

La vulnerabilidad ante el VIH. Estrategias alimentarias en la experiencia de vida.

Bernardo Adrián Robles Aguirre*

RESUMEN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) continúan representando uno de los principales problemas de salud que enfrenta la sociedad actual. En el presente estudio centraremos nuestro interés en conocer cómo se desarrollan las estrategias alimentarias en el reconocimiento y enfrentamiento con el diagnóstico de VIH. Identificar qué valor le atribuyen y registrar si esto, facilita u obstaculiza el proceso de aceptación e incorporación del VIH en la vida cotidiana. Para lo anterior, se realizaron entrevistas semiestructuradas a nueve personas y se orientaron a recuperar la experiencia del VIH. Los resultados muestran que los hábitos alimentarios, no se refieren únicamente a los productos que los informantes comían en los horarios correspondientes, sino que también, se debe considerar los factores de urbanización, así como los gustos y preferencias alimentarias de cada informante, por ello, es un ámbito que reúne importantes contradicciones en la incorporación de la condición de seropositivo, y en la adherencia al medicamento, así, aunque la experiencia cotidiana de comer es un comportamiento imprescindible y necesario que constituye el aspecto nodal e insustituible no sólo para vivir, sino también para una buena salud, es un elemento importante para identificar la forma en cómo se construye e interpreta el mundo.

PALABRAS CLAVES: estrategias alimentarias, vida cotidiana, VIH, entrevistas semiestructuradas.

Vulnerability to hiv. food strategies in the experience of life

ABSTRACT

Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) continue to represent one of the main health problems facing today's society. In the present study we will focus

* Doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Programa de Becas Posdoctorales en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIA-UNAM)

Fecha de recepción: 07 de diciembre de 2019.

Fecha de aceptación: 25 de febrero de 2020.

our interest in knowing how food strategies are developed in the recognition and confrontation with the diagnosis of HIV. Identify what value they attribute and record if this facilitates or hinders the process of acceptance and incorporation of HIV into everyday life. For the above, semi-structured interviews were conducted with nine people and they were oriented to recover the experience of HIV. The results show that the eating habits do not only refer to the products that the informants ate at the corresponding times, but also, the urbanization factors, as well as the tastes and food preferences of each informant, therefore, should be considered. It is an area that brings together important contradictions in the incorporation of the seropositive condition, and in the adherence to the drug, as well, although the daily experience of eating is an essential and necessary behavior that constitutes the nodal and irreplaceable aspect not only for living, but also for good health, it is an important element to identify the way in which the world is constructed and interpreted.

KEYWORDS: food strategies, daily life, HIV, semi-structured interviews.

Introducción

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa siendo una problemática relevante de salud pública a escala mundial (OMS, 2019) y aunque su diagnóstico trasciende a todos los grupos etarios, sexo y otras condiciones sociales, su presencia en varones en edad productiva es significativa como una causa de morbimortalidad (Aguilar y Paredes, 2017). A esto, debemos agregar la pobreza multidimensional como un factor que permite el incremento en la incidencia anual de nuevos casos, así, el empobrecimiento, la migración y el deterioro de las condiciones de vida de miles de familias mexicanas han evidenciado que hay sectores de la población que, si bien no se encuentran en condición de pobreza extrema, pueden ser consideradas como vulnerables debido a que disponen de insuficientes recursos para enfrentar y superar los efectos de las cambiantes circunstancias económicas o del propio ámbito familiar (Leyva *et. al.*, 2009 y CONAPO, 2000), en este sentido, el VIH y el Sida, han sido identificados como factores de vulnerabilidad en este

grupo poblacional (Velásquez y Bedoya, 2011 y Urzúa y Zúñiga, 2008).

La vulnerabilidad es una “noción multidimensional en la medida que afecta tanto a individuos, grupos y comunidades en distintos planos de su bienestar, de diversas formas y con diferentes intensidades” (Busso, 2001: 8) y hace referencia a: la inseguridad, la indefensión y la exposición a riesgos¹ y *shocks* provocados por eventos socioeconómicos extremos y la disponibilidad de recursos y de estrategias desarrolladas por comunidades, hogares e individuos para hacer frente a situaciones de adversidad (Chambers, 1989 y Bayón y Mier, 2010), causando sinergias negativas que tienden a un agravamiento progresivo (Kaztman, 2000).

¹ El concepto de riesgo atiende de manera directa los factores por los que se considera que los actores sociales se encuentran en una mayor probabilidad de adquirir el virus; el bajo acceso a la información, a los conocimientos, a servicios de salud y a redes sociales de apoyo, evidencia el marco de vulnerabilidad social estructural en que se encuentra la mayoría de los sujetos sociales amenazados por el VIH (Collignon - Goribar, 2009: 4).

Así, los sectores de la población que viven con bajos recursos económicos y con una deficiente atención en materia de salud pública, se han convertido en los grupos con mayor posibilidad de estar en situación de vulnerabilidad para contraer el VIH, de forma que más del 90 por ciento de las personas que viven con este virus, se encuentran en países en vías de desarrollo, en los que la falta de recursos se presentan con factores como la discriminación (Núñez, 2011), la violencia (Muñoz – Martínez, 2014), la migración (Zapata – Garibay *et al.*, 2014), el retraso histórico y la baja cobertura de servicios médicos (Granados – Cosme, 2015), esto ha propiciado pensar al VIH como una “enfermedad de la pobreza” (Herrera y Campero, 2002).

Actualmente se considera que el VIH es una infección crónica y controlable gracias a los avances de los tratamientos antirretrovirales (Shernoff, 2006 y Reis y Gir, 2010), sin embargo, continúa representando una presión importante al sistema de salud, especialmente por los costos de los medicamentos antirretrovirales y las complicaciones asociadas a estos. Por lo anterior, sigue siendo de fundamental importancia la prevención de nuevos casos y mejorar la calidad de vida de quienes ya han sido afectados.

En el Informe Anual de ONUSIDA (2018), se reporta que cada año, poco más de dos millones de personas contraen el VIH, en este contexto y aunque las muertes relacionadas con el SIDA también han logrado disminuir, las proyecciones internacionales consideran que aún falta tiempo para que pueda ponerse fin a la epidemia, situación que se prevé para el 2030 (ONUSIDA, 2020).

La vulnerabilidad frente al VIH se expresa también en los significados que se construyen alrededor de las vías de transmisión, particularmente la

sexual. Al día de hoy, el VIH continúa siendo una enfermedad valorada negativamente, un estigma (Aggleton y Parker, 2003) que obliga a muchos a vivirla bajo el anonimato, provocando con ello, un bajo índice de prevención y promoviendo la cadena de transmisión, asimismo, el temor fundado a ser rechazado, conduce a las personas a experimentar la enfermedad en silencio, lo que debilita las redes sociales que constituyen el soporte social necesario para enfrentarla, en este contexto, es común encontrar estrategias de aislamiento social afectando con ello la esfera familiar, escolar y laboral (Mora - Rojas *et al.*, 2017 y Tobón y García, 2019).

En un principio, las personas que vivían con VIH eran consideradas como un colectivo marginado, debido a ello, retrasaban su ingreso al tratamiento antirretroviral, por lo que frecuentemente eran diagnosticados presentándose en un proceso de desgaste avanzado o con alguna enfermedad oportunista que disminuía las posibilidades de sobrevivencia. Actualmente y gracias a la Guía de Manejo de Antirretrovirales de Personas que viven con VIH (2019), esto se ha modificado y cada vez es más frecuente un diagnóstico oportuno, sin embargo, el VIH no afecta exclusivamente a la persona que lo padece, ya que, además, se inserta en la sociedad en su conjunto.

En este contexto, el VIH modifica y reconstruye la vida cotidiana, así como los espacios de convivencia, de tal forma que se adhiere en el día a día de cada sujeto, reinterpretándose a partir de la forma en cómo se identifica, tanto en lo interno como en lo externo. Así el VIH, resignifica y redefine las relaciones sociales y la trayectoria individual, cuestionando permanentemente el devenir, la incertidumbre, la zozobra y la ansiedad que se experimenta diariamente.

El VIH se construye sobre percepciones inconclusas y regularmente desconocidas sobre la forma en cómo se adquiere, se reproduce o se desarrolla en la vida cotidiana, por lo que los temores comunes al SIDA, generan que se identifique como algo capaz de diezmar a cualquier sociedad. Aunado a lo anterior, debemos considerar que la población en su conjunto juega un papel importante en el proceso de conocimiento, asimilación, rechazo, aceptación o resignación de saberse seropositivo y aunque se han hecho esfuerzos considerables para disminuir estas percepciones, se continúa identificando a este sector como “grupo de riesgo”², potencialmente dañino, lo que se traduce en mantener en el anonimato el diagnóstico positivo durante el mayor tiempo que sea posible pues, como especifica Lizárraga (2003: 173), “hablar de “grupos de alto riesgo” es vestir con nuevas prendas la estigmatización”.

Así el VIH se convirtió en un virus “infeccioso” y “pandémico” que podía invadirlo todo, incluso a los que no portaran el estigma de las conductas asociadas a los contagiados (Izazola *et al.*, 1999; Magis *et al.*, 2000 y Lizárraga, 2003), ya que los grupos sociales con mayores grados de vulnerabilidad correspondían a aquellos que eran estigmatizados (homosexuales) y cuyos derechos eran los menos respetados antes de la aparición del SIDA (Leyva y Caballero, 2009).

En dicha perspectiva, para el imaginario colectivo, es urgente aislarlo y erradicarlo, haciendo eco las prácticas descritas por Foucault (2000), que incluyen la reclusión social (Flores - Sarazúa *et al.*, 2006), moral y física de sus afectados o la ex-

traterritorialidad, condensándose en ellos, el miedo a revelar el VIH desde dentro y ocultarlo en el silencio.

Grupo de estudio y criterios de inclusión

Siguiendo la metodología de algunos autores (Banks, 2010; Flick, 2004; Geertz, 1992; Glaser y Strauss, 1967; Hamui, 2011; Oliva *et al.*, 2001; Robles, 2011A y 2011B, Taylor y Bogdan, 1996 y Varguillas y Ribot, 2007), se realizó un estudio de corte cualitativo aplicando entrevistas semiestructuradas a nueve personas que viven con VIH. Se hizo una definición de informantes clave, considerando como tales a varones residentes de la Ciudad de México o su zona conurbada del Estado de México, que refirieran haber contraído el VIH por prácticas sexuales de alto riesgo; diagnosticados en diferentes temporalidades, que al momento de la entrevista estuvieran bajo el esquema de Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) y mostraran un seguimiento médico idóneo, esto es, asistiendo mensualmente a las citas médicas (cuando menos en los últimos seis meses), que mantuvieran su monitoreo de carga viral, así como otros datos de laboratorio en indetectable. Estas condiciones permitieron encontrar sujetos en una situación de relativa tranquilidad, de mayor adaptación al diagnóstico y al tratamiento, de forma tal que se favoreciera una recuperación reflexiva de su experiencia frente al diagnóstico y su relación con las actividades cotidianas.

Las entrevistas se aplicaron después de uno a dos encuentros con los informantes claves para establecer un mejor contexto para reproducir la experiencia. Éstas se efectuaron en espacios cerrados en donde el entrevistado definió sentirse más cómodo. Se les informó el propósito del estudio, así como el papel de su participación, se le garanti-

² El concepto grupos de riesgo nació en la práctica médica al comienzo de la epidemia cuando se detectaron los primeros casos de enfermedades atípicas en personas “de raza negra y hombres que tenían sexo con otros hombres, provocando mayor estigmatización y discriminación en grupos que históricamente ya estaban señalados y segregados” (Infante *et al.*, 2006: 146).

zó mediante un consentimiento bajo información previa, el resguardo confidencial de sus datos y el uso de su testimonio exclusivamente con fines científicos, se les pidió explícitamente su autorización para que las entrevistas fueran audiograbadas y tuvieron una duración de entre 40 y 120 minutos por sesión. Todos los informantes fueron reclutados en la unidad de atención médica en que llevaban el seguimiento de su diagnóstico. Posteriormente, se transcribió y analizó desde una perspectiva interpretativa del discurso. Se identificaron categorías discursivas significativas, según el énfasis observado en los informantes y se interpretaron a la luz de un marco teórico que se constituyó en “la mirada” con que fueron leídas.

Por último, se identificaron regularidades discursivas y se corroboró su solidez testimonial al referirla a la particularidad de cada caso. Se seleccionaron los fragmentos más contundentes que expresaran la regularidad discursiva y que dieran cuenta de una reconstrucción de la experiencia del diagnóstico de VIH al momento actual, esto con la finalidad de distinguir posibles fases constitutivas de un proceso adaptativo, las frases que nos interesa destacar fueron marcadas en negritas.

Desarrollo

Para acercarnos a la complejidad de vivir con VIH, centraremos nuestro interés en conocer cómo se desarrollan las estrategias alimentarias en el reconocimiento y enfrentamiento con el diagnóstico de VIH, identificar qué valor le atribuyen y registrar si esto, facilita u obstaculiza el proceso de aceptación e incorporación del VIH en la vida cotidiana, para lo anterior, se recuperaron y analizaron las experiencias en torno al diagnóstico positivo y los cambios generados en las prácticas alimentarias, ya que estos, son procesos que configuran los “estilos de vida colectivos”, enten-

diendo que los estilos de vida son “conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven” (Álvarez, 2009: 74).

A partir de lo anterior, el análisis se realizó considerando los Determinantes Sociales en Salud (DSS), pues “comprenden los comportamientos, estilos de vida, los ingresos, la posición social, la educación, el trabajo, las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos sobre la salud” (Liscano *et al.*, 2015: 121), asimismo, “busca evidenciar las causas de las enfermedades como producto de la exposición a factores de riesgo, sujetas a la vulnerabilidad diferencial del individuo y al tiempo de exposición a nivel de lo empíricamente observable” (Morales – Borrero *et al.*, 2013: 801), además de que tienen “una *dimensión material*, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una *dimensión subjetiva* que se refiere a la interpretación y a la forma en cómo se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva” (López *et al.*, 2008: 324), encontrando así que las desigualdades sociales tiene su expresión en las condiciones de salud (Álvarez, 2009), donde también interviene la clase social y el género (Torres, 2019).

En este sentido y retomando los conceptos de construcción social (Berger y Luckmann, 1999 y Schütz, 1995), consideramos que vivir con VIH, es como especifica Grimberg (2003: 44) “una experiencia a la vez individual y colectiva cuya conformación y sentido debe contextualizarse en los modos, las condiciones y las trayectorias de vida de los sujetos” y que depende de los saberes y las prácticas que socialmente se le han atribuido a este padecimiento, así como de las formas particulares en que cada sujeto asimila su diagnóstico (Grimberg, 1999 y 2000). Esto se articula por me-

dio de los múltiples escenarios por los que tiene que transitar el sujeto en su vida cotidiana, en la sexualidad, en las relaciones familiares, laborales y en su espiritualidad; de forma tal que la modalidad en que enfrentan la enfermedad, determina la búsqueda de atención médica y la eficacia de ésta. Así, se entrevistó a nueve informantes clave a quienes se les asignó un nombre ficticio, algunas de sus características se muestran en el Cuadro 1.

Para poder llevar a cabo esta investigación fue necesario contactar a pacientes que estuvieran diagnosticados como seropositivos y que participaran en protocolos de atención dentro del centro de salud especializado, ya que, como especifican algunos autores (Delgadillo, 2007 y Flores *et al.*, 2008, entre otros), estar informado sobre un diagnóstico positivo permite construir estrategias de atención y cuidado más permanentes y

Cuadro 1. Características generales del grupo de estudio

Nombre	Nivel de escolaridad	Ocupación	Año de diagnóstico	Institución donde se valoró su DX.	Institución donde actualmente son atendidos
Benjamín	Secundaria	Guardia de seguridad en banco	1996	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI	
Caín	Carrera trunca de Ingeniería Civil	En proceso de jubilación del IMSS	2012		
Adolfo	Secundaria	Conductor de transporte en empresa de televisión	1985	Hospital General de Zona Parque Venados, IMSS	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI
Iván	Ingeniero Civil, con especialidad en finanzas y estadística	Jubilado	1995	CONASIDA	
Fernando	Contaduría y trabajo social	Contador	2009	Hospital General de Zona Parque Venados IMSS	
Milton	Preparatoria	Lavado de alfombras	2010	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI	
Diego	Cirujano dentista	Jubilado, repartidor de comida casera	1988	Hospital General de Zona Parque Venados IMSS	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI
Felipe	Derecho	Abogado	2000	Clínica particular en Oaxaca	
Vicente	Preparatoria	Cajero de banco	2006	Departamento de Oncología Hospital General Siglo XXI	Hospital de Especialidades del Centro Médico General Siglo XXI

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas.

sólidas para con ellos mismos. Asimismo, estar consciente de la enfermedad puede proporcionar un sentido de responsabilidad, autocuidado y autoprotección, lo cual es relevante para la correcta ingesta de medicamentos antirretrovirales.

Las estrategias alimentarias en los discursos de la experiencia

El VIH es una enfermedad que afecta todo el organismo, por tanto es de resaltar que el tipo de ingesta de alimentos es fundamental para determinar el estado nutricional y clasificar los hábitos alimentarios de los entrevistados (Benavente, 2011), si bien, una alimentación balanceada³ no cura la enfermedad, sí contribuye a aminorar la progresión de la misma, retardando la aparición de complicaciones orgánicas (Dominguez *et al.*, 2011) ya que “la pérdida significativa de peso, la desnutrición, los cambios en la composición corporal, y las alteraciones metabólicas asociadas al uso de la terapia antirretroviral (TARV) constituyen comorbilidades comunes en las personas que viven con VIH/sida” (Linares *et al.*, 2013:2202), con base en lo anterior, observamos como específica Torres (2002), que los hábitos alimentarios no se referían únicamente a los productos que los entrevistados comían o a los horarios en los que se consumían, sino que también se debía considerar los factores sociales, culturales, económicos y de urbanización, así como los gustos y preferencias alimentarias de cada participante, por lo que se enfatiza, como anotan Duch y Mèlich (2009), que la experiencia cotidiana de comer es un comportamiento irremediable e ineludible que constituye el aspecto elemental e insustituible no sólo para vivir, sino también es necesario como un acto social y cultural que construye y fortalece redes de convivencia.

³ Cuyo contenido energético diario sea de 2,000 kilocalorías (González *et al.*, 2019).

Así, la alimentación juega un papel importante dentro del grupo de estudio debido a que la desnutrición y la pérdida de peso ocasionan una importante disminución en las defensas, ocasionando riesgos de contraer mayores infecciones y modifica la imagen corporal de cada sujeto, en este contexto, algunos autores reconocen que los pacientes que conviven con el VIH no siempre están informados acerca de cómo debe ser su alimentación y la importancia que tiene en su estado de salud (Bejarano-Roncancio *et al.*, 2011).

Por otra parte, fue necesario hacer algunas preguntas que pudieran darnos información sobre los consumos alimenticios que realizan y cómo llevan a cabo la preparación de sus comidas, de esta manera, tomamos como base la propuesta de Bejarano-Roncancio *et al.*, (2011), preguntando las fuentes de información sobre alimentación y nutrición, criterios de mayor importancia a la hora de seleccionar alimentos para el consumo, alimentos que consideran benéficos para la salud y las prácticas higiénicas que realizan para el consumo y preparación de alimentos, por último, debido a que todos los entrevistados reciben tratamiento antirretroviral, era importante contar con una adecuada valoración nutricional, puesto que los efectos secundarios pueden estar ligados al tipo de alimentación que consumen, pues se ha reportado que el tratamiento de la infección de VIH con terapia antirretroviral altamente activa puede desencadenar complicaciones metabólicas severas que incluyen lipodistrofia, dislipidemia y resistencia a la insulina, siendo factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2 (Massip *et al.*, 2015:136).

Los deterioros más comunes están en el sistema inmunitario, además de un importante déficit nutricional y una progresiva pérdida de peso (Ro-

bles y Osorio, 1998, y Maia y De Mattos, 2009). Así, fue importante incluir las estrategias de alimentación que cada participante ha ido creado a partir de su diagnóstico positivo, ya que se convierten en un acto cotidiano y necesario para la sobrevivencia colectiva (Aguilar, 2000).

En este contexto, reconocemos la alimentación como “la acción voluntaria y conciente que consiste en proporcionar al cuerpo una serie de productos nutritivos que, contenidos en los alimentos, son necesarios para la nutrición” (Marrodán et al., 1995: 50). En este sentido “la alimentación no sólo implica satisfacer una necesidad biológica, también es un proceso social y cultural en el que se desarrolla una serie de gramáticas y costumbres culinarias que forman parte del sistema alimentario de una sociedad y que se transmite de generación en generación” (Torres et al., 2004: 27).

Por tanto, la alimentación y la comida son fenómenos bio-psico-socio-cultural complejos, pues el comer no sólo implica un hecho biológico sino también social y cultural (Contreras y Gracia – Arnáiz, 2005), además de que “la comida, al lado de la sexualidad y del trabajo, es un punto neurálgico de la existencia humana en el que coinciden las estructuras individual y social, y se refuerzan mutuamente. Comer y respirar son las primeras relaciones activas que instaura el ser humano con su entorno” (Duch y Mèlich, 2009: 260) de esta manera, “el hecho alimentario es, esencialmente, multidimensional: transita entre el espacio ecológico, biológico, psicológico, socioeconómico o político” (Gracia – Arnáiz, 2010: 357). Por último definimos la dieta como “la serie de elementos comestibles que ingieren los organismos regularmente” (Marrodán et al., 1995: 50).

A lo largo de las entrevistas encontramos que el médico especialista les hizo alusión a que debían

mantener una alimentación controlada y específica⁴, sin embargo, no todos hacen caso de estas indicaciones, ya que algunos reconocen que no llevan un criterio específico al momento de seleccionar los productos para su consumo, ya sea porque delegan esa responsabilidad a alguien más, o porque no lo consideran importante en el momento de hacer las compras, no obstante, la mayoría procura no hacer consumo excesivo de grasas o cítricos.

Algunos refieren llevar comida preparada a sus lugares de trabajo, sin embargo, no se hacen cargo ni de la compra, ni de la organización o las prácticas higiénicas que se llevan a cabo para la preparación de los alimentos, ya que cuentan con su pareja o algún familiar que es quien se hace cargo de realizarla. Otros por estar jubilados, tienen la oportunidad de hacer sus comidas en casa, por último, sólo dos refieren comer en fondas o restaurantes, por lo que deben ajustarse a un menú específico.

En el caso de las prácticas higiénicas para el consumo, preparación e ingesta de alimentos, encontramos que la mayoría, desconocen si la elaboración de sus alimentos se realiza con pulcritud y limpieza, desinfectando las frutas y verduras o hirviendo el agua y aseando los utensilios de cocina. En este sentido, sólo tres refieren que, en el momento de la preparación, desinfectan frutas, verduras y legumbres con cloro o bactericida, por último, sólo uno refiere hace una limpieza general de todos los utensilios y usa agua purificada para hervir los alimentos (Cuadro 2).

4 Cabe señalar que “no existe un método que sea mundialmente aceptado para la evaluación nutricional de las personas que viven con VIH. Por tanto, el diagnóstico nutricional requiere de la integración de indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos, bioquímicos y funcionales” (Linares et al., 2013: 2202).

Cuadro 2. Estrategias, criterios y prácticas en el uso y consumo de alimentos

Nombre	Fuente de información sobre alimentación y nutrición	Lugar donde frecuente comer	Criterios para la selección de productos alimenticios	Alimentos que consideran benéficos para la salud	Prácticas higiénicas para el consumo y preparación de alimentos
Caín	Médico especialista	Lleva comida al trabajo	Hermano hace las compras, antes su pareja	Sin restricción	Desconoce
Adolfo	Médico especialista, pero no sigue las indicaciones	Casa	Nada en específico	Sin restricción, sólo trata de no consumir grasas y cítricos	Sólo desinfecta los alimentos antes de la preparación
Benjamín	Médico especialista	Lleva comida al trabajo	Pareja hace las compras	Trata de no consumir grasas y cítricos	Desconoce
Iván	Médico especialista y los grupos de apoyo	Casa	Frescos y que no contengan mucha grasa	Trata de no consumir grasas y cítricos	Desinfecta los alimentos antes de la preparación, limpia cuchillos, tabla para picar y usa agua purificada en la preparación
Fernando		Come en fondas o restaurantes	Una semana va él y otra su amiga, toma en cuenta las preferencias de su amiga	Sin restricción	
Milton	Médico especialista	Lleva comida al trabajo	Hermano hace las compras, cuando está solo come fuera	Trata de no consumir grasas y cítricos	Desconoce
Diego	Médico especialista, pero no sigue las indicaciones	Casa	Pareja hace las compras	Trata de no consumir grasas y cítricos	Sólo desinfecta los alimentos antes de la preparación
Felipe	Médico especialista y los grupos de apoyo	Come en fondas o restaurantes	Frescos y que no contengan mucha grasa	Trata de no consumir grasas y cítricos	Desconoce
Vicente	Médico especialista	Lleva comida al trabajo	Hermano hace las compras	Sin restricción	

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas.

Cuando **Caín** se enteró de su diagnóstico positivo, el médico le comentó que debía mantener una alimentación ordenada y regular, teniendo como mínimo tres ingestas al día, sin embargo, poco tiempo pudo conservar este ritmo, pues el trabajo le impedía poder llevar a cabo este régimen.

...al principio, cuando el médico me dijo de esto, pues *sí me comentó que cómo era mi alimentación y pues la verdad es que era muy desordenada...* me comentó que tenía que comer bien, que no me debía mal pasar, pero pues está difícil, porque luego en el trabajo, pues no es posible, o sea, *sí trato, bueno al principio como que lo intenté, pero pues al final nada...*

Una de las primeras estrategias fue salir a comer cada cinco horas, pero esto le fue complicado pues no le era posible ausentarse o se encontraba en guardia, por lo que comenzó a llevar comida preparada por su esposa, sin embargo, esto se modificó cuando se separó y estableció su residencia con su hermano.

...fue más fácil... porque mi esposa *cuando se enteró o bueno cuando le dije que el médico me dijo que no descuidara mi alimentación, pues se puso linda y me empezó a hacer de comer*, que unas verduras, que una pechuga asada y así, algunas cosas que eran con poca grasa como me decía el médico, así bien sabroso y luego, pues me llevaba la comida al trabajo...

Actualmente ha llegado a un acuerdo con su hermano, por lo que él paga los comestibles y su hermano realiza la compra; los fines de semana hacen un pago extra a la señora que les hace el aseo para que les prepare la comida de toda la semana y cuando ella se ausenta, el hermano es quien lleva a cabo esta actividad.

... lo que pasa es que por ejemplo antes era mi esposa la que cocinaba como te comenté, *pero ahora está la señora, que es la que va a limpiar todas las semanas, entonces ella hace, no sé, tres guisos y ya para toda la semana* y pues me llevo uno un día y otro el otro y así para no aburrirse...

En este sentido, la compra de productos es variada y no se restringen o se limita en la adquisición de víveres, sin embargo, en productos a base de carne de cerdo, café y alimentos picantes, su ingesta es limitada, por otra parte, dice desconocer qué tipo de prácticas higiénicas realiza su hermano o la persona que les ayuda cuando preparan alimentos, debido a que no le llama la atención este tipo de actividades.

...*Me prohibieron muchas cosas, pero trato de comerlas para que vaya un poquito mi cuerpo este... acostumbrándose, pero no del diario...* entonces como lo que es un poquito lo irritable, pero muy esporádicamente...pues el café por ejemplo, me lo tomo con este... leche. Este... lo picante, trato de ya no hacerlo. Este... las cosas grasosas, como la carne de puerco, a lo mejor si antes me comía cinco taquitos, pues a lo mejor ya sólo me como uno el fin de semana... así como lavar y desinfectar, pues creo que sí ¿No?, *la verdad es que nunca le he preguntado*, tal vez lo que todos hacen ¿No?, me parece que tal vez, es así, pero no me meto mucho en la cocina, igual y ahora en estos días, veo y te comento, pero se me va a olvidar (risas), igual esa la te debo...

Adolfo comenzó con una dieta estricta y trataba de llevar todas las indicaciones del médico, sin embargo, unos meses después la abandonó, pues consideró que no tenía razón para abstenerse de

algunos alimentos que lo hacen *sentir feliz y contento*, en este sentido, aunque no lleva a cabo las indicaciones que le prescribieron, tiene mucho cuidado de consumir en mínimas cantidades grasas, algunos cítricos y alcohol.

...fijate que al principio *el médico hasta me asustó, me dijo que no tenía que comer nada de grasa* y que nada de dulces, que mínimo como cinco o seis veces al día, que mucha agua y que tratara de no estresarme y pues al principio fue bien difícil, pues cómo haces para no estresarte si ya se pasó la hora de la comida, la verdad es que no pude... sólo fueron como dos o tres meses, porque la verdad es que me sentía deprimido, a mi hay comida que me hace sentir feliz, de verdad hay postres que sólo comerlos me ponen contento y pues ahora lo que hago es comerlos, muy poquitos, la verdad es que trato de no excederme...

Considera que lleva una buena alimentación y que sólo come un día de la semana carne de cerdo y evita los jugos de toronja, naranja y mandarina, toma café por antojo, pero lo rebaja con agua, pues ha tenido agruras y reflujos desagradables, los cuales considera están relacionados con estos productos.

...de todo, como de todo pero siempre poquito, por ejemplo, esta semana compré unas chuletas y le pediré a la semana que las haga el miércoles próximo, *como más o menos pollo dos días, dos días pescado, uno cerdo y todos los días muchas verduras, lo que sí evito son los jugos, esos me irritan mucho el estómago*, tomo café por ejemplo pero lo bajo siempre con agua porque ese siempre me ha hecho sentir dolores y acidez, así pero cañón, pero no me perdono el café, al menos uno al día...

Benjamín de joven siempre fue voraz y comía muy bien, sin embargo, después de un trasplante de riñón, su apetito disminuyó y ya no consume tantos alimentos como lo hacía antes. Cuando se enteró de su diagnóstico, el médico especialista ya le había suministrado una dieta especial, por lo que no fue consiente del cambio de alimentación.

...no, ¡Si te contara!, *yo de chavo, parecía pelón de hospicio*, como se dice normalmente, pues comía como si no fuera a comer nunca más... mi madre siempre se sorprendía de cómo comía, pero fijate que no sé que *habrá sido que después de la operación, como que se me quitó el hambre*... como tenía la dieta que me habían dado por lo del riñón la verdad es que no sentí el cambio así tan fuerte, la verdad es que estaba todo jodido, ya cuando me recuperé pues seguía con la dieta así que ni lo noté tanto...

Desde la intervención médica y hasta la fecha lleva comida casera al trabajo, pues la preparación debe tener poca sal y ser baja en grasas, pues así se lo solicitó el médico, y aunque hace algunos años, en una de sus revisiones médicas, le comentaron que ya podía tener una alimentación más variada, comenta que continúa con la misma dieta pues le ha parecido adecuada, los fines de semana acompaña a su esposa al supermercado, pero es ella quien selecciona, escoge y decide qué productos comprar, también en la preparación de los alimentos desconoce cómo se lleva a cabo, él sólo llega a proponer algún guiso para comer en la semana, incluyendo todas las semanas dos días pescados y mariscos.

...*todos los días llevo comida, no falta el día que es pollo o verduras cocidas o atún con ensalada*, trato de variarle... no, al principio me dijo el médico que llevara la dieta con muchas

restricciones; de azúcares y harinas e irritantes y no sé que más, al principio fue difícil pero ahora si es más fácil, fijate que sólo es cuestión de acostumbrarse... o sea yo lo que hago es acompañar a mi esposa, a veces, nos acompaña mi suegra y compramos para toda la semana... eso sí dos días no puede faltar filetes de pescado o tilapia, mojarra o luego el que esté más económico... así mejor porque pues como es ella quien se mete a la cocina, ***eso de la cocina yo no le entro***... sólo opino qué cosas comer de vez en cuando...

En el caso de la restricción de algún alimento, trata de comer con moderación y sin excesos y sólo dependiendo de cómo estén sus niveles de colesterol y triglicéridos, opta por disminuir el consumo de leche y sus derivados, azúcares y grasas.

En un principio el médico especialista le comentó a **Iván** que debía tener una dieta balanceada y restringir la ingesta de algunos alimentos, sin embargo, fue en los grupos de apoyo donde comenzó a poner mayor atención a su alimentación y se dio cuenta que una dieta adecuada podía mejorar su calidad de vida, actualmente hace la mayoría de sus comidas en casa y dice mantener un régimen claro y sin excesos y que sólo llega a comer fuera los fines de semana, ahí reconoce que descuida un poco su dieta y consume algunos productos de más, pero refiere que siempre sin abuso, pues cuando se satura, normalmente al día siguiente, tiene mareos, vómitos y náuseas.

...fue chistoso porque me acuerdo que cuando empecé a ir a los grupos de apoyo, ahí empecé a escuchar un montón de cosas que dije a chirrión, eso como que ya lo había escuchado y pues sí, me lo había dicho el médico, o sea, que tenía que cuidar lo que comía, que no tanto

o mejor nada de picante, que bajarle a la carne de cerdo, que cero café y algunas otras cosas como las zanahorias y las frambuesas, pero bueno esas de todos modos nunca las como... ah sí que los jugos de toronja, malísimos, por el efecto con el medicamento y porque dicen que adelgaza (risa)... ***normalmente en casa, porque me gusta mucho cocinar, es como desestresante***... me divierto mucho a veces invento algunas cosas, bueno no así la gran cosa, pero cambio de verduras o le pongo otras, depende de qué esté haciendo de comer... los fines de semana trato de salir, porque luego hay días que también te aburre estar así como haciendo comida siempre, ahí sí me destrampo un poco (risas), o sea como en restaurantes o así, me doy un lujito con vino...

Programa un día para hacer despensa y compra todos los productos que necesita para la semana, adquiere alimentos bajos en grasa, azúcares y sales, asimismo, siempre busca las frutas, verduras y leguminosas más frescas, y si son de marca las considera mejor que las que están en los mercados sobre ruedas, pues piensa que esos productos pueden estar más sucios y puede tener más riesgo de enfermarse por bacterias, hongos o gérmenes.

... voy los jueves, porque son los días que hay menos personas en el super, además aquí a un lado se pone un mercadito y aunque rara vez voy, a ***veces sí compro, sobre todo lo que veo más fresco que son las frutas, lo demás la verdad es que no me da confianza***, siento que está menos limpio y puede ocasionarme luego daño... no, afortunadamente nunca me he enfermado por eso, sólo por comer de más, pero por alguna comida, trato de ser como dicen especial con eso, si tiene más de dos días en el refri lo tiro, pues ya no me da confianza co-

merlo... depende de qué quiera comer, pero por ejemplo siempre prefiero comer los productos del super, creo que están más frescos, ***al menos los del mercado se asolean mucho y lo que no venden lo guardan para el otro día y así van...***

Para la preparación de alimentos, llegando del centro comercial lava y desinfecta frutas y verduras, pues considera que es importante tener todos los productos listos para comerse, en el momento de preparar los alimentos, los enjuaga para quitarle impurezas y malos olores que puedan tener, normalmente hace una limpieza total de todos los utensilios para cortar los alimentos y utiliza agua purificada para su preparación.

...te digo que soy medio especialón, o sea sí cuida mucho que todo esté fresco, lavo todo regresando del super, porque luego igual y quiero una fruta y mejor que ya esté limpia, ***cuando cocino las lavo otra vez para quitarles todo el olor a refri, lavo la tabla de picar, desinfectándola con cloro, lavo bien los cuchillos y para todo uso agua del botellón, nunca de la llave,*** te lo digo porque una vez me dijo mi hermana “pero si de todos modos el agua hierve”, y pues sí, pero no sé cómo esté esa agua...

En los grupos de apoyo **Fernando** reconoció la importancia de una buena alimentación y ahí escuchó que era recomendable no consumir toronjas por los efectos que tiene con los medicamentos, asimismo, no toma café porque causa gastritis y evita la ingesta de carne de cerdo, porque reacciona negativamente con los medicamentos, sin embargo, aunque conoce todos estos elementos, refiere que en la práctica no es posible llevar a cabo una dieta como la que él quisiera mantener, ya que el trabajo lo absorbe y no puede comer en casa.

...al principio recuerdo que en el hospital me dieron el diagnóstico y luego me dijeron que debía tener una buena alimentación y no me acuerdo bien, sí fui, pero la verdad es que no le tomé importancia, porque lo importante era tomar los medicamentos ¿No?, así que ahí lo dejé, ***cuando llegué al grupo, ahí me dijeron que era muy importante y ya puse como que más atención,*** siempre es mejor que alguien te diga lo que hace para mejorar su dieta a alguien que sólo sigue la instrucción de un libro, por eso les hice más caso... pues me dijeron que la toronja, que el café, que el cerdo, unos porque causan complicaciones con el medicamento y otros por la gastritis y otros por la grasa... lo que pasa es que la verdad ***la única forma de llevar una dieta balanceada es si no sales de casa y estás al pendiente todo el tiempo de qué comes,*** cómo lo comes y qué tanto te hace daño y la verdad es que para eso, sólo si alguien me mantiene (risas), la verdad es que las dietas que te dan en el hospital es para alguien que no hace nada, ¿No crees?...

Actualmente, aunque no lleva una dieta estricta, sí trata de mantener una buena alimentación y dice que en el lugar donde cotidianamente come, le ha solicitado a la cocinera que la preparación de sus alimentos los realice con poco aceite y dos veces por semana sólo consume verduras cocidas.

...pues en estos lugares que te comento, en el vegetariano pues no hay problema, ahí como dos veces a la semana, en los otros sí, ***en uno hasta le he comentado a la señora que cocina que si me puede hacer comida especial, bueno no especial, especial, sólo con menos grasa o con poquito o nada de aceite,*** la verdad es que no lo hubiera comentado si no es que ella me lo sugirió un día, me encontró que estaba lim-

piando una pechuga y me dijo, que si quería la podía hacer con menos aceite y pues de ahí, nos hicimos amigos (risas)...

A **Milton** el primero en darle información sobre su alimentación fue el médico especialista, y al principio le recomendó que intentara no comer irritantes y que procurara no excederse en alimentos demasiados grasosos y salados, así como bebidas embriagantes, sin embargo, no hizo caso a las indicaciones y tuvo una indigestión estomacal, por esto tuvo que faltar al trabajo por dos días. Una vez pasado esta experiencia, trató de mantener un régimen alimenticio más adecuado.

...así el primero fue *el médico, me asustó mucho porque me dijo que podía tener muchas secuelas si no comía bien, o sea me pintó el panorama súper trágico y la verdad yo me espanté*... pero ya después, vi que era importante, pero no así como para morir (risas)... pues me dijo nada de grasas, nada de irritantes, que porque causa muchos problemas con los medicamentos, que nada de café, nada de alcohol, cero, que todos los medicamentos al momento, mucha agua...no, para nada al principio pues dije, ajá, sí haré caso, pero en una ocasión pues la verdad *es que se me olvidó y sí me fue como en feria, sentía que me moría*, que ya no iba a despertar bien, ¡Puff!, fue una ocasión horrible, la verdad es que sí me espantó mucho, con decirte que no me gusta faltar al trabajo, trato de ser muy responsable y esa ocasión sí tuve que faltar, no podía ni moverme... no una indigestión, pero machina...

En el caso de las restricciones para su alimentación, tiene una buena dieta, pues sólo evita consumir cítricos y grasas en exceso; cuando su hermano cocina, en varias ocasiones le ha solicitado que

prepare con menos aceite y que no compre carne de cerdo, sin embargo, esto le ha ocasionado algunas discusiones por lo que opta por no comer.

...así de restricción, pues no creo, a ver... *bueno sí, tal vez no como mucha carne de cerdo, pues es muy pesada* y luego sólo una pieza de jamón de cerdo o una chuleta si hace mi hermano, pero trato de mantener una buena alimentación, muy controlada, *eso sí nada de jugos, eso sí que me hace mal, yo creo que por los medicamentos, pero los tomo y no pasa ni dos horas y ya ando con unos retortijones, ¡Ah jijo!, durísimos...* no, para nada, decirle algo, luego acabamos del chongo, pues es muy temperamental y yo otro tantito, imagínate... no pues arde Troya, como dicen (risas), pero tratamos de llevarla tranquilo, mejor no le digo nada, porque además es también lo que a él, le gusta hacer, luego si me dice “voy hacer tal cosa” y es sólo para prepararme algo diferente pues sé que eso no lo voy a comer... pero nos llevamos bien, son de esas cosas que se tienen entre hermanos...

Aunque **Diego** tenía conocimiento de que debía tener una alimentación sin excesos, siempre se ha considerado una persona de buen apetito, por lo que no ha hecho caso a las indicaciones pues eso lo deprimiría y ese sería “un problema más preocupante” que su alimentación, pues comer siempre le ha resultado ser una forma muy eficaz de aminorar sus depresiones, angustias y pesares.

...la verdad es que desde que *el médico me comenzó a restringir los alimentos, la verdad me empecé a sentir mal, no así del organismo, sino de mi estado de ánimo*, la verdad es que siempre he pensado que a mi me conquistas por el estómago (risas), invítame a comer a un buen lugar o has una buena comida y mira, redondito (risa), entonces que el médico me

limite, ahora si que me das en mi punto más débil y tampoco es que me gusta comer mucho, digo, estoy un poco pasado de mi peso, pero no tanto tampoco, entonces ¡Imagínate!, en ese momento dije; no pues un problema más para preocuparme *y la verdad es que no le hice caso...* siempre le dije que hacía las indicaciones que me decía, para que no me fuera a regañar, sobre todo por eso...

Como la pareja de **Diego** es chef y hace desayunos para la venta, refiere que él sólo hace una lista básica de alimentos para la semana y su pareja se encarga de hacer la compra, preparar la comida y reconoce que siempre tiene una higiene muy estricta y rigurosa en la cocina, sin embargo, cuando se le preguntó en qué consistía no supo identificarla, pues pocas veces entra a la cocina cuando su pareja está preparando.

...no, yo ¡Olvídate!, una vez hice la compra y me regañó, no que eso no, que no sé qué, así que le dije, *sabes que papacito a la otra lo haces tú y así no me estás jorobando con que compre o no compre* tales cosas y la verdad es que desde entonces, muy bien, sólo me dice, voy de compras y ya sé que comprará todo lo que me gusta y alguna que otra porquería que me gusta, pues sabe que soy muy goloso... ¡No pues imagínate!, ¡Es chef!, *siempre impecable la cocina, hasta miedo da de entrar ahí* (risas), porque le gusta tenerlo todo arreglado... creo que siempre limpia todo, la verdad es que cuando él entra en la cocina, yo me encierro en el cuarto de la compu, porque es medio mamón para eso de la cocinada, además pues mira, no tenemos mucho espacio así como para estar los dos ahí, por eso, él se mete y yo salgo de ahí...

Cuando se entera de su diagnóstico positivo **Felipe** dejó de comer por unos días y sólo se alimentaba de algunos líquidos, dos semanas después

bajó cinco kilos y fue cuando el médico especialista le comentó que debía mejorar su alimentación y le dio una cita con un nutriólogo para que lo valorara, sin embargo, no fue con este médico por miedo a que lo trataran mal, lo estigmatizaran o rechazaran.

... cuando me avisaron, estaba que me llevaba la tiznada, *no quería saber de nada... no comía, pues no tenía nada de hambre, así no me entraba nada de nada*, estaba muy mal, con decirte que *como en dos semanas bajé como cinco kilos, así de un guamazo* y pues cuando fui a ver al médico me dijo “Órale, ¿Qué te pasó?” y pues ya me dio una cita con el nutriólogo, pero pues ahí sí nunca fui, no quería que se enterara nadie y como era un amigo del médico, que no estaba en el hospital, dije, no qué tal que éste se entera y para qué quieres, mejor no fui...

A partir de su diagnóstico ha cambiado por completo sus hábitos alimenticios, recuperó el apetito y lleva una alimentación más equilibrada; esto le ha permitido, entre otras cosas, tener un mayor rendimiento en el trabajo y considera que esto se debe a los grupos de apoyo, ahí le han ayudado a ver la vida con más optimismo, le recomendaron que hiciera ejercicio y que dedicara más atención a su alimentación, que tuviera tres o más comidas al día aunque no tuviera hambre y que dedicara mínimo seis horas al descanso.

...los grupos de apoyo son una maravilla, ya te había contado de ellos y además pues me ayudan a dar tips de cómo comer y qué tipo de dieta hacer, porque la verdad es que estaba un poco en la luna, o sea el médico sí me dijo, pero no le entendía tan bien, pero aquí si me dicen, no pues come mucha verdura por ejemplo y al día siguiente de verdad como por arte de magia me he sentido mejor, con más ganas de ir a tra-

bajar y bueno la verdad es que antes si era bien desordenado, tal vez en la mañana una torta de tamal, pero temprano es medio día, no creas que a las ocho, me malpasaba un buen...

Actualmente está interesado en aprender a cocinar, pues con ello podría tener una alimentación más equilibrada, ya que al día de hoy debe sujetarse a los menús de los restaurantes que frecuenta, sin embargo, ha llegado a un acuerdo con la cocinera de uno de los lugares donde come, para que sus alimentos los prepare con menos grasa y ha logrado entregarle una lista con algunas solicitudes que podría prepararle en la semana.

Vicente concertó una cita con un nutriólogo cuando se enteró de su diagnóstico positivo, pero nunca asistió pues no lo vio necesario, ya que como hace ejercicio, él considera que siempre ha tenido una buena alimentación y lleva una dieta adecuada.

...la cosa es que *desde que era chavo me gusta hacer ejercicio y llevaba algunas rutinas de ejercicio y pues obvio, tienes unas dietas, esas siempre las llevaba a cabo bien, sin problemas*, entonces sí me dijo que fuera con un nutriólogo, pero la verdad es que pensé en ir, pero una vez que me empezara a sentir mal y la verdad es que no ha sido necesario, sólo si empiezo a sentirme mal iré, pero de otra manera, ¿Para qué?...

Aunque sabe cocinar, esta actividad se la ha dejado a su hermano, sin embargo, reconoce que algunos productos nunca se consumen debido a que ninguno de los dos gusta de éstos, tales como café, carne de cerdo, embutidos y algunos cítricos, por último, desconoce qué tipo de prácticas higiénicas lleva a cabo su hermano para la preparación de los alimentos, debido a que él se ha desentendido de esta actividad.

...yo pongo la lana y él va a la comer o algún otro lugar, no fijate que desde pequeños mi mamá no nos daba cerdo, era como rara vez, así que yo creo que mi hermano no sabe ni cocinarlo (risas), *así que eso no se compra, ah lo que pasa es que siempre nos ha gustado el jamón de pavo y poquito, yo lo como rara vez, igual el café, pues no me gusta, soy más de té, ese sí, de jazmín o de azahar, esos me gustan y los compra*...no pues ni idea, no tengo certeza, pero creo que como todos, o sea limpiar y desinfectar la comida antes de prepararla y pues nada más ¿No?... o ¿Qué más tendría que hacer?...

Algunas conclusiones

A partir de las experiencias de vida de nueve personas que viven con VIH, se pudo observar cómo la salud y la enfermedad se identifica, construye, percibe y apropia de un modo subjetivo, ya que “lleva a analizar las visiones cotidianas de las personas sobre la enfermedad, las connotaciones ideológicas que los profesionales sanitarios adscriben a las enfermedades o la construcción y aplicación del conocimiento médico” (Bleda, 2005:151), el cual se expresa en el cuerpo y se desarrolla en un momento histórico determinado, a partir de interacciones sociales, biológicas y culturales (López *et al.*, 2008).

Asimismo, se observó cómo influyen los DSS, dentro de los procesos de salud – enfermedad reconociendo que están definidos por “el modo como el ser humano se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción” (Laurell, 1982 :20), además de que “el nivel de salud no depende sólo de los recursos sanitarios de que se disponen, sino también de los factores sociales que lo deter-

minan, como la clase social a la que se pertenezca, el trabajo que se desempeñe, el entorno en el que se habite, o la variabilidad biológica” (Bleda, 2005:158).

En este contexto, los entrevistados refieren que por lo que en general, ocultan su diagnóstico a todos los elementos de su entorno social cercano por miedo a ser estigmatizados y rechazados, reconociendo tal y como apuntan Barbieri *et al.*, 2005; Granados – Cosme, 2014; Kübler–Ross, 1997; Lara y Mateos, 2003; Marzán y Varas, 2001; Orozco – Núñez *et al.*, 2015 y Sontag, 1996, que este tipo de etiquetas están íntimamente relacionadas con el virus y que son marcas de exclusión de las normas sexuales (Torres, 2019).

En el caso particular de las estrategias alimentarias, se encontró que los médicos especialistas son los primeros en recomendar una alimentación balanceada, sin embargo, no especifican a qué se refieren con ella. En este orden de ideas, algunos autores (Kang *et al.*, 2005 y Konstantinidis y Cabello, 2008), reconocen que los médicos pueden ser las primeras figuras causantes de estigmatización, negación y rechazo, debido principalmente, a la falta de sensibilidad, empatía y tacto, al momento de dar el diagnóstico, esto, puede derivar en una “ruptura” en la relación médico – paciente.

Por otro lado, aunque no todos tienen posibilidad de comprar, preparar y consumir sus alimentos en casa, los que tienen dicha oportunidad, comentan que no se restringen en su alimentación (**Caín, Adolfo, Iván y Vicente**), sin embargo, reconocen que no consumen todo tipo de alimentos ya sea por recomendación del médico especialista, el nutriólogo, o de los grupos de amistad y apoyo; en este sentido, tenemos ejemplos claros de restricciones en consumo de grasa, irritantes y algunas frutas y verduras tales como zanahoria, toronja

y frambuesa. Aquí, es importante reconocer que los fármacos antirretrovirales, en especial los no nucleósidos y los inhibidores de proteasa, tienen multitud de interacciones medicamentosas por su carácter inhibitor o inductor enzimático, en ocasiones con relevancia clínica (Lozano, 2011), por lo que el consumo de algunas frutas (la toronja, por ejemplo) inhibe la enzima metabolizadora citocromo 3A (CYP3A), elemento principal de los inhibidores de la proteasa (Frías *et al.*, 2007).

En todos los casos se observa un interés especial por generar acciones de cambio en la dieta cotidiana, de esta forma, se identifica, así como comenta Barragán (1999), que durante el desarrollo de las enfermedades y para prevenir cualquier mal mayor, algunos alimentos se consideran negativos y quedan fuera de la dieta diaria como en el caso de los productos con mucha grasa, los lácteos y algunos cítricos.

También encontramos que algunos llevan alimentos preparados en casa (**Caín, Benjamín, Milton y Vicente**), en este sentido, las comidas son preparadas por personas externas al grupo familiar (señora que hace el aseo), la pareja, algún familiar y en el último de los casos, por ellos mismos. En este sentido, se puede reconocer que el papel de protector y mediador recae en alguna persona cercana, esto se ha documentado en estudios como el de Cazenave *et al.* (2005: 51) cuando especifican que: “aunque toda la familia se ve afectada por esta enfermedad, en la mayoría de los casos, solo un individuo asume el cuidado, esta persona generalmente es un integrante de la familia”.

Algunos comen en fondas y restaurantes y han logrado solicitar al personal de estos lugares, la preparación de alimentos con poca grasa (Fernando y Felipe), situación que concuerda con Álvarez (2009: 74) cuando reconoce que “las personas

con mejores condiciones materiales de vida tienden a tener mayores recursos económicos y cognitivos para prevenir daños en su salud y a utilizar de manera más eficiente la información disponible sobre prevención de las enfermedades”.

Aunque la mayoría desconoció qué tipo de prácticas higiénicas se llevaban a cabo en la preparación de los alimentos, los que las realizaban, sólo atienden a desinfectar frutas y verduras al momento de la preparación (**Adolfo, Iván y Diego**), en este contexto, llama la atención que aunque reconocen estar interesados en llevar a cabo una alimentación balanceada, no la relacionan con una correcta higiene, esto es relevante ya que estudios como el de Caballero y Lengomín (1998: 22) mencionan que “superficies mal higienizadas y manipulaciones incorrectas, han sido asociados a brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, causados entre otros por *Salmonella*, *Clostridium perfringens* y *Escherichia coli* 0157:H7. Las manipulaciones incorrectas se han reportado también en intoxicaciones por *Staphylococcus aureus*”, por lo tanto y como una de las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, consideramos, basándonos en estudios previos (Chu *et al.*, 2013, Estany *et al.*, 2015 y Hartmann *et al.* 2013), que el empleo de cursos y talleres de cocina (tanto a pacientes, como a profesionales sanitarios) pueden ayudar a comer mejor y a aumentar la adherencia a los mensajes y recomendaciones dietéticas.

Por otra parte, se reconoció que los grupos de apoyo son importantes debido a que en estos espacios

pueden “compartir información y sentimientos acerca de su vulnerabilidad, lo que les permite ir reelaborando su propio proceso” (Flores *et al.*, 2008: 7). Y aunque no todos acuden (**Caín, Adolfo, Benjamín, Milton, Diego y Felipe**), los que han participado reconoce la importancia de asistir, pues pueden compartir anécdotas, descifrar dudas y comprar o intercambiar medicamentos, asimismo, les ha permitido conocer a más personas que se encuentran en situaciones similares a ellos y a partir de ello, resignifican su propia realidad.

Por último, identificamos que una vez que las familias registran y asimilan el impacto de convivir con un integrante seropositivo, los procesos de absorción son diversos; por una parte pueden actuar con miedo, rechazo o resentimiento, como también bajo un precepto de vigilancia, cobijo y cuidado (Castro *et al.*, 1997), puesto que como menciona Ornish (1999), el apoyo social, las relaciones tanto familiares, como de amistad y compañerismo, son importantes dentro de la vida cotidiana, ya que cuando uno se siente querido, alimentado, procurado y cercano a alguien, se tienen muchas más posibilidades de mejorar la calidad de vida y el estado de salud. Por tanto, concordamos con Schwartzmann (2003) cuando reconoce que la esencia de la calidad de vida se relaciona con la percepción tanto física como emocional y espiritual que tiene la persona sobre su estado de bienestar y que depende tanto de su contexto e historia personal como de sus valores, creencias y tradiciones.

Referencias bibliográficas.

- Aggleton, P. y Parker, R. (2003). "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action". *Social science & medicine*, vol. 57, Núm. 1:13-24.
- Aguilar, P. y Paredes, C. (2017). "Evaluación del estado nutricional mediante el índice de masa corporal y el método de Chang en pacientes ambulatorios con VIH/SIDA en el Hospital Carlos Andrade Marín", *Revista Médica-Científica CAMBIOS HE-CAM*, vol. 16, Núm. 1: 36-39.
- Aguilar, P. (2000). "La antropología en el estudio y solución de problemas de alimentación y nutrición". En: *Olores y sabores de la comida mexicana*. México: Diario de Campo, CONACULTA – INAH, Suplemento No.9, 15 – 18.
- Álvarez, C. (2009). "Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 8, Núm. 17: 69-79.
- Banks, M. (2010). *Los datos visuales en investigación cualitativa*. España: Ediciones Morata.
- Barbieri, A.; Machado, A. y De Castrom F. (2005). "Differential study of the beliefs concerning home care and death among relatives caring for patients with HIV/aids and cancer", *Psicologia, saúde e doenças*, vol. 6, Núm. 2: 157-163.
- Barragán, S. (1999). *Las múltiples representaciones del dolor: representaciones y prácticas sobre el dolor crónico, en un grupo de pacientes y un grupo de médicos algólogos*. México: Tesis de maestría en antropología social, ENAH.
- Bayón, C. y Mier y Terán, R. (2010). *Familia y vulnerabilidad en México. Realidades y percepciones*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Bejarano-Roncancio, J.; Ramírez, M.; Saurith-López, V. y Sussman-Peña, O. (2011). "Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en pacientes diagnosticados con VIH en tratamiento farmacológico", *Rev Fac Med*, vol. 59, Sup. 1: S3-11.
- Benavente, B. (2011). "Estado nutricional y hábitos alimentarios en pacientes con VIH", *Rev peru epidemiol*, vol. 15, Núm. 2: 15- 20.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1999). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleda, G. (2005). "Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad", *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, vol. 7: 149-164.
- Busso, G. (2001). "Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI". Documento presentado en el Seminario Internacional "Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe" (Santiago de Chile, 20 y 21 de junio), inédito.
- Caballero, T. y Lengomín, F. (1998). "Causas más frecuentes de problemas sanitarios en alimentos", *Rev Cubana Aliment Nutr*, vol.12, Núm. 1: 20-23.
- Caballero, S.; Estrada, E.; Chiesa, M.; Terán, G. y Rosas, A. (2016). "Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de vih en población mexicana", *Psicología y Salud*, vol. 26, Núm. 2: 283-293.
- Castro, R.; Eroza, E.; Orozco, E.; Manca, M. y Hernández, J. (1997). "Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar", *Salud pública Méx [online]*, vol.39, Núm. 1: 32-43. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636341997000100006&lng=en&nrm=iso
- Cazenave, G.; Ferrer, S.; Castro, B. y Cuevas, A. (2005) "El Familiar Cuidador De Pacientes Con SIDA Y La Toma De Decisiones", *Rev. Chil. Infectol*, vol.22, Núm. 1: 51-57.
- Chambers, R. (1989). "Vulnerability: How Do the Poor Cope", *IDS Bulletin*, vol. 20, Núm. 2.
- Collignon-Goribar, M. (2009). *Construcción social de la sexualidad y el SIDA en el México contemporáneo*. En Renglones, revista arbitrada en ciencias

- sociales y humanidades, núm.60. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO).(2000): http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/CRPD_2015/Documentos_Relacionados/FBP5/files/assets/basic-html/page75.html
- Contreras, J. y Gracia-Arnaíz, M. (2005). *Alimentación y cultura: Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- Chu, Y.; Farmen, A.; Fung, C.; Kuhle, S.; Storet, K. y Veugelers, P. (2013). "Involvement in home meal preparation is associated with food preference and self-efficacy among Canadian children", *Public Health Nutr*, vol. 16, Núm. 1: 108-12.
- Delgadillo, M. (2007). "Análisis Procesual del Impacto del vih/sida y su Representación en Personas Seropositivas", *Psicología Iberoamericana*, vol. 15, Núm 2: 30-37.
- Domínguez, O.; Ortega, R.; Aguilera, Y. y Arias, M. (2011). "Estado de los conocimientos sobre alimentación y nutrición de las personas que viven con VIH/sida. Influencia en la prevención del síndrome de desgaste", *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, vol. 21, Núm. 2: 263-274.
- Duch, L. y Mèlich, J. (2009). *Ambigüedades del amor*. Antropología de la vida cotidiana 2/2. Madrid: Editorial Trotta.
- Estany, Q.; Bonjoche, A.; Roura, E. y Núria, C. (2015). "Cambios en los hábitos alimentarios de los pacientes infectados por el VIH a través del asesoramiento gastronómico y talleres de adquisición de habilidades culinarias (Estudio ALÍCIA-FLS)", *Rev Esp Nutr Hum Diet*, vol. 19, Núm. 3: 184 - 186.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. España: Ediciones Morata.
- Flores, P.; Almanza, A.; Gómez S. (2008). "Análisis del Impacto del vih/sida en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social", *Psicología Iberoamericana*, vol. 16, Núm. 2: 6-13.
- Flores, E.; Borda, M. y Pérez, M. (2006). "Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, Núm. 2: 285-300.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frías, G.; Hierro, S.; Jiménez, J.; Moreno, L. y Ruiz, R. (2007). "Farmacogenómica y sus aplicaciones clínicas", *Dermatología Rev Mex*, vol. 51, Núm. 3: 99-111.
- Granados, C. (2014). "Normalización y normatividad de la homosexualidad: Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina", *Salud Problema UAM – X*, año 8, Núm. 16: 88 -102.
- Granados, C. (2015). "Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos", *Salud Problema UAM – X*, año 9, Núm. 17: 66 -78.
- Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH (2019). Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, Secretaria de Salud, versión electrónica: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/470115/Fragmento_Gu_a_de_Manejo_ARV.pdf
- Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. España: Gedisa.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- González, G.; Gómez, M. y García, E. (2019). "Consumo de alimentos, estilos de vida y estado nutricional de los pacientes infectados con VIH que son atendidos en un hospital de especialidades de la ciudad de Guayaquil", *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, vol. 29, Núm. 1: 47-63.
- Gracia, M. (2010). "Alimentación y cultura en España: una aproximación desde la antropología social", *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 20, Núm. 2: 357-386.
- Grimberg, M. (1999). "Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la

- prevención al VIH-SIDA en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires”, *Cuadernos Médico Sociales CESS*, Núm. 75, 65-76.
- Grimberg, M. (2000). “Género y VIH-SIDA. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH”, *Cuadernos Médico Sociales CESS*, Núm. 78, 41-54.
- Grimberg, M. (2003). “Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH”, *Cuadernos Médico Sociales CESS*, Núm. 17, 77- 99.
- Hamui, S. (2011). “Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social”, *Cuicuilco*, vol.18, Núm. 52, 51-70.
- Hartmann, C.; Dohle, S.; Siegrist, M. (2013). “Importance of cooking skills for balanced food choices”, *Appetite*, vol. 65: 125-31.
- Herrera, C. y Campero, L. (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. 6:554-564.
- Infante, C.; Zarco, Á; Cuadra, S.; Morrison, K.; Caballero, M. y Bronfman, M. (2006). “El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México”, *Salud pública México*; vol. 48, Núm. 2: 141-150.
- Izazola, J.; Astrola, L.; Beloqui, J.; Bronfman, M.; Chequer, P.; Zacarías, F. (1999). “Avances en la comprensión del VIH/SIDA: una visión multidisciplinaria”. En: Izazola, J. (eds.) *El SIDA en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria*. México: Fundación Mexicana para la Salud, 21-44.
- Kang, E.; Rapkin, B.; Remien, R.; Mellins, C. y Oh, A. (2005). “Multiple dimensions of HIV stigma and psychological distress among Asians and Pacific Islanders living with HIV illness”, *AIDS & Behavior*, vol. 9, Núm. 2:145-154.
- Kaztman, R. (2000). “Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social”, *BID-Banco Mundial-CEPAL-IDEDEC*, 5º Taller Regional: 275-301.
- Kontantinidis, A. y Cabello, G. (2008). “La notificación del diagnóstico y las primeras reacciones de personas infectadas por el virus del VIH. Un estudio cualitativo realizado en el área metropolitana de Monterrey, NL”, *Revista Perspectiva social*, vol. 10, Núm. 1, 87- 112.
- Kübler – Ross, E. (1997). *AIDS: The Ultimate Challenge*. United Kingdom: Touchstone Editors.
- Lara y Mateos, R. (2003). *Padecimiento y estilo de vida estigmatizados: el caso de algunos hombres que tienen sexo con hombres (HSH).seropositivos de escasos recursos del puerto de Veracruz*. México: Tesis de doctorado en antropología social, ENAH.
- Laurell, A. (1982). “La salud-enfermedad como proceso social”, *Cuadernos Médico Sociales*, Núm. 19: 1-11.
- Leyva, R. y Caballero, M. (2009). *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Leyva, R.; Quintino, F.; Infante, C. y Caballero, M. (2009). *Migración Internacional y vih/sida en México. El estado de la migración. Las políticas públicas de la migración mexicana a Estados Unidos*. México: Conapo, 249-264.
- Linares, G.; Santana, P.; Carrillo, F; León, S.; Sanabria, N.; Acosta, N. y Coniell, L. (2013). “Estado nutricional de las personas con VIH/Sida: su relación con el conteo de las células T CD4+”, *Nutrición hospitalaria*, vol. 28, Núm. 6: 2201-2211.
- Liscano, P. y Estrada, M. (2015). “Exploración y análisis a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la pandemia del VIH-SIDA”, *Acta Odontológica Colombiana*, vol. 5, Núm. 1, 117-131.
- Lizarraga, X. (2003). *Una historia sociocultural de la homosexualidad. Notas sobre un devenir silenciado*. México: Paidós.

- López, A.; Escudero, J. y Moreno, L. (2008). “Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES”, *Medicina Social*, vol. 3, Núm. 4: 323-335.
- Lozano, J. (2011). “Interacciones farmacológicas”, *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*, vol. 24, Núm. 96: 125-131.
- Magis, C.; Bravo, E. y Rivera, P. (2000). “El Sida en México en el año 2000”. En: Uribe, P. y Magis, C. (ed.) *La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas*. México: CONASIDA.
- Marrodán, S.; González, M. y Prado, M. (1995). “El conocimiento actual de la oferta alimenticia”. En: *Antropología de la nutrición*. España: Editorial Noesis, 49-95.
- Marzán, R. y Varas, D. (2001). “Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA”, *Forum Qualitative Social Research*, vol. 7, Núm. 4: 1-17.
- Massip, T.; Nicot, G.; Massip, J.; Valdés, A. y Pimienta, A. (2015). “Evaluación nutricional de personas con VIH/SIDA”, *Revista chilena de nutrición*, vol. 42, Núm. 2: 131-138.
- Mora, R.; Alzate, P. y Rubiano, M. (2017). “Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 16, Núm. 33: 19-34.
- Morales, B.; Borde, E.; Eslava, C. y Concha, S. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, *Revista de salud pública*, vol. 15, Núm. 6: 810-813.
- Muñiz, M. (2014). “Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH-Sida en Los Altos de Chiapas”, *LiminaR*, vol. 12, Núm. 2: 46-66.
- Núñez, N. (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*, Núm. 35: 13-28.
- Oliva, L.; Bosch, S.; Carballo, M. y Fernández-Britto, R. (2001). “El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos”, *Rev Cubana Invest Bioméd*, vol. 20, Núm. 2: 150-158
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Panorama mundial VIH. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>, última revisión, enero 2020.
- Orozco, N.; Alcalde, R.; Ruiz, L. Sucilla, P. y García, C. (2015). “Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México”, *Salud Pública Mex*; vol. 57, supl. 2: S190-S196.
- Ornish, D. (1999). *Love and survival*. United Kingdom: Vermilion.
- Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). <https://www.unaids.org/es> última revisión, enero 2020.
- Reis, R. y Gir, E. (2010). “Living with the difference: the impact of serodiscordance on the affective and sexual life of HIV/AIDS patients”, *Rev Esc Enferm USP*, vol. 44, Núm. 3: 759-765.
- Robles, B. (2011a). “La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico”, *Cuicuilco*, vol. 18, Núm. 52: 39-49.
- Robles, B. (2011b). “La experiencia en el campo: algunas reflexiones”. En: Barragán, S. y González, Q. (coord.). *La complejidad de la Antropología Física*. México: INAH.
- Robles, G. y Osorio, J. (1998). “Nutrición y SIDA”. En: *SIDA hoy*. México: editorial Ser Humano, 43-56.
- Schutz, A. (1995). *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Paidós.
- Schwartzmann, L. (2003). “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales”, *Cienc enferm*, vol. 9, Núm. 2: 09-21.
- Shernoff, M. (2006). “Condomless sex: gay men,

- bare- backing, and harm reduction”, *Journal of Social Work*, vol. 51, Núm. 2:106-113.
- Sontag, S. (1996). “La enfermedad y sus metáforas y El Sida y sus metáforas”. Madrid: Editorial Taurus, 176 pp.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1996). “La entrevista en profundidad”. En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós, 100-120.
- Tobón, B. y García, P. (2019). “Perfil emocional de las personas con VIH”, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 22, Núm, 2: 1024-1046.
- Torres, C. (2002). “Cambios de hábitos alimentarios en el contexto urbano”, En: *Diario de Campo No. 47*. México: CONACULTA – INAH, 41-42.
- Torres, C. (2019). Biomedicina, vulnerabilidad, género y cuerpo en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes en la Ciudad de México. *Debate Feminista*, vol. 57, año 29: 36-58.
- Torres, G.; Madrid, L. y Santoni, M. (2004). “El alimento, la cocina étnica, la gastronomía nacional. Elemento patrimonial y un referente de la identidad cultural”, *Scripta Ethnologica*, Núm. 26: 55-66.
- Urzúa, M.; Zúñiga, B. (2008). “Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social”, *Revista de Saúde Pública*, vol. 24: 822-829.
- Varguillas, C. y Ribot de Flores, S. (2007). “Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad”, *Laurus*, vol. 13, Núm. 23: 249- 262.
- Velásquez, V. y Bedoya, S. (2011). “Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA”, *Medicina UPB*, vol. 29, Núm. 2: 144-154.
- Zapata, R.; González, F. y Rangel, G. (2014). “Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes”, *Papeles de población*, vol. 20, Núm. 79: 39-71.