b). *The Politics of Life Itself*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rose, Nikolas y Carlos Novas (2005). "Biological Citizenship". En *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*, editado por Aihwa Ong y Stephen Collier, 439-463. London: Blackwell Publishing.
- Rosengarten, Marsha (2004). "The challenge of HIV for feminist theory". *Feminist Theory*, 5 (2): 205-222.
- Rubin, Gayle (1986). "El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo". *Revista Nueva Antropología*, VIII (30): 95-145.
- Rubin, Gayle (1989). "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad". En *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*, editado por Carol Vance, 113-190. Madrid: Revolución.
- Sabido, Olga (2007). "El cuerpo y sus trazos sociales. Una perspectiva desde la sociología", en *Sociología y cambio conceptual*, coordinado por Gina Zabludovsky, 208-247. México: Siglo XXI Editores; Facultad de Ciencias

- Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México; Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Azcapotzalco.
- Sabido, Olga (2010). "El «orden de la interacción» y el «orden de las disposiciones». Dos niveles analíticos para el abordaje del ámbito corpóreo-afectivo". *Revista latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad, (RELACES)*, 3 (2): 6-17.
- Sabido, Olga (2011). "El cuerpo y la afectividad como objetos de estudio en América Latina: intereses temáticos y proceso de institucionalización reciente". *Sociológica*, 28 (74): 33-78.
- Sabido, Olga (2012). *El cuerpo como recurso de sentido en la construcción del extraño*. México: Sequitur; Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Azcapotzalco.
- Sabido, Olga (2013). "Los retos del cuerpo en la investigación sociológica. Una reflexión teórico-metodológica". En *Cuerpos, espacios y emociones*, coordinado por Miguel Ángel Aguilar y Paula Soto, 19-55. México: Miguel Ángel Porrúa, Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa.
- Sabido, Olga (2016). "Cuerpo y sentidos: El análisis sociológico de la percepción". *Debate feminista*, 51: 63-80.
- Sabido, Olga y Adriana García (2015). "El amor como vínculo social: con Elias y más allá de Elias". *Sociológica*, 30 (86): 31-63.
- Sabsay, Leticia (2009). "Tras la firma de Judith Butler. Una introducción posible a los ecos de su escritura". *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 4 (3): 311-320.
- Sáez, Javier (2005). "El contexto sociopolítico de surgimiento de la teoría queer. De la crisis del SIDA a Foucault". En *Teoría queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*, editado por David Córdoba, Javier Sáez y Paco Vidarte, 67-76. Madrid, Barcelona: Egales.
- Sáez, Javier y Sejo Carrascosa (2011). *Por el culo. Políticas anales*. Barcelona-Madrid: Editorial Egales.
- Sansores, Diana (2010). *Uso de condón y percepción de riesgo en parejas serodiscordantes de hombres que tienen sexo con hombres en México*.

Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en:  
[www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/.../SPT--DownloadFile.php](http://www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/.../SPT--DownloadFile.php)

[Consultado el 1 de julio de 2011].

Scambler, Graham (2014). "Medical Sociology in The Twenty-First Century: Eight Key Books". *Contemporary Sociology*, 43 (2): 155-160.

Schechner, Richard (2000). *Performance. Teoría y prácticas interculturales*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Schütz, Alfred (2003). *Estudios sobre teoría social. Escritos II*. Buenos Aires: Amorrortu.

Scott, Joan (1991). "The evidence of experience". *Critical Inquiry* 17 (4): 773-797.

Scribano, Adrián (2011). "Cuerpos y emociones: Precariedad, Bordes y Abyecciones". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad (RELACES)*, 5 (3): 4-5.

Scribano, Adrián (2013). "Sociología de los cuerpos/emociones". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad (RELACES)*, 10 (4): 93-113.

Sedgwick, Eve Kosofsky (2003). *Touching Feeling. Affect, Pedagogy, Performativity*. Durham: Duke University Press.

Seidman, Steven (1997). *Difference troubles. Queering social theory and sexual politics*. Cambridge: Cambridge University Press.

Seigworth Gregory y Melissa Gregg (2010) "An Inventory of Shimmers". En *The Affect Theory Reader*, editado por Gregory Seigworth y Melissa Gregg, 1-29. Durham: Duke University Press.

Serret, Estela (2011). "Hacia una redefinición de las identidades de género". *GénEros. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 9 (18): 71-98.

Simmel, Georg (2002). *Cuestiones fundamentales de sociología*. Barcelona: Gedisa.

Simmel, Georg (2012). *El extranjero: sociología del extraño*. Madrid: Sequitur.

Small, Will, Kerr, Thomas. (2011) "HIV Treatment as Prevention and the Role of Applied Social Science". *Journal of AIDS Clinic Res*, 2:102e.

- Smith, Barbara (1993). "Where's the Revolution?". *Nation*, 5 July: 12-16.
- Sontag, Susan (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Punto de Lectura.
- Squire, Corinne (2010), "Being naturalised, being left behind: the HIV citizen in the era of treatment possibility". *Critical Public Health*, 20 (4): 401-427.
- Stevens, Patricia y Loren Galvao (2007). "He won't use condoms: HIV-Infected women's struggles in primary relationships with serodiscordante partners". *American Journal of Public Health*, 97(6): 1015-1022.
- Sullivan, Nikki (2004). *A Critical Introduction to Queer Theory*. New York: New York University Press.
- Synott, Anthony (2003) "Sociología del olor". *Revista Mexicana de Sociología*, 65 (2): 431-464.
- Taylor, Steve y Robert Bogdan (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- The Lancet (2011). *HIV treatment as prevention-it Works*. Editorial. The Lancet journal. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60713-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60713-7.pdf). [Consultado en abril, marzo 2012 y 2013].
- Torres, César (2013). "El ritual de la interacción y del género en la construcción de vínculos erótico-afectivos serodiscordantes entre varones de la Ciudad de México. Representación Social del VIH/sida, prácticas sexuales y vida cotidiana". Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Humanidades. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Cuajimalpa.
- Torres, César (2014). "Identidad y construcción de vínculos erótico-afectivos serodiscordantes entre varones de la Ciudad de México". *Culturales*: 19: 125-160.
- Treichler, Paula A. (1987). "AIDS, Homophobia, and Biomedical Discourse : An Epidemic of Signification", *October*, 43: 31-70.
- Tudor, Andrew (2003). "A (macro) sociology of fear?". *The Sociological Review*, 51: 238-256.

- Turner, Victor (1982). *From ritual to Theatre. The Human Seriousness of Play*. New York: PAJ Publications.
- Turner, Victor (1987). *The Anthropology of Performance*. New York: PAJ Publications.
- Turner, Victor (1988). *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Madrid: Taurus.
- Valencia, Sayak (2015). "Del queer al cuir: ostranénie geopolítica y epistémica desde el sur glocal". En *Queer & Cuir. Políticas de lo irreal*, compilado por Fernando R. Lanuza y Raúl M. Carrasco, 19-37. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro. México: Fontamara.
- Valocchi, Stephen. (2005). "Not yet queer enough: The lessons of queer theory for the sociology of gender and sexuality". *Gender and society*, 19 (6): 750-770.
- Vargas, Gabriela y Steffan Ayora (2015). "La investigación performativa en el trabajo de campo antropológico". *Diario de campo. Estudios del performance: quiebres e itinerarios*, tercera época, 6-7: 50-54.
- Vaggione, Alicia (2009). "Enfermedad, cuerpo, discursos: tres relatos sobre la experiencia". En *Cuerpo(s), Subjetividad(es) y Conflicto(s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*, compilado por Carlos Figari y Adrián Scribano, 119-130. Buenos Aires: Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad (CICCUS). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Valdespino, José, María García y Manuel Palacios (2008). "El diagnóstico epidemiológico: 1981-1995". En *25 años de SIDA en México*, editado por José Córdova, Samuel Ponce y José Valdespino, 27-59. México: Secretaría de Salud, INSP, CENSIDA.
- Vernazza, Pietro (2009). "Editorial: The debate continues: Does 'undetectable' mean 'uninfectious'?". *HIV Therapy*, 3 (2): 113-116.
- Vernazza, Pietro, Bernard Hirschel, Enos Bernasconi y 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.

- Vidarte, Paco (2007). *Ética marica. Proclamas libertarias para una militancia LGBTQ*. Madrid, Barcelona: Editorial EGALES.
- Villa, Marta (2002). "Presentación". En *El miedo. Reflexiones sobre su dimensión social y cultural*, editado por Marta Villa, 5-8. Medellín: Corporación Región.
- Viteri, María, José Fernando Serrano y Salvador Vidal (2011). "¿Cómo se piensa lo "queer" en América Latina?". *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 39: 47-60.
- Viveros, Mara (2016). "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación". *Debate Feminista*, 52: 1-17.
- Wacquant, Lloïc (2004). *Entre las cuerdas. Cuadernos de un aprendiz de boxeador*. Madrid: Alianza.
- Warner, Michael (1993). *Fear of a Queer Planet. Queer Politics and Social Theory*. Minneapolis: Minnesota University Press.
- Weller Susan y Karen Davis (2008). Efectividad del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH en heterosexuales. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003255> [Consultado en 2011-2012].
- West, Candance y Don Zimmerman (1987). "Doing gender". *Gender & Society*, 1 (2): 125-151.
- Wetherell, Margaret (2014). "Trends in the Turn to Affect: A Social Psychological Critique". *Body & Society*, 20 (3-4): 1-28.
- Whyte, William Foote (1971). *La sociedad de las esquinas*. México: Editorial Diana.
- Wieringa, Saskia, E. (2010). "Health risks for women who have sex with women, in particular in relation to HIV/AIDS". *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*, (4): 157-173.
- Wilson, Elizabeth (2009). "Materialization in the medical field: the challenge of performativity for HIV". Disponible en: <http://laurwelsh.com/PCSWAward.pdf> [Consultado en 2016].

- Wittig, Monique (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid, Barcelona: Editorial EGALES.
- Yébenes, Zenia (2015). “Performatividad, prácticas corporales y procesos de subjetivación”, *Diario de campo. Estudios del performance: quiebres e itinerarios*, tercera época: 6-7: 70-74.
- Zablotska, Iryna, June Crawford, John Imrie *et al.*, (2009). “Increases in Unprotected Anal Intercourse with Serodiscordant casual partners among HIV-negative gay men in Sydney”. *AIDS Behavior*, 13: 638–644.
- Zinn, Jens (2008). *Social Theories of Risk and Uncertainty. An Introduction*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Zorzanelli, Rafaela, Francisco Ortega y Júnior Benilton (2014). “Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (6): 1859- 1868.
- Zúñiga Patricia y Mauricio Hernández (2015).”Editorial”. *Salud Pública de México*, 57(suplemento 2): S97-S98.