



Estudios Sociológicos

ISSN: 0185-4186

revistaces@colmex.mx

El Colegio de México, A.C.

México

Herrera, Cristina; Campero, Lourdes; Caballero, Marta; Kendall, Tamil; Quiroz, Ana E.  
Cuerpo y sexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias  
y coincidencias de género en México  
Estudios Sociológicos, vol. XXVII, núm. 79, 2009, pp. 147-170  
El Colegio de México, A.C.  
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59820689005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

## **Cuerpo y sexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias y coincidencias de género en México**

*Cristina Herrera  
Lourdes Campero  
Marta Caballero  
Tamil Kendall  
Ana E. Quiroz*

### **Introducción**

AUN CUANDO LOS hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres son el grupo más numeroso en las estadísticas de VIH en México, el perfil de la epidemia va cambiando y actualmente éste incluye un número importante y creciente de mujeres que adquirieron el virus por contactos heterosexuales. Se estima que de un total de 180 000 personas con VIH en México, 42 000 son mujeres, es decir, una de cada cuatro personas con el virus (ONUSIDA, 2007).

En general, las estrategias preventivas no contemplan adecuadamente la complejidad de las relaciones y normas de género que estructuran los intercambios sexuales, impidiendo que éstos sean asumidos de manera más consciente, tanto por los hombres como por las mujeres. Con frecuencia las políticas apuntan al cambio individual de comportamientos, enviando mensajes que implícitamente asumen, no sólo que los individuos cuidan su propia salud y aplican adecuadamente la información recibida, sino que tienen identidades sexuales claras y una conducta sexual racional y autónoma. Estas estrategias desconocen, por ejemplo, el hecho de que aun cuando las mujeres puedan percibirse en riesgo, la estructura de sexo-género (Rubin, 1996) en que su subjetividad está construida y recreada a diario, impone serias li-

mitaciones a su capacidad de acción autónoma, especialmente en el campo sexual y de pareja. En el caso de los varones, la complejidad de sus prácticas sexuales —que es en parte consecuencia de la construcción social de la identidad masculina dominante— es igualmente desconocida por las políticas públicas (Kendall *et al.*, 2007); esto tiene consecuencias negativas para la prevención del VIH entre la población masculina, que no se identifica con una cultura sexual determinada, lo que incrementa su propia vulnerabilidad y la de sus parejas, si bien ésta se manifiesta de distinta manera en unos y otras (Richardson, 1990; Johnson *et al.*, 2003). Algunos autores han hablado de una construcción “esquizofrénica” de la sexualidad masculina dominante en ciertos contextos mexicanos, donde los varones son alentados a mostrarse como monógamos y buenos padres de familia en espacios “heterosociales” (como la comunidad y la iglesia), mientras que en espacios “homosociales”, principalmente lugares de diversión para hombres, se les “exige” ostentar “hombría”, relatando múltiples conquistas sexuales (Hirsch *et al.*, 2007).

Pero la normatividad de género no sólo moldea las prácticas sexuales —lo que tiene consecuencias directas en el riesgo de adquirir VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como embarazos no deseados—, sino que afecta existencialmente la manera en que se vive con VIH una vez que la transmisión del virus ha tenido lugar. Esto porque las normas y estructuras de género no sólo definen responsabilidades y tareas para cada sexo, sino que al mismo tiempo dictan “cómo debe ser” un hombre o una mujer para obtener reconocimiento social, es decir, modelan las subjetividades que sostienen esos papeles sociales. El entorno y las redes sociales adquieren aquí una importancia central, ya que en buena medida es a través de ellos que los sujetos reciben los mensajes sociales y los refuerzan o, en algunos casos, los cuestionan. Las estructuras político-sociales, por su parte, profundizan las desigualdades entre los géneros y la diferencia entre las distintas vulnerabilidades que cada uno tiene a la epidemia (ONUSIDA, 2006). En otras palabras, como intentaremos ilustrar en este trabajo, las estructuras de género subyacen a la manera en que los hombres y las mujeres se relacionan con el VIH y construyen su manera de vivir con él, especialmente por tratarse éste de un padecimiento socialmente vinculado con la moral sexual. La construcción social del VIH —frecuentemente hecha de discursos pseudo-científicos, morales y mediáticos, y re-utilizados por las personas en su vida cotidiana— refuerza el estigma social de ciertos grupos, proceso que no es neutral en términos de género. En el caso de los hombres, la epidemia pone en evidencia su vulnerabilidad y con ello cuestiona los ideales tradicionales de masculinidad, lo que se suma a la persistencia del mito según el cual es una epidemia de “homosexuales”. Muchos varones con VIH se esfuerzan por marcar una

distancia respecto de este grupo. Las mujeres con VIH, por su parte, son estigmatizadas en tanto supuestamente no aptas para la sexualidad reproductiva y la maternidad, principales tareas asignadas a su género, además de cuestionar su moral sexual (Kendall y Pérez-Vázquez, 2004), lo que no siempre ocurre en el caso de los varones. El estigma y la consecuente discriminación asociados al VIH producen una vulnerabilidad “secundaria”, que se añade a la de género, estatus socioeconómico, raza, y/o preferencia sexual, lo que impide una prevención y atención eficaces, en la medida en que desalientan a las personas a realizarse la prueba del VIH, revelar su estatus a otros, acudir a consultas y eventualmente sostener un tratamiento (Negroni, 2002).

El propósito de este trabajo es presentar algunos hallazgos de un estudio más amplio desarrollado en México entre hombres y mujeres con VIH, cuyo objetivo central fue conocer las experiencias personales y necesidades particulares en la vida con VIH según el género; así como la percepción de las vivencias del otro género, para conocer en qué medida las maneras de entender las relaciones de género y el VIH presentes en la sociedad mexicana y en el medio social de las personas impactan en sus procesos de cuidado, prevención y atención, tanto en ellas como en su entorno inmediato. Dada la riqueza de los testimonios recogidos, en este artículo particularmente nos propusimos mostrar una cuestión que no ha sido muy abordada en los estudios sobre VIH: la vivencia de los hombres y las mujeres sobre el cuerpo y la sexualidad después de haber contraído el virus.

El principal supuesto que nos guió en esta indagación fue que el “propio” cuerpo no sólo es experimentado de manera diferente por los sujetos (hombres y mujeres) después del diagnóstico; es decir, al entrar en el discurso médico —como ocurre con muchos otros padecimientos—, sino que al tratarse de una ITS involucra cuestiones que tocan a la moral sexual, y esto da características peculiares a dicha vivencia.

El cuerpo es algo totalmente singular, es el “sentimiento de una existencia” (Nancy, 2003), lo que se sabe o se siente necesario (irreemplazable) en su contingencia. No es la “propiedad” de un sujeto, sino que “es” el Sujeto. Según Nancy (2003), el cuerpo se encuentra en el orden de la *emoción* —que significa puesto en movimiento, sacudido, afectado, herido— o, mejor, de la *commoción* —“movimiento con”—. Este autor sostiene que la tradición occidental ha nombrado “alma” a esta “experiencia de commoción del cuerpo”, lo que es también un modo de dejar en inferioridad, de desechar o de rechazar el cuerpo. El dualismo moderno entre “el hombre” y “el cuerpo” hace a este último objeto de discursos que, si bien parecen ocuparse de él, en realidad lo borran como tal. Los discursos sobre el bienestar, la buena apariencia, la juventud y la salud aparecen en última instancia como deseos de conjurar

al cuerpo, de ocultar esa extensión que es lugar de la precariedad, la contingencia, el envejecimiento y la muerte (Le Breton, 2002). Uno de los discursos “oficiales”, quizás el más autorizado en la actualidad para hablar del “cuerpo”, es el discurso médico (Le Breton, 2002; Turner, 1989). Pero en rigor, no es del cuerpo de lo que se ocupa este discurso, sino de la enfermedad (Clavreul, 1983). El cuerpo, entonces, está de algún modo más allá de la significación (Nancy, 2003). En una línea similar, Judith Butler (2005) sostiene que el cuerpo es discursivamente inaprehensible. Sin embargo, para esta autora los cuerpos se presentan en géneros, y “las normas que regulan el sexo obran de una manera performativa para constituir la materialidad del cuerpo y específicamente para materializar la diferencia sexual en aras de consolidar el imperativo heterosexual” (Butler, 2005). Para Butler, la materialidad del sexo se construye a través de la repetición ritualizada de normas *generizadas*, proceso que, al tiempo que es constitutivo de subjetividades, también es inestable (de ahí la necesidad de repetición). El cuerpo es entonces algo complejo, que desafía los límites discursivos entre naturaleza y cultura o entre sexo y género (Butler, 2005). Para los fines de esta indagación tomamos el supuesto de que si bien los hombres y las mujeres pueden tener vivencias “comunes” en cuanto a la experiencia de un “padecimiento”, al experimentar su cuerpo como “desde fuera” (Nancy, 2003), como contingencia y no como una “intimidad”, la condición de género marca diferencias sustanciales entre ellos, en cuanto a su vivencia del cuerpo y en especial de la sexualidad. Sin desconocer el carácter profundamente singular de estas experiencias, quisimos explorar posibles invariantes y/o resistencias a la construcción predominante de la moral sexual y del género en México, en una población que ha debido experimentar el cuerpo de manera peculiar y expresarlo discursivamente a través de sus narraciones. Creemos que indagar en estas coincidencias y diferencias puede aportar elementos para orientar de mejor manera políticas y programas dirigidos a las personas con VIH, así como a la preventión en la población en general, como se sugiere en las conclusiones.

### Métodos

La investigación que sustenta este análisis es de tipo cualitativo. En ella se realizaron 40 entrevistas a profundidad a personas con VIH —20 hombres y 20 mujeres no relacionados entre sí—, que reportaron prácticas heterosexuales, más de un año de diagnóstico y estado ambulatorio. El criterio del tiempo de diagnóstico fue establecido para garantizar que la persona hubiera iniciado un proceso de “aprendizaje” de la vida con VIH; por su parte, el del

estado ambulatorio para entrevistar a personas en buen estado de salud que pudieran centrar su narración en la experiencia de vivir con VIH y no en el momento crítico de enfrentar el sida, y el de reportar prácticas heterosexuales apuntó a poder comparar las experiencias de hombres y mujeres, sin la interferencia de problemas que son específicos de la comunidad que se asume como gay. Se aplicó adicionalmente un breve cuestionario para obtener un perfil socioeconómico de los entrevistados. Los informantes fueron reclutados de grupos de autoapoyo, servicios de infectología de hospitales públicos, servicios ofrecidos por ONG y siguiendo la técnica de “bola de nieve”. En todos los casos, los entrevistados firmaron cartas de consentimiento informado donde se les explicaban los objetivos del estudio y se garantizaba la confidencialidad de los datos proporcionados. Se diseñaron y probaron guías de entrevista a profundidad donde se exploraron diversos aspectos de la experiencia y el significado de la vida con VIH.

El trabajo de campo se desarrolló en los últimos meses de 2003, en los estados de Guerrero, Morelos y el Distrito Federal, en México. La selección de estos estados se debió al propósito de mostrar una variedad de contextos sociales de vulnerabilidad en relación con el VIH. En Guerrero, las dos ciudades donde se realizaron entrevistas fueron destinos turísticos nacionales e internacionales de importancia, con niveles significativos de trabajo sexual y/o turismo sexual. Estos centros urbanos, además, están rodeados de áreas semi-rurales y rurales de extrema pobreza, con poco acceso a información preventiva y a servicios adecuados.

Morelos está experimentando una creciente migración a la ciudad de México y a los Estados Unidos, tendencia que puede representar una mayor vulnerabilidad al VIH entre los migrantes y sus parejas sexuales. La ciudad de México es el centro de la epidemia, con el mayor número de personas con VIH del país y la mayor concentración de servicios médicos especializados y de apoyo de organizaciones civiles. Dentro de esta variedad, quisimos mostrar experiencias comunes y diferencias en la manera de vivir el cuerpo y la sexualidad después del diagnóstico, entre hombres y mujeres de diferentes edades y situaciones familiares. Se realizaron 13 entrevistas en Morelos, 11 en el Distrito Federal y 16 en Guerrero. El número de entrevistas establecido desde el inicio fue arbitrario: se buscaba obtener una muestra amplia que abarcara la mayor variabilidad de situaciones. A lo largo del proceso de recolección de información y análisis fue posible observar que el punto de *saturación teórica* era alcanzado en algunos temas, por ejemplo la vivencia del cuerpo y la sexualidad, independientemente del número de entrevistas tentativamente establecido, lo que nos permitió hacer un análisis interpretativo del conjunto de los testimonios.

Las entrevistas fueron audiografiadas por los investigadores y transcritas en procesador de palabras, cambiando los nombres de los informantes para garantizar su anonimato. El material fue capturado y procesado en el software Atlas Ti (Muhr, 1997). Con él se llevó a cabo un análisis inductivo, usando el método propuesto por Glaser y Strauss (1967) para organizar la información por temas, con base en códigos y partiendo de la guía de entrevista. Después de la transcripción de las entrevistas realizadas, los códigos originales fueron revisados tomando en cuenta los relatos de los entrevistados y se agregaron códigos que incorporaban nuevas categorías y definiciones hasta alcanzar la saturación teórica. Este procedimiento sirvió para identificar aspectos estructurales y de sentido del discurso de los informantes que permitieron desarrollar un esquema temático de clasificación y organización del material de campo.

## Resultados

### *Características de los participantes*

Para el estudio la edad de los informantes abarcó un rango de entre 26 y 57 años, del cual la mayoría cayó en los treinta. Más de la mitad de los entrevistados tenía entre primaria y secundaria completa y la mayoría pertenecía al sector socioeconómico medio-bajo. La mitad de los hombres y algo más de la mitad de las mujeres estaban desempleados(as). Del total de entrevistados un poco menos de la mitad contaba con seguridad social por parte del IMSS, ya fuera como beneficiario directo por su trabajo o indirecto por el trabajo de su pareja o hijos. Tres cuartas partes de los entrevistados reportó ganar entre 1 000 y 3 000 pesos mexicanos al mes (entre 100 y 300 dólares estadounidenses). La mayoría de las mujeres eran viudas o estaban divorciadas, y refirieron vivir con los hijos, con la pareja e hijos, o con algún otro familiar por parte de ellas o de sus compañeros. En el caso de los hombres, la mayor parte declaró ser viudo o estar soltero; en estos dos casos generalmente reportaron vivir con los hijos y/o con algún otro familiar. Mientras que la mitad de los hombres reportó no tener hijos, las mujeres los tenían en todos los casos. En total reportaron cinco hijos con VIH y un caso aún estaba indefinido. Podemos decir que la muestra fue relativamente homogénea en cuanto a condición socioeconómica, pero variable en relación con la edad y etapa del ciclo de vida de las personas. Una limitación de la muestra fue el criterio de incluir a personas que declararon tener prácticas “heterosexuales”. Esto se debió a que el objetivo del estudio más amplio fue comparar las experiencias fami-

liares de hombres y mujeres con VIH, juzgándose conveniente dejar fuera por el momento las de hombres *gay* o abiertamente homosexuales, cuya problemática específica habría quizás limitado las posibilidades de comparación. No obstante creemos que estudios posteriores deben abordar el tema en estos grupos.

La mayoría de los entrevistados había recibido su diagnóstico de VIH entre cuatro y siete años previos a la entrevista, luego siguió un grupo menor de entrevistados con un diagnóstico con entre uno y tres años de antigüedad, y otro aún más reducido que había sido diagnosticado entre nueve y trece años antes. Exceptuando este último grupo, que recibió su diagnóstico en un momento en que la posibilidad de acceso a tratamientos en México era mínima, el resto, una vez diagnosticado, en su mayoría tuvo acceso relativamente pronto (entre unas pocas semanas y seis meses) a los medicamentos antirretrovirales (ARV). Sin embargo, seis personas (dos mujeres y cuatro hombres) no estaban tomando medicamentos en el momento de la entrevista. Los entrevistados reportaron diversas fuentes de aprovisionamiento de medicamentos, tanto formales como informales, regulares e irregulares: las clínicas del IMSS, la clínica especializada en VIH y sida en la ciudad de México, de la SSA, hospitales civiles de la misma SSA; a través de la participación en protocolos de investigación (donde se les proporcionan medicamentos de manera gratuita a cambio de su participación en estudios clínicos); o bien por donaciones de familias de pacientes fallecidos, ya sea a través de las ONG o de los propios médicos.

Los hallazgos que siguen se presentarán siguiendo como eje de análisis las principales coincidencias y diferencias entre las experiencias de hombres y mujeres —a partir de sus propios relatos—, en relación con la vivencia del propio cuerpo y la vida sexual y afectiva después del diagnóstico, yendo de lo más general (común a muchos padecimientos) a lo específico del VIH. El análisis se basa en una interpretación del conjunto de los relatos, donde incluimos algunos testimonios con el fin de ilustrar puntos específicos que interesaba destacar.

#### *Vivir el cuerpo con VIH*

Vivir con VIH, como con otros padecimientos, supone una serie de cambios en relación con diferentes aspectos de la vida, pero uno de los que sobresale es el hecho de tener que someterse continuamente a supervisiones y controles médicos, ingesta de medicamentos, dietas, ejercicio y cuidado del cuerpo. La repentina “medicalización” del cuerpo implica una ruptura y al mis-

mo tiempo una exigencia de cambio en la relación que cada sujeto tenía con el “cuerpo vivido” antes de la “objetivación científica” (Merleau-Ponty, 1957) que supone el sometimiento a la mirada y las prescripciones médicas. Según Merleau-Ponty, usualmente no somos conscientes de la diferencia entre el cuerpo como algo propio y el cuerpo como un “background anónimo-afectivo”; pero podemos volvemos conscientes de ello, por ejemplo, en la enfermedad, donde el interés y la atención se distraen por el dolor y la fatiga, y actividades en las que no nos habíamos concentrado ahora se vuelven centrales, como respirar o movernos. Estas actividades pueden volverse el centro de nuestra atención, tanto a través del fracaso como de la reflexión. Como hemos sugerido más arriba, el cuerpo “vivido” como *background* anónimo-afectivo (Merleau Ponty, 1957) está fuera del discurso (y en particular del discurso médico); es un cuerpo que siente y se experimenta “desde fuera”, como emoción y conmoción (Nancy, 2003). Los sujetos *son* esos cuerpos, pero al ser interrogados deben expresar sus experiencias según las lógicas de sentido con que esos “cuerpos” han sido socialmente construidos. Algunos de nuestros entrevistados dieron cuenta de esta nueva experiencia del cuerpo:

Yo fui muy vanidosa antes de todo esto (...) me refiero a que me gustaba, yo me gustaba, yo no me sentía mal físicamente y ahora, después con todo eso me dio parálisis facial y no me gusta, o sea dije “Ay, si esto no tuviera me sentiría mejor”. (Martina, 52 años, separada, hijos adultos)

Sí, he tenido más grasa en la panza y en el abdomen (...) me siento más cansado (...) ya no puedo lograr la masa muscular que lograba antes, hasta hacía un poco más de ejercicio (...). P: ¿Y te da miedo eso? R: Sí yo creo que sí. P: ¿En qué sentido? R: En que tu cuerpo se va dañando poco a poco, por los medicamentos. (Celeste, 36 años, soltero, sin hijos)

Estos testimonios muestran que en el caso del VIH, con frecuencia el cuerpo pasa de ser vivido como lugar del atractivo físico y el erotismo, a ser percibido como campo de lucha entre dos fuerzas antagónicas, pero ambas hostiles: el virus y los medicamentos. Las personas que han pasado —o han visto pasar a otros— por fases de debilidad a causa del virus, reconocen los efectos positivos de los medicamentos, pero temen sus efectos secundarios. Esta ambivalencia es uno de los factores que influyen en los problemas de adherencia terapéutica (Campero *et al.*, 2007), ya que, sea cual fuere el resultado de esa “lucha”, el cuerpo acaba siendo “menoscabado” de alguna manera.

El cuerpo que se vive como dominado por movimientos involuntarios y procesos no controlados (malestar, cambios en la figura corporal), no es sólo

el cuerpo activo (que “puede”) ni el pasivo (que “sufre”), sino el cuerpo que despliega una “teleología viviente”, una “vitalidad extraña” (De Beauvoir, 1989), que frustra los planes y las decisiones personales, como vemos claramente en este testimonio:

Yo platico con él [el VIH] en la noche (...) yo me siento, me acuesto, me pongo a platicar con él, con mi VIH (...). Converso con él, es más, lo bauticé. P: ¿Qué le dice? D: ¿Pues qué le digo?, pues a lo mejor tonterías, ¿no?, pero yo le pido “sabes qué, luchemos los dos, déjame vivir, te prometo que te voy a dar de comer, te prometo que te voy a dar de beber, te prometo que voy a estar muy bien para que tú estés bien adentro, o sea, no me molestes, déjame dormir”. (Daniel, 39 años, separado, 1 hijo adoptado)

Esta sensación de tener un “cuerpo extraño”, o la conciencia de la propia vulnerabilidad corporal es algo que le ocurre en general a todo sujeto que ha contraído el virus y que ha debido someterse al tratamiento médico indicado. Sin embargo, la experiencia es diferente según se tenga un cuerpo (y género) femenino o uno masculino. La diferencia entre hombres y mujeres representa dos maneras de experimentar la misma contingencia (De Beauvoir, 1989), pero cargada como está de significados sociales, condiciona fuertemente la experiencia de vivir con VIH. Los significados sociales de los cuerpos sexuados explican en parte, por ejemplo, la expresión frecuente de nuestros entrevistados acerca de que los hombres “aguantan menos” la idea y las exigencias de vivir con VIH que las mujeres:

nosotras no dejamos vencernos, los hombres a la primera se rinden y es más difícil sacarlos, se encierran en sus miedos, en su egoísmo, en ese sentido, en su dolor y ya no se puede, y así a una mujer es más fácil, siento que es más fortaleza, más fuerza. (Marisela, 37 años, viuda, hijos adolescentes)

La “vitalidad extraña” que representa el VIH dentro del propio cuerpo parece más difícil de procesar para los varones, que han sido socializados en los valores de la masculinidad dominante, asociada con la idea de potencia, actividad, voluntad e inseminación, y menos con la de sufrimiento pasivo o incapacidad. Muchos de nuestros entrevistados suscribieron algunas nociones de sentido común, como la idea de que las mujeres están “naturalmente” más adaptadas al placer corporal y a la disciplina que los hombres —de ahí que toleren de mejor manera las prescripciones médicas y la auto-vigilancia que implica el cuidado constante del estado de salud—. Aquí aparece un elemento fundamental de la vida con VIH, que es la necesidad de tomar medicamentos, lo cual, si se tiene la fortuna de acceder a ellos de manera

gratuita y regular, exige constancia, orden y disciplina para evitar fallas terapéuticas que podrían generar resistencias virales. Según la mayoría de las mujeres entrevistadas, tanto la disciplina como el orden son cualidades que, a diferencia de los varones, ellas sí poseen. Una de ellas apunta:

Pues bueno los hombres constantemente dejan el medicamento, siempre están: “Ay que luego me lo tomo”, y nosotras las mujeres siempre estamos ahí con las pastillas (...). Los hombres son más burros pues no se las toman como debe de ser (risa); son más necios. (Ofelia, 44 años, viuda, hijos adolescentes y adultos)

Esto también se puede identificar en algunos testimonios de varones:

P: ¿Y has dejado alguna vez de tomar medicamentos? R: “Sí, muchas veces, porque salgo de vacaciones, porque a veces sale alguna situación especial y los dejo dos, tres días. Sé que no lo tengo que hacer; sé que es peligroso porque puede llegar a cambiarme. Trato de no hacerlo, pero a veces salen cosas, *cuando estás activo* salen cosas que a veces no controlas. Trato de no angustiarme, a lo mejor me ayuda, a lo mejor no y me hago tonto yo solito. No lo sé. (Celeste, 36 años, soltero, sin hijos —cursiva nuestra—)

La mayor capacidad de adaptación a un proceso corporal “ajeno” por parte de las mujeres, parece relacionarse, en el discurso social, con el hecho de que ellas de algún modo, en sus procesos reproductivos, ya experimentaron esa “vitalidad extraña” ahora representada por el virus. Una de las mujeres entrevistadas directamente asoció el VIH con un embarazo y con toda la situación emocional que éste implica:

A un hombre se le detecta más rápido, se vuelve sintomático, a la mujer *se le esconde el virus*. Los hombres son más egoístas y menos realistas. De que esta persona me golpeó (llanto) [hablando de quien le transmitió el virus según su testimonio] yo pensaba que *siempre me iba a querer por haberme contagiado*, o sea yo digo: si yo fuera hombre y yo contagiara a alguien, iba a hacer de cuenta que la había embarazado, e iba a cuidar siempre de ese bebé, yo así pensaba (llanto) que él iba a hacer conmigo. Me equivoqué. (Emma, 34 años, separada, hijos adolescentes —cursiva nuestra—)

Este testimonio revela varias diferencias de género en relación con el cuerpo y la sexualidad: el carácter abierto y externo de la sexualidad masculina *versus* el interno y oculto de la femenina (a la mujer se le “esconde” el virus, mientras que al hombre se le nota en seguida). Esta dicotomía que sostiene culturalmente la oposición femenino-masculino tiene un correlato físico en términos vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual, ya

que mientras que éstas son “visibles” en los hombres por tener sus órganos genitales expuestos, en las mujeres permanecen ocultas e ignoradas por mucho más tiempo, generando mayor vulnerabilidad al VIH. Como hemos constatado en este estudio, con frecuencia son los varones quienes primero contraen el virus, y sus parejas femeninas advierten su propia infección cuando la enfermedad ya está avanzada en ellos (la mayor parte de nuestras entrevistadas había envidiado). Pero más importante aún, el testimonio citado muestra la relación ambivalente de la mujer con sus propios procesos corporales, que por un lado le son “ajenos” y por otro, son importantes generadores de vínculos emocionales y de identidad, al menos en el imaginario de género en México, donde el papel más valorado en la mujer es el de madre: la mujer citada espera amor a cambio del “contagio” que asocia con un embarazo —y al virus con un bebé—.

En suma, el diagnóstico de VIH es un evento que produce un cambio radical en toda la vida de las personas. Se convierte en un punto de inflexión que marca un antes y un después, y en tanto acontecimiento crítico puede producir reflexiones y fuertes replanteamientos. A partir de ahí, muchos aspectos de la vida sufren cambios rotundos e irreversibles. Pero además, al ser el VIH un virus fuertemente asociado con la conducta sexual, pone en juego aspectos morales que son vividos de manera distinta por las mujeres y los varones, ya que confrontan los ideales de femineidad y masculinidad dominantes. A ello nos referiremos en el siguiente apartado.

#### *Sexualidad antes y después del VIH*

El ideal sexual femenino tradicional en México, como en muchas partes, espera ciertos comportamientos y actitudes en las mujeres, que a su vez garantizan el control de la reproducción: la virginidad antes del matrimonio —muchas veces confundida con la idea de inocencia y ésta con ignorancia de las cuestiones sexuales—, pasividad, no reconocimiento o expresión del deseo sexual, obligación de complacer a la pareja más allá de su propio deseo o voluntad, fidelidad y orientación a la procreación como principal motivo para ejercer la sexualidad (Szasz, 1998). En contrapunto, el ideal de la masculinidad implica que el hombre ante todo debe ser heterosexual, activo, tener múltiples conquistas sexuales, saber sobre sexo, satisfacer inmediatamente un impulso que se ve como incontrolable, ser fuerte y arriesgado, e invulnerable (Melhus, 1998; Villaseñor-Farías y Castañeda-Torres, 2003). Estas construcciones sociales sobre el género y la sexualidad, que aun siendo frecuentemente transgredidas resultan eficaces como referente normativo a

la hora de confrontar la conducta propia y la ajena, impiden una adecuada conciencia del riesgo de VIH, tanto para los hombres como para las mujeres, y además les acarrean fuertes estigmas una vez que han adquirido el virus (Herrera y Campero, 2002).

En el caso de las mujeres entrevistadas, la sexualidad parece ser un terreno ajeno a su control y deseo, lo cual queda puesto en evidencia por la manera en que ellas manifiestan haber recibido el diagnóstico sobre el VIH, como un hecho totalmente inesperado y en algunos casos “imposible de creer”. Pero, paradójicamente, al mismo tiempo que su sexualidad es controlada por otros y no por ellas mismas, se las suele hacer responsables de las consecuencias de su actividad sexual, y en este caso de la infección adquirida. Esto pone en duda su moral, ya que como dijeron tanto los hombres como las mujeres entrevistados, el VIH inmediatamente hace caer sobre ellas la sospecha de que “quizás se lo han buscado”.

Creo que la promiscuidad se permite más, es como un premio para un hombre, y para una mujer es un castigo, y eso es un (...) “hijole, es una puta”, ¿no? (Emiliano, 31 años, soltero, sin hijos)

La sexualidad parece ser así el terreno de desigualdad más difícil de cambiar en favor de las mujeres, dadas las normas que rigen a ambos géneros y el desbalance de poder que esto implica. A diferencia de los hombres, a quienes se permite en principio gozar de libertad sexual, la sexualidad de las mujeres se ve fuertemente controlada desde temprana edad (Turner, 1989).

Sin embargo, hemos podido constatar a partir de nuestro análisis, que también la sexualidad “masculina” es vivida por sus sujetos —retrospectivamente— como un “pecado” del que la infección por VIH sería el castigo esperable. Dentro del dolor que esto ocasiona, los hombres encuentran en su conducta “canija” —propia de los varones— la explicación “lógica” de la infección, que se convierte así en una consecuencia “merecida”. Si bien es bastante evidente para ellos que la adquisición del virus es producto de la falta de información oportuna y no su “culpa”, en general también manifiestan que “de alguna manera se lo buscaron”, a diferencia de las mujeres que, según expresaron varios de ellos, adquirieron el virus aun “portándose bien”.

Ahora bien, creemos que en estas maneras de entender la transmisión del VIH se da una coexistencia de discursos sociales, algunos provenientes de la religión —la idea de la sexualidad como pecado— y otros de la normatividad dominante sobre la masculinidad “legítima” que, como dijimos, debe ser ante todo heterosexual. Esto porque en la noción de “destramamiento” que muchos entrevistados mencionaron, se incluían abierta o veladamente

prácticas de sexo con otros hombres, lo cual, en la medida en que ellos se consideraban “verdaderamente hombres”, debían justificar de algún modo. Si bien la mayoría hizo explícita esta práctica en su vida, esto fue después de que indagamos en el significado de algunas de sus expresiones, como “destramarse”, “andar de camijos”, o ser “payasos”, asociando el sexo “indiscriminado” (donde se incluían tanto trabajadoras sexuales como otros hombres) con diversas situaciones de “descontrol”. Como otros estudios han documentado (Bronfman y Minello, 1999), este relajamiento de los “controles” sexuales y de género suele ser asociado por los varones con situaciones como la migración, la soledad, el alcohol y las drogas, lo que fue constatado por nuestros entrevistados:

Bueno, antes de que mi esposa se embarazara de mi segundo hijo nos separamos un tiempo, estuve dos años y medio en la frontera, entonces pues solo, llegué a tener relaciones sexuales con otras parejas, o sea buscaba servicio y así yo pienso que fue donde hubo el punto de contagio. P: ¿te refieres a servicio de “prostitutas”? R: Ajá. (Abelardo, 32 años, casado, hijos pequeños)

Muchos de nuestros entrevistados, además, encontraban en esta sexualidad “descontrolada” la causa que “justificaba” su padecimiento, e incluso la discriminación posterior sufrida, pero uno de los mayores temores que los varones manifestaron al respecto, fue el de ser identificados con los “homosexuales”.

Los heterosexuales hombres son más discriminados, por eso no vienen a las clínicas ni por medicamentos, no quieren juntarse con los homosexuales. (Clara, 56 años, viuda, hijo adolescente adoptado)

Afortunadamente todos somos heterosexuales, *por lo mismo no tenemos vicios*, no somos drogadictos. (Agustín, 40 años, soltero, sin hijos —cursiva nuestra—)

Las mujeres, por su parte, manifiestan sentir fuertes sentimientos de culpa si han tenido otras parejas —antes o durante la relación estable—, y por ello prefieren no indagar en las posibles vías de transmisión del virus, aun cuando tengan sospechas de prácticas bisexuales en sus compañeros. Sienten que, de algún modo, ellas tampoco están “libres de pecado”.

Me siento como comprometida, como obligada, como tener que pagarle [al ex esposo], como forzada a tener que verlo, a tener que estar con él. P: ¿Sientes que le hiciste algo a él? R: Sí, siento que es mi culpa. P: ¿Por qué? R: Pues porque le digo que tuve otras parejas, no sólo él. P: Pero fue él quien te infectó a ti, ¿verdad?

R: Sí. (Su ex esposo era violento. Algunos vecinos le dijeron que era “puñal”—homosexual— y a pesar de haberle transmitido el VIH la agredió, diciéndole que ella era la culpable “por puta”). (Rosaura, 32 años, separada, hijos pequeños)

El miedo a la sospecha de “promiscuidad” —en ellas— y de preferencias homoeróticas —en ellos—, son los elementos de la moral sexual dominante que más los afectan —aunque de manera diferente—, ya que obstaculizan tanto sus disposiciones preventivas como sus expectativas de recibir un trato digno por parte de la sociedad, una vez adquirido el virus. Un buen número de mujeres mencionó que había sospechado de la “bisexualidad” de su marido o que directamente un tercero se lo había hecho saber, pero persistía en ella su negativa a admitirlo como “cierto”. La conducta sexual masculina suele ser invisibilizada y relegada a “espacios de hombres” a los que las mujeres no acceden, ni siquiera para hablar de ello. Las posibilidades de actividad sexual de los hombres, que se sospecha son la causa del VIH contraído también por ellas, quedan subsumidas en un mundo oculto y nebuloso: varias respondieron a la pregunta ¿cómo cree que él adquirió VIH?, con frases como “le gustaban las cantinas”. Se trata de espacios tradicionalmente masculinos, donde circula el alcohol y —como es sabido— se exponen odios y amores entre hombres. En general las mujeres prefieren no saber detalles y “seguir adelante”, aun cuando la pareja idealizada haya sufrido con esto una innegable ruptura.

La mitad de las mujeres abandonó la vida sexual activa después de recibir su diagnóstico; algunas restablecieron relaciones afectivas, pero no sexuales. Las razones que ofrecen son varias, desde que no las desean, pasando por no saber cómo manejar la situación con una nueva pareja, hasta el temor a re-infectarse, incluso usando protección. Otras dicen que por el momento no están interesadas en tener otra pareja, y una de ellas hasta comentó que estaba cansada de los hombres. Para algunas, inclusive, buscar o tener una nueva pareja es perder la autonomía alcanzada:

Ahorita, por el momento al menos, no pienso tener una relación formal con ninguna persona. Porque, bueno, yo estoy muy bien aquí en mi casa y estoy acostumbrada también a estar sola, a salirme si me da la gana ahorita y regresar mañana, o qué sé yo, y entonces me acostumbré a ser muy libre en ese sentido. (Carmen, 47 años, separada, hijos adultos)

Entre las mujeres que continuaban teniendo vida sexual activa, se daban diversas situaciones: unas consideraban que no tenían necesidad de protección porque su pareja sexual también era una persona con VIH, arriesgándose así a una re-infección; otras manifestaban no saber cómo manejar su diag-

nóstico con una nueva pareja y temían el rechazo, por lo que preferían no hablar de su condición e intentar negociar el uso de condón en cada relación sexual, obteniendo distintos grados de éxito en el intento. Un grupo pequeño de mujeres sexualmente activas sí utilizaba el condón como práctica regular.

En términos generales, observamos que la vida sexual tiende a ser abandonada por las mujeres, y en el caso de quienes no lo hacen, sigue siendo una práctica poco controlada por ellas, aun después del diagnóstico de VIH. Es importante mencionar que cerca de la mitad de las mujeres entrevistadas reportó haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja, expresada en amenazas de abandono o de golpes si ella se negaba a tener relaciones sexuales, y en varios casos sin protección, aun después de conocer el diagnóstico. Varias de ellas manifestaron nunca haber disfrutado de las relaciones sexuales. Esto parece constatar un modelo de sexualidad femenina dominante: como sostiene Ana Fernández (1996), debe pensarse que el matrimonio monogámico —el derecho exclusivo del marido sobre la esposa— sólo puede sostenerse a través de un proceso histórico-social de producción de una particular forma de subjetividad: la pasividad femenina, por la que la mujer se aliena de la propiedad y exploración de su cuerpo, del registro de sus deseos, y de la búsqueda activa de sus placeres. El VIH, para muchas, cancela la posibilidad de procrear y, por lo tanto, la sexualidad “legítima”; y además las lleva a exacerbar el rol materno, quizás para evitar la posible “sospecha” de que han buscado su propio placer sexual, y fundamentalmente porque ese es el papel más reconocido por la sociedad y el que define la identidad de género más legítima:

El hombre, para tener relaciones con una mujer no se aguanta mucho tiempo y una mujer sí puede aguantarse mucho tiempo. Yo te lo digo porque yo ya lo viví, que sí puede uno aguantarse no teniendo pareja, te puedes distraer con tus hijos, distraer en tu quehacer, distraer en todo, hacer ejercicio, la cosa que se te olvida. (Laura, 40 años, viuda, hijos pequeños y adolescentes)

Precisamente el “castigo” más duro para muchas mujeres que han contraído el VIH, como ocurrió con varias de nuestras entrevistadas, es el intento de parientes y allegados de alejarlas de sus hijos, a veces con la propia aceptación resignada de ellas mismas, por sentirse poco dignas de ser madres.

La misma sociedad rechaza más a las mujeres, porque piensan que la mujer dio motivo para salir infectada. (Tobías, 27 años, viudo, un hijastro)

En cuanto a la vida sexual de los varones, sus testimonios contrastan notablemente con lo que las mujeres dijeron de “ellos”. Muchas de nuestras entrevistadas opinaron que los hombres eran sexualmente “irresponsables” y

que esto no cambiaba después de adquirir el virus. Por el contrario, según varias de ellas, a los hombres “no les importa infectar a otros u otras” e incluso “lo hacen a propósito, por venganza”. Esta percepción de la sexualidad masculina como un impulso agresivo, e incluso destructivo, es parte de los estereotipos de género predominantes en la subjetividad femenina, aunque no necesariamente coincide con lo que los propios varones relataron sobre su vida sexual, antes y después del diagnóstico. Muchos de ellos manifestaron sentir una intensa culpa al descubrir que habían causado un daño, y súbitamente asociaban su vida sexual pasada con un “pecado” que de algún modo debían expiar. Algunos, aun cuando lo hubieran deseado, manifestaron su decisión de no volver a tener pareja por temor a “lastimarla”, o bien habían establecido relaciones afectivas con mujeres u hombres, pero evitando las relaciones sexuales, por miedo a infectarlos incluso usando protección, ya que como varios dijeron, “siempre pueden ocurrir accidentes”. Varios entrevistados varones manifestaron que no sabían cómo revelar su condición a una eventual pareja, y preferían entonces tener relaciones sexuales ocasionales con trabajadoras sexuales, porque con ellas “no hay que explicar por qué se usa el condón”. Una pareja “afectiva”, a pesar de que la mayoría la consideró una necesidad vital, por el contrario, podría rechazar el uso del condón por desear tener hijos y/o por sospechar infidelidad, ante la insistencia del compañero en protegerse.

Desde que me comprobaron [el diagnóstico] dejé todo, dejé de andar en las cantinas. Me dedico ya nomás a su pobre casa y al trabajo (...) sí se me insinúan personas, pero yo ya no quiero causarles un mal ni quiero que ellas lleguen a saber de mí tampoco. (Sergio, 57 años, separado, hijo adulto)

Entre los varones que continuaban viviendo con sus parejas estables, un grupo valoraba los aspectos emocionales y de cuidado que recibían de ellas, pero no mantenían relaciones sexuales, mientras que otro grupo practicaba con ellas sexo seguro y/o protegido. A pesar de las variaciones, casi todos los varones mencionaron haber sufrido un cambio radical en su vida sexual, que se volvió “más tranquila” o nula después del diagnóstico.

Las beso, me besan ellas, pero algo más ya no; o sea, me dolió mucho el saber que a través de una relación sexual se transmite el VIH, eso fue lo que me amoló. (Daniel, 39 años, separado, un hijo adoptado)

La depresión, el miedo, el cansancio, los malestares y los efectos secundarios de los medicamentos fueron mencionados por los varones entrevistados como las principales causas de una drástica “baja en la libido”.

No estoy en condiciones ahorita físicamente todavía; no me responde mi organismo por la enfermedad, me faltan las defensas, me falta energía (...) y se supone que *si busco una pareja es para tener relaciones*. (Manuel, 52 años, viudo, hijos adultos —cursiva nuestra—)

### Discusión

Abordar el tema del cuerpo enfrenta dificultades y complejidades. Si bien el cuerpo como “commoción” (cuerpo singular, que *siente*) está más allá del cuerpo que “significa” (Nancy, 2003) y los sujetos *son* esos cuerpos, al ser interrogados deben expresar sus vivencias según las lógicas de sentido con que esos “cuerpos” han sido socialmente construidos. En la cultura occidental ha predominado un desprecio o sacrificio del cuerpo en favor de la exaltación del “espíritu” (Turner, 1989; Nancy, 2003; Le Breton, 2002). El cuerpo, sin embargo, ha servido como metáfora de la comunidad o el orden social y político, mismo que hoy se encuentra en cuestión (Turner, 1989). Según algunos autores, el desencanto actual con el orden social se manifiesta como un “desprecio del cuerpo”, que es su correlato, y esto se expresa en la creciente tendencia en los medios de comunicación a ofrecer imágenes de degradación y mutilación de los cuerpos, especialmente los femeninos (Stathatos, 2004). El cuerpo femenino aparece como un objeto ambivalente: santificados por nuestra cultura como sede de la maternidad y la crianza, es también satanizado como lugar de desorden e impureza. Es de alguna manera “inviolable” y “violable” a la vez. Como hemos señalado más arriba, para Simone de Beauvoir (1989) el varón experimenta las dualidades de su cuerpo primariamente en su sexualidad, ya que el cuerpo le está dado no sólo como instrumento de su voluntad y expresión de su deseo, sino también como un receptor pasivo y una vitalidad “ajena”. El órgano sexual (por el que se afirma a sí mismo) es al mismo tiempo sede de procesos —por ejemplo la erección— que están más allá de su control. Las mujeres, en cambio, experimentan esta dualidad de manera diferente. La “división” del cuerpo no es ocasional en ellas, sino recurrente. Esta experiencia se vive en la cotidianidad a través del ciclo menstrual y se intensifica en el embarazo, el parto y la lactancia; es decir, que si bien la “vitalidad extraña” pertenece a todo cuerpo viviente, lo que distingue a la que experimentan las mujeres es su estructura temporal, que forma un continuo cíclico en el flujo de su experiencia. El cuerpo, que es nuestra ancla en el mundo, es al mismo tiempo un “extraño” para nosotros, y esto, según De Beauvoir, es experimentado de manera más “íntima” por las mujeres. Para esta autora, la mujer inspira en el hombre un “horror al cuerpo dividi-

do”, que es el horror a su propia contingencia carnal, pero proyectada en ella. En otras palabras, para mantener la ilusión de invulnerabilidad, certidumbre, completud y fuerza que en el imaginario de género forman parte del deber ser masculino, los hombres depositan fuera de sí (en las mujeres) las características de la debilidad, la incertidumbre y la vulnerabilidad corporal que todo ser humano posee.

Estas construcciones están en la base de la misoginia, pero también del estigma social internalizado por los hombres, una vez que contraen el VIH o desarrollan sida. La enfermedad pone al descubierto la vulnerabilidad del cuerpo, que tiende a ser vista como una característica femenina o infantil. De manera que el cuerpo y su contingencia son vividos de diferente manera por hombres y mujeres, no sólo por las características biológicas que señala De Beauvoir (1989), sino especialmente porque la sexualidad está moldeada por lo que dictan los discursos sociales sobre el género. La sexualidad es una de las múltiples formas en que el cuerpo se emociona y conmociona, en el cruce con otros cuerpos, pero esto queda fuera del discurso (Nancy, 2003). El discurso médico, por su parte, se ha constituido como el discurso oficial sobre el cuerpo (Le Breton, 1990). Sin embargo, también es un discurso normativo (Parsons, 1988; Goffman, 1973; Foucault, 2004; Canguilhem, 1982; Clavreul, 1983), que ha tendido a convertir cuestiones sociales en enfermedades, y a ofrecer soluciones técnicas a las mismas (Monserrat y Rodríguez, 1994). También es conocida la asociación entre el desorden corporal y el desorden social (Douglas, 1984). En el caso del VIH, el cuerpo se revela como el delator de un “desorden de índole moral”, extensible a las relaciones sociales en general. Y es la medicina, como aquella que “sabe sobre el cuerpo” y como discurso normativo (Clavreul, 1983), la primera convocada a poner orden “allí”; pero ese allí —el cuerpo— es justamente algo inclasificable, ambivalente. En la actualidad, al mismo tiempo que las disfunciones corporales revelan “miserias” de tipo espiritual y moral de dudosa resolución —al menos desde la medicina—, se exacerba una obsesión por la salud, por procurarse un cuerpo saludable. Pero esto ya no tiene que ver con el cuerpo, sino con la necesidad de neutralizarlo, con un desprecio velado por el mismo. Según Débray (1994), la medicina pertenece al “régimen del arte”. En él prevalece la descripción, una mirada orgullosa de poder ver “claro y al fondo”, detrás de la cual hay un sujeto intercambiable. Esta mirada crea un espacio inteligible “que neutraliza los recovecos oscuros de lo sensible”. El cuerpo se ve como “volumen” (pero aplanado), que pierde narración y sustancia. En este contexto, para las personas con VIH, decir “la verdad” sobre sus prácticas y estatus es vergonzoso, tal vez porque, en un padecimiento que va más allá de lo estrictamente médico y que involucra lo moral,

los sujetos no pueden controlar las circunstancias de esta “exposición” (Sennett, 2003).

Hemos querido mostrar que la combinación de normas de género restrictivas con falta de información adecuada sobre el VIH constituye un “cocktail explosivo” para las personas que viven con el VIH en México. La manera en que se viven el cuerpo y la sexualidad después del diagnóstico está fuertemente marcada por esas normas, que a su vez obstaculizan la búsqueda de información confiable, una vida sexual más consciente y libre, y un mayor autocuidado. En general, nuestros entrevistados manifestaron tener una vivencia angustiosa y casi alienante de su cuerpo y sexualidad, lo que relacionamos con prejuicios morales y normas sociales internalizadas. Las mujeres oscilaron entre dos conductas opuestas: o una franca negación de la sexualidad, o un ejercicio azaroso y heterónomo de la misma. Muchos varones no se permitían expresar temor ante la sexualidad o desvincular la necesidad de pareja de la exigencia de “buen desempeño” sexual, por lo que se privaban de la búsqueda de relaciones más plenas. Hombres y mujeres por igual vivían con miedo a transmitir el virus a otros o a la re-infección o, por el contrario, mantenían relaciones desprotegidas con otras personas con VIH y asociaban el uso del condón con la posibilidad de provocar sospechas de tener VIH o la necesidad de compartir el diagnóstico. En cuanto a las prácticas sexuales después del VIH, los varones que decidían mantenerlas parecían continuar dejando el cuidado en manos de su pareja sexual —al decir por ejemplo que iban con trabajadoras sexuales porque ellas sí “saben” del condón—, en tanto que las mujeres, paradójicamente, cuando continuaban teniendo actividad sexual, seguían dejando las “decisiones” en manos de los varones por idénticas razones: porque son ellos quienes “saben de eso”. El hecho de que para muchas mujeres dejar la vida afectiva —y por lo tanto sexual— sea sinónimo de “libertad”, nos muestra el carácter heterónomo de la misma, aunque ellas sigan siendo vistas como las responsables de sus consecuencias.

A pesar de que la epidemia del VIH ha obligado a hablar más abiertamente sobre prácticas sexuales y sobre los avances logrados en educación preventiva, la sexualidad sigue siendo un ámbito lleno de prejuicios y tabúes en la sociedad mexicana. En general prevalece un discurso médico asociado a la prevención de la enfermedad, y se dejan de lado aspectos vitales de la vida sexual y afectiva de los sujetos que tienen consecuencias directas en sus prácticas. Este paradójico ocultamiento de la sexualidad —la cual debería hacerse más visible— contribuye a generar lo que se ha dado en llamar la “segunda epidemia”: la del estigma y la discriminación asociados al VIH. Como muchos de nuestros entrevistados (varones y mujeres) han manifestado, el descubrimiento del VIH como infección de transmisión sexual, lejos de haberlos llevado a

una discusión más abierta o a una práctica más consciente y responsable de la sexualidad, ha tendido —por el contrario— a reforzar su negación, a “no querer saber más de ella”. Creemos que esto de debe tanto a la persistencia de mitos y prejuicios morales sobre la sexualidad, como a la falta de información y educación sexual adecuadas para contrarrestarlos. Socialmente, a diferencia de lo que ocurre con los niños, a quienes se juzga víctimas inocentes del VIH, tanto las mujeres como los varones que viven con el virus son tratados con ambivalencia o, en el peor de los casos, con franco rechazo. En el caso de las mujeres por la sospecha de promiscuidad, y en el de los varones por la de homosexualidad. La medicina reduce esas ambivalencias, desconociendo todo aquello que no sea susceptible de tratamiento médico, por ejemplo, el cuerpo, su historia y sus deseos.

Así como sucede con el cuerpo, en general no se habla de sexualidad ni de opciones reproductivas en los consultorios, menos con las mujeres. El cuerpo y la sexualidad están ausentes de los discursos “legítimos” sobre el VIH, y esto, además de constituir una falta grave, marca una diferencia con otros padecimientos, sobre todo considerando que el VIH es una enfermedad de transmisión sexual. Todo ello sin duda afecta la salud física y mental de las personas con VIH y disminuye su calidad de vida. Como hemos visto, tanto los ideales sexuales dominantes como las creencias erróneas sobre el VIH dan por resultado una deficiencia en el autocuidado y el cuidado de los otros. Sin embargo, pareciera que las mujeres están más “preparadas” tanto para la disciplina de los tratamientos como para cuidar de sus parejas e hijos con VIH. La disciplina es vista socialmente como más “natural” en la mujer, mientras que en los hombres es como un “castigo” a veces intolerable, de ahí la mayor tendencia en ellos a la “transgresión”, por ejemplo abusando de drogas o de alcohol o practicando sexo desprotegido. El VIH les muestra que su cuerpo también es vulnerable, algo que por la socialización de género no están dispuestos a aceptar en buen grado, especialmente cuando la vulnerabilidad es asociada a lo femenino, y el VIH en particular con los homosexuales. Los hombres manifestaron mayor temor a que se conociera su diagnóstico precisamente para evitar el estigma asociado a los “hombres gay”, lo cual los lleva a una vida de aislamiento. Hemos encontrado una notable persistencia de estas normas sexuales y de género, aun dentro de la variabilidad de experiencias de los sujetos participantes de este estudio.

### **Conclusiones**

En este artículo quisimos destacar que la infección por VIH afecta de manera radical la vida de las personas, sean éstas mujeres u hombres, pero que am-

bos géneros tienen diferentes maneras de experimentarla. Al mismo tiempo, los testimonios dados por personas que han debido reflexionar al respecto, saca a la luz construcciones sociales del género y la sexualidad que operan en la sociedad mexicana, modelando las prácticas sexuales de hombres y mujeres, tengan o no VIH. Conocer estas diferencias puede permitir identificar necesidades específicas que eventualmente sirvan de orientación a iniciativas que apunten a mejorar la atención y calidad de vida de las personas con VIH, pero también a elaborar estrategias preventivas más eficaces. Muchas veces se espera de las personas con VIH apego y obediencia a las prescripciones médicas, sin reconocer la multiplicidad de factores emocionales y sociales que afectan este apego y que difieren por género. Se necesita también revisar la manera en que la socialización tradicional de género atenta contra las prácticas de sexo seguro y protegido en países como el nuestro.

Nuestros hallazgos indican que es necesario abordar la sexualidad y los estereotipos de género, así como brindar información completa y científica sobre temas como la re-infección, yendo más allá de la simple promoción del condón en las clínicas que brindan tratamiento y cuidados a personas que viven con VIH. En todos los casos, es necesaria una fuerte perspectiva de género que reconozca las posibilidades diferenciadas de hombres y mujeres de decidir sobre el uso del condón. Para el caso de las personas que tienen una pareja sero-concordante o discordante que conoce su estatus serológico, la consejería y capacitación en pareja pueden ser clave para promover la comunicación sobre la sexualidad y el sexo protegido. Además, es necesario que los servicios de salud tengan la capacidad de brindar insumos y servicios en salud sexual y reproductiva a personas que viven con VIH. En una consulta realizada a nivel nacional en México (Foro de Consulta Ciudadana de la SSA sobre VIH y sida, 2007), las mujeres que vivían con VIH solicitaron incluir una dotación de condones a personas con VIH dentro de los procedimientos rutinarios en las clínicas de VIH, y notaron una falta de acceso a condones femeninos en sus estados; en cuanto a la atención de las ITS, solicitaron que se les diera prioridad en el diagnóstico y tratamiento de estas infecciones, en particular para detectar el Virus del Papiloma Humano y el cáncer cérvico-uterino.

Los hallazgos nos orientan a capitalizar elementos de género que podrían contribuir al autocuidado, así como la necesidad de intervenciones diferenciadas por género para estimular la creación o el fortalecimiento de redes sociales, autoestima e integración social en las personas que viven con VIH. Para las mujeres se ha observado que la participación en grupos de auto-apoyo con otras mujeres ha sido una manera eficaz de empoderarse, alentando la reactivación de la vida afectiva, así como profesional (Kendall y Pérez Vázquez, 2004). La vinculación social para hombres que viven con VIH no

identificados como *gays* presenta un reto en la epidemia mexicana. Algunos de nuestros informantes varones heterosexuales pidieron grupos de autoapoyo para heterosexuales, lo cual podría ser factible en ciudades grandes; el mundo virtual también ofrece espacios de intercambio de experiencias, información, creación de amistades, etc. Es necesario que las estrategias de prevención y control del VIH sean eficaces en términos de salud pública, pero también que respeten los derechos sexuales y reproductivos de las personas afectadas. En nuestro país aún son muchos los obstáculos para una realización plena de estos derechos y, más en general, para un cambio sustancial en las relaciones de género que hacen vulnerables a hombres y mujeres al VIH y al estigma asociado a él.

Recibido: febrero de 2008

Revisado: julio de 2008

Correspondencia: Instituto Nacional de Salud Pública/Insurgentes Sur 3493 10-104/Villa Olímpica/Deleg. Tlalpan/correo electrónico CH: cherrera@correo.insp.mx, LC: lcampero@correo.insp.mx, MC: mcaballero@correo.insp.mx, TK: tamilhiv@gmail.com, AQ: anaemiliaquiroz@colmex.mx

### Bibliografía

- Bronfman, M. y Nelson Minello (1999), "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH", en M. Bronfman, A. Amuchástegui, R. M. Martina, N. Minello, M. Rivas y G. Rodríguez (eds.), *SIDA en México: migración, adolescencia y género*, Méjico, Información Profesional Especializada, pp. 3-74.
- Butler, Judith (2005), *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, Buenos Aires, Paidós.
- Campbell, Carole (1995), "Women and AIDS", *Social Science and Medicine*, vol. 41, núm. 2, pp. 197-210.
- Campero, L., C. Herrera, T. Kendall y M. Caballero (2007), "Bridging the Gap Between Antiretroviral Access and Adherence in Mexico", *Qualitative Health Research*, vol. 17, núm. 5, pp. 599-611.
- Canguilhem, G. (1982), *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI.
- Clavreul, J. (1983), *El orden médico*, Barcelona, Argot.
- De Beauvoir, Simone (1989), *El segundo sexo*, México, Siglo XXI, Alianza.
- Débray, Regis (1994), *Vida y muerte de la imagen. Historia de la mirada en Occidente*, Barcelona, Paidós.
- Douglas, M. (1984), *Purity and Danger*, citado por David le Breton (1994), en "Lo imaginario del cuerpo en la tecnoescencia", *Reis*, núm. 68, octubre-diciembre.

- Fernández, Ana María (1996), “De eso no se escucha: el género en psicoanálisis”, en M. Burin y E. Dio Bleichmar (comps.), *Género, psicoanálisis, subjetividad*, Buenos Aires, Paidós, pp.140-175.
- “Foro de consulta ciudadana de la SSA sobre VIH y sida” (2007), resultados de la Mesa de Mujeres, Guadalajara, 30 de marzo (mimeo).
- Foucault, Michel (2004), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI.
- Glaser, B. G. y A. L. Strauss (1967), *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Nueva York, Aldine.
- Goffman, E. (1973), *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Herrera, C. y Lourdes Campero (2002), “La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/sida: constantes y cambios en el tema”, *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 6, nov-dic, pp. 554-564.
- Hirsch, J. S., S. Meneses, B. Thompson, M. Negroni, B. Pelcastre, C. del Río (2007), “The Inevitability of Infidelity: Sexual Reputation, Social Geographies and Marital HIV Risk in Rural Mexico”, *American Journal of Public Health*, vol. 97(6), pp. 986-996.
- Johnson, K. M., J. Alarcón, D. M. Watts, C. Rodríguez, C. Velásquez, J. Sánchez (2003), “Sexual Networks of Pregnant Women with and without HIV Infection”, *AIDS*, vol. 17(4), pp. 605-612.
- Kalichman, S. C. (2008), “Co-occurrence of Treatment Nonadherence and Continued HIV Transmission Risk Behaviors: Implications for Positive Prevention Interventions”, *Psychosomatic Medicine*, vol. 70, pp. 593-597.
- Kendall, T., C. Herrera, M. Caballero y L. Campero (2007), “HIV Prevention and Men who Sex with Women and Men in Mexico: Findings from a Qualitative Study with HIV-positive Men”, *Culture, Health & Sexuality*, vol. 5, pp. 459-472.
- Kendall, T. e Hilda Pérez-Vázquez (2004), *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario*, México, Colectivo Sol.
- Le Breton, David (2002), *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Melhus, M. (1998), “Configuring Gender: Male and Female in Mexican Heterosexual and Homosexual Relations”, *Ethnos*, vol. 63, pp. 350-382.
- Merleau-Ponty, M. (1957), *Fenomenología de la percepción*, México, FCE.
- Monserrat J. y J. Rodríguez (1994), “El cuerpo humano y las nuevas tecnologías médicas. Hacia una redefinición del principio y el fin”, *REIS*, núm. 68, oct-dic.
- Muhr, Thomas (1997), *Scientific Software Development. Visual Qualitative Data Version. ATLAS Ti 4.2. PC/Windows 95*, Berlín, Scolari Sage Publications Software.
- Nancy, J.-L. (2003), *Corpus*, Madrid, Arena.
- Negróni, M. (2002), “La reducción del estigma y la discriminación asociados con el VIH/sida. Aspectos relacionados con la Conferencia Internacional de sida en Barcelona”, I reunión del proyecto, “Reducción del estigma y la discriminación relacionados con VIH/sida en México”, México, INSP, CENSIDA, agosto.

- ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida) (2007), “México Fact Sheet”, texto completo en URL: [www.unaids.org/en/Regions-Countries/Countries/mexico.asp](http://www.unaids.org/en/Regions-Countries/Countries/mexico.asp), última consulta 28 de febrero de 2007.
- (2006), *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2006*, Ginebra, ONUSIDA.
- Parsons, T. (1988), *El sistema social*, Madrid, Alianza.
- Richardson, D. (1990), “AIDS Education and Women: Sexual and Reproductive Issues”, en P. Aggleton, P. Davies y G. Hart (eds.), *AIDS: Bidimensional, Cultural and Policy Dimensions*, Londres, The Falmer Press, pp. 169-179.
- Rubin, G. (1996), “El intercambio de mujeres. Notas sobre la `economía política del sexo”, en Martha Lamas (ed.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, Porrúa, pp. 35-96.
- Sennett, R. (2003), *El respeto: sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*, Barcelona, Anagrama.
- Stathatos, J. (2004), “Imágenes para el final del tiempo”, en D. Pérez (ed.), *La certeza vulnerable. Cuerpo y fotografía en el siglo XXI*, Barcelona, Gustavo Gili.
- Szasz, I. (1998), “Los varones y la sexualidad. Aportes del pensamiento feminista y primeros acercamientos a su estudio en México”, en S. Lerner (comp.), *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México.
- Turner, B. (1989), *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*, México, FCE.
- Villaseñor-Farfás, M. y J. D. Castañeda-Torres (2003), “Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes”, *Salud Pública de México*, vol. 45, pp. S44-S57.