

La experiencia del diagnóstico positivo al VIH. Cambios, transformaciones y avatares. Un estudio de corte cualitativo

Bernardo Adrián Robles Aguirre* • Lilia Mestas Hernández**

RESUMEN

El VIH se construye y significa a partir de experiencias individuales, así como de las vivencias propias y colectivas, la forma en cómo se acepta, rechaza, sufre, goza o altera la vida, se refleja en todas las esferas sociales y en las historias personales de cada persona que la padece, así como en su grupo de convivencia cotidiano. Por ello, el VIH se asocia a sentimientos, emociones y sensaciones que se configuran a partir de la información, el conocimiento, las ideas, nociones y conceptos que se tienen sobre el virus. En el presente estudio, centraremos nuestro interés en conocer cómo se construye la experiencia del diagnóstico en un grupo de siete personas, describiendo el reconocimiento y enfrentamiento con el diagnóstico de VIH y, así, identificar qué valor le atribuyen y cómo se vive. A partir de esto, se observó que factores como la discriminación, el miedo, la estigmatización y el rechazo, siguen siendo elementos fundamentales que obstaculizan el proceso de aceptación e incorporación del VIH en la vida cotidiana.

PALABRAS CLAVE: VIH-SIDA, corporalidad, vida cotidiana, significación.

The experience of a positive HIV diagnosis. Changes, transformations and avatars. A qualitative study.

ABSTRACT

HIV is constructed and signified by individual experiences, as well as by one's own and collective experiences; the way in which one accepts, rejects, suffers, enjoys or alters life, is reflected in all social spheres and in the personal histories of each person who suffers from it, as well as in his or her daily group of coexistence. Therefore, HIV is associated with feelings, emotions and sensations that are configured from the information, knowledge, ideas, notions and concepts that are held about the virus. In the present study, we will focus our interest on knowing how the diagnosis experience is constructed in

* (Becas por México) Posgrado en Ciencias Antropológicas – Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Correo electrónico de contacto: brwrpiec@gmail.com

** Facultad de Estudios Superiores Zaragoza – Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico de contacto: lilia.mestas@zaragoza.unam.mx

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2023

Fecha de aceptación: 10 de abril de 2024.

a group of seven people, describing the recognition and confrontation with the HIV diagnosis and thus, identifying what value they attribute to it and how it is lived. From this, it was observed that factors such as discrimination, fear, stigmatization and rejection continue to be fundamental elements that hinder the process of acceptance and incorporation of HIV into daily life.

Keywords: HIV-AIDS, corporeality, daily life, significance

Introducción

El VIH/SIDA emergió en los años ochenta del siglo XX dentro de una generación que luchaba por liberarse de prejuicios, discriminaciones y sentencias morales, donde la homofobia, el racismo y el clasismo, lo volvía, más que en una amenaza a la salud, en una sentencia, dando oportunidad al dedo acusador de señalar a “culpables” (Watney, 1995)¹; cabe recordar que se le llegó a llamar “la enfermedad de las 3 H”: homosexuales, hemofílicos y haitianos, antes de reconocer que es una condición de una sola H: humanos.

Datos recientes (ONUSIDA, 2023), reconocen que hay poco más de dos millones de personas que viven con VIH cada año, y aunque cada vez son menos frecuentes las muertes relacionadas con el SIDA, las proyecciones internacionales consideran que aún falta tiempo para que pueda ponerse fin a la epidemia, prevista para el 2030².

Por otra parte, 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 virus, así, más del 90 por ciento de las personas que viven con VIH se encuentran en países en vías de desarrollo, donde la falta de recursos se presentan aunados a factores como la reclusión social (Flores – Sarazúa *et al.*, 2006), 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).

En la escala regional, los sectores de la población en donde las condiciones materiales de vida son precarias y el acceso a los servicios de atención médica, restringido, se han convertido en aquellos en donde existe una mayor vulnerabilidad para contraer el virus. A su vez, se ha demostrado que la precariedad laboral y la falta de educación formal, condicionan particularmente la frecuencia con la que se presenta VIH (Granados – Cosme, 2014).

Actualmente, las representaciones sociales acerca del VIH-SIDA están caracterizadas por los estereotipos, los prejuicios y el estigma, y han contribuido a que en los últimos años muchas personas no se reconozcan como una población en

¹ A este respecto Watney (1995), reconocía que el espectáculo del SIDA ofrecía una purga ritual en la que se podía contemplar el castigo que recibían los portadores del mal, mientras la unidad familiar nacional, el lugar de “lo social”, se restauraba y purificaba.

² Uno de los objetivos fundamentales para alcanzar este resultado fue lograr que, para el cierre de 2021, el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y que el 90% de las personas que la reciben, tengan supresión viral, a esta iniciativa se denomina 90-90-90 (ONUSIDA, 2023).

situación de riesgo de contraer la enfermedad, ya que la baja percepción de vulnerabilidad, la alta exposición a prácticas sexuales de alto riesgo y la falta de información fiable sobre la enfermedad, se han convertido en los principales factores para la adquisición del VIH en los adolescentes y los jóvenes de todo el mundo (Hoyos – Hernández *et al.*, 2019).

Así, VIH modifica y reconstruye la vida y los espacios de convivencia cotidiana, afectando tanto a la persona que lo padece, como a la sociedad en su conjunto (Briongos *et al.*, 2007), puesto 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; molda, 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.

En el presente estudio, centraremos nuestro interés en conocer cómo se construye la experiencia del diagnóstico en un grupo de siete personas, describiendo el reconocimiento y enfrentamiento con el diagnóstico de VIH y, así, identificar qué valor le atribuyen y cómo se vive. A continuación, nos referiremos a cómo se estructuró el grupo de estudio, cuáles fueron los criterios de inclusión y cómo identificaron y experimentaron el saberse diagnosticados con VIH.

Metodología, grupo de estudio y criterios de inclusión

Se realizó un estudio de corte cualitativo (Hamui, 2011; Robles, 2011 y Taylor y Bogdan, 1996), aplicando entrevistas semiestructuradas a un grupo de siete personas que viven con VIH (véase Cuadro 1). Se hizo una definición de informantes clave, considerando como tales a varones

residentes de la CDMX o la zona conurbada del Estado de México, que refirieran haber contraído el VIH por prácticas sexuales de alto riesgo³, sin importar su identidad de género, orientación o preferencia sexual.⁴

Se consideró también que hubieran sido diagnosticados con al menos dos años previos a la investigación, esto, para reconocer cómo fueron experimentando los cambios y los modos de percibir, afrontar y reconocer el VIH en sus vidas. También, se tomó en cuenta que estuvieran bajo el esquema de Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA)⁵, que mostraran un patrón de seguimiento médico constante; consistente en asistir 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 y que participaran en protocolos de atención dentro del centro de salud especializado. Lo anterior debido a que, como especifican algunos autores (Delgadillo, 2007 y Flores *et al.*, 2008), estar informado sobre un diagnóstico positivo permite construir estrategias de atención y cuidado más permanentes y sólidas para con ellos mismos. Sumado

3 Las prácticas sexuales se han considerado “sin riesgo (sexo seguro) cuando el intercambio de secreciones como sangre, semen y fluidos vaginales es nulo; de poco riesgo (sexo protegido), si tal intercambio es escaso; o con riesgo (coito sin empleo de condón)” (Martínez *et al.*, 2001: 36).

4 En todos los casos se contó con el apoyo del médico especialista que labora como responsable del departamento de especialidades de un Hospital de tercer nivel de la CDMX, éste, fungió no sólo como intermediario entre el investigador y los pacientes, sino que, además, autorizó la revisión de los expedientes médicos de cada uno de los entrevistados para su triangulación y análisis. En este sentido, debo enfatizar que el cotejo realizado se llevó a cabo con el conocimiento previo de los pacientes, por lo que todos firmaron un consentimiento bajo información previa.

5 Esto se considera relevante puesto que estas terapias han modificado favorablemente el pronóstico de desarrollo del VIH, en tanto que permiten controlar la multiplicación viral a niveles no detectables por los métodos actualmente disponibles y reconstruir el aparato inmunitario de las personas diagnosticadas. La consecuente disminución de la aparición de enfermedades oportunistas, y con ello de la mortalidad asociada al VIH, esto, transforma el carácter de la enfermedad convirtiéndola en crónica y controlable (Margulies *et al.*, 2006).

Cuadro 1. Características generales del grupo de estudio

Nombre	Año de nacimiento	Lugar de residencia	Nivel de escolaridad	Ocupación	Grupo social con el que habita después del diagnóstico
Manuel	1979	Ciudad de México, Zona Centro	Secundaria	Guardia de seguridad en banco	Vive con un hermano, está en pláticas para regresar a vivir con su esposa
Ricardo	1954	Ciudad de México, Zona Centro	Carrera trunca de Ingeniería Civil	En proceso de jubilación del IMSS	Actualmente vive solo
Fernando	1984	Ciudad de México, Zona Sur	Contaduría y trabajo social	Contador	Comparte departamento con una amiga y la hija de ésta
Samuel	1957	Ciudad de México, Zona Centro	Preparatoria	Lavado de alfombras	Vive solo y de vez en cuando con uno de sus hermanos
Lauro	1955	Estado de México	Cirujano dentista	Jubilado, repartidor de comida casera	Actualmente vive con su pareja
René	1981	Ciudad de México, Zona Centro	Derecho	Abogado	Actualmente vive solo
Antonio	1973	Ciudad de México, Zona Sur	Preparatoria	Cajero de banco	Vive con un hermano

Fuente: Elaboración propia (2021 - 2022) con base en entrevistas semiestructuradas.

a esto, 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. Por último, se consideró que contaran con seguridad social, trabajo estable y con condiciones socioeconómicas estables.

Las condiciones anteriormente descritas, permitieron encontrar sujetos en una situación de relativa tranquilidad, de mayor adaptación al diagnóstico y al tratamiento, de forma tal que se fa-

voreciera una recuperación reflexiva de su experiencia frente al diagnóstico y su relación con las actividades cotidianas.⁶

Las entrevistas se realizaron después de uno o dos encuentros con los informantes claves para

⁶ Cuando hablamos de experiencia nos referimos a todos los acontecimientos individuales que provocan impulsos y sentimientos dentro de nosotros, esto, se vive cotidianamente dentro de la convivencia general y adquiere seguridad y precisión conforme pasa el tiempo. Por tanto, “todo lo que nos domina como costumbre, uso y tradición, se funda dentro de nuestra experiencia vital” (Dilthey, 1998:42) ésta, se presenta como un construcción singular y particular (Mauss, 1936) pero, a la vez, general y colectiva (Barragán, 2007).

establecer un mejor contexto y reproducir la experiencia. Éstas se efectuaron en lugares donde el participante definió sentirse más cómodo. A cada uno se le informó el propósito del estudio, las estrategias, alcances y limitaciones y se hizo especial énfasis en la importancia de su colaboración y en el anonimato y discreción de sus identidades. Una vez hecho esto, se entregó un documento describiendo con precisión todos estos puntos⁷.

Cada uno eligió un seudónimo (que es el que aparece a lo largo de la investigación) y se les pidió explícitamente su autorización para que las entrevistas fueran audiograbadas. Todos los informantes fueron reclutados en la unidad de atención médica en donde llevaban el seguimiento de su diagnóstico. Posteriormente, se transcribió y analizó a partir de las construcciones sociales de Schutz (1995) y Berger y Luckmann (1999), para abordar la forma en cómo reconstruyen la vida cotidiana, por otro lado, se reflexionó a partir de los estudios del cuerpo (Barragán, 2007; Bernard 1994, Butler, 2002, Dolto, 1986, Duch y Mèlich, 2005, Guzmán, 2008 y Robles, 2016) ya que éste forma parte fundamental de la identidad de los sujetos masculinos y femeninos (López, 2013), es una estructura simbólica que el sujeto construye según su contexto social y cultural, determinado por su historia personal (Le Breton, 1991).

Se identificaron categorías discursivas significativas, según el énfasis observado en los informantes y se interpretaron a la luz de un marco teórico que

⁷ En este sentido, nos apoyamos en las propuestas y criterios de Oliva et al. (2001), referente al contenido de la información que se les proporciona a los participantes del estudio, así, se dio a conocer la configuración y características de la investigación, describiendo los objetivos y metodología a desarrollar, indicando los riesgos, molestias y beneficios de su colaboración y precisando la completa libertad de decisión para acceder a participar, por lo que se resaltó que este estudio era independiente y externo a las asesorías, seguimiento y atención que realizaban con la médico especialista, por lo que no debían sentir algún tipo de obligación, responsabilidad o compromiso.

se constituyó en *la mirada* con que fueron leídas y las frases que nos interesaron destacar fueron marcadas en negritas. El discurso, se analizó y se corroboró su solidez testimonial al referirla a la particularidad de cada caso. Por último, se seleccionaron los fragmentos que dieran cuenta de una reconstrucción de la experiencia del diagnóstico al VIH al momento actual, esto con la finalidad de distinguir posibles fases de reconocimiento, aceptación, negación o rechazo.

Los informantes

Para identificar la experiencia del diagnóstico, fue necesario penetrar en las historias personales, acercarse al momento donde ellos intuían podía ser la ocasión donde se presentó el virus en su cuerpo, y aunque en un principio algunos fueron parcos y dubitativos, conforme íbamos avanzando en las entrevistas, poco a poco fueron mostrando mayor confianza y pudimos obtener mayores datos.

Como podemos observar en el cuadro 2, **Ricardo** y **Lauro**, reconocen que la transmisión pudo haberles ocurrido en la década de los ochenta, mientras que para **Fernando**, **Samuel** y **René** sucedió durante los años 2000, por último, **Manuel** y **Antonio** no recuerdan en qué año pudieron haber contraído el virus.

Todos los entrevistados tienen claro cuándo fue el momento de la transmisión, saben cuándo fueron al médico para conocer su situación serológica, ya que todos los demás identifican que se enteraron de su diagnóstico debido a infecciones, enfermedades, lesiones y dolores que comenzaron a

sentir a lo largo del tiempo.⁸

Por último, podemos observar que reconocer la transmisión y después saber el diagnóstico, no es garantía de iniciar con la TARAA, ya que si bien **Manuel, Fernando, Samuel, René y Antonio**, una vez conociendo su diagnóstico iniciaron con la toma de medicamentos, mientras que **Ricardo y Lauro** dejaron pasar entre cuatro y nueve años para iniciar el tratamiento (véase cuadro 2).

Las trayectorias individuales

Manuel

No tiene claro cómo es que adquirió el virus. Narra que llegó al Seguro Social y después de unos estudios médicos le dieron el diagnóstico positivo al VIH, en este sentido, identifica que el virus puede contraerse por prácticas sexuales, transfusión sanguínea o por el contacto con drogas inyectables.

...Pues mira. Yo no sé en qué momento me infecté. Este... cuando fui al Seguro fue cuando me sentía mal, de ahí ya fue cuando me hicieron los estudios, me lo detectaron... de hecho me comentaron si yo era homosexual; por lógica no lo soy... no sé realmente en qué momento habrá sido. Nunca he tenido una transfusión

8 Algunos criterios para identificar el virus en el cuerpo son “tos persistente más de un mes en ausencia de tuberculosis pulmonar y los siguientes hallazgos al realizar el examen físico: dermatitis prurítica generalizada, herpes zoster, candidiasis orofaríngea, herpes simple crónico ulcerativo o agresivo y linfadenopatía generalizada. La presencia de sarcoma de Kaposi o criptococosis se considera evidencia suficiente para establecer el diagnóstico” (Díaz y Lubián, 1998:158), las principales características físicas que se presentan entre los seropositivos son: pérdida del tejido adiposo, en la boca; candidiasis, leucoplasia vellosa oral y sarcoma de Kaposi. En la piel: sarcoma de Kaposi, herpes zoster, lesiones de molusco contagioso y dermatitis seborreica. En el fondo de ojo: retinitis por Citomegalovirus y exudados blanquecinos algodonosos (Castillo, 2004). En este sentido, algunos autores consideran que el mayor número de infecciones cutáneas se deben a la disminución en el número de células de Langerhans, LTCD4, células NK, macrófagos y monocitos (Navarrete – Dechent et al., 2015).

sanguínea, nunca me he inyectado este.... Drogas...(Manuel, 2021).

Asimismo, considera que para contraer el virus se debe ser una persona “disipada y con muchas parejas sexuales”, por tanto, reconoce que la forma que tenía “de cuidarse”, era no metiéndose con cualquier mujer para tener prácticas sexuales, pues dice que conocía a todas las mujeres con las que mantenía relaciones.

...Yo... para empezar yo no supe cómo fue que acepté la enfermedad. En ningún momento me pasó por acá que yo la tuviera... Yo no soy muy mujeriego antes de conocer a mi esposa, por lógica sí tienes a tus parejas... pero yo no he sido mucho de tener... parejas. Yo siempre me he tratado de cuidar; a lo mejor no usando preservativos, porque nunca los usé... me trataba de cuidar en el aspecto de no meterme con cualquier persona que conociera. Ya ves que tú vas a la discoteca y te gusta una mujer; un hombre y pum, te metes con él aunque no lo conozcas... No, eso no lo hago. Digamos yo me desarrollo en el ambiente nocturno como te lo vuelvo a repetir; sí conocí personas; salí con ellas...(Manuel, 2021).

El diagnóstico positivo se lo dieron en 2012, año en el que lo tuvieron que hospitalizar, hace referencia que llegó al médico debido a un dolor abdominal (estomacal),⁹ le toman una muestra sanguínea y después de los análisis, le comentan que debe quedarse para verificar los estudios preliminares, por lo que es internado para su reconocimiento y valoración.

9 Cosme et al. (2005) reconocen que los linfomas más frecuentes en los pacientes seropositivos son los linfomas inmunoblástico de células B (alto grado), que se localizan principalmente en la médula ósea, el tracto digestivo e hígado y el síntoma predominante es el dolor abdominal.

Cuadro 2. Experiencias sobre el diagnóstico positivo al VIH

Nombre	Posible año de transmisión	Año de diagnóstico	Razón por la que acude a realizarse el estudio	Año en el que comienza con el TARAA
Manuel	Desconoce	2012	Dolor abdominal	2012
Ricardo	1985	1987	Intuye que tiene el virus, había tenido diarreas muy fuertes dos años antes	1996
Fernando	Entre 2005 y 2007	2009	Infección en el estómago, hepatitis tipo B	2009
Samuel	Entre 2000 y 2010	2010	Histoplasmosis ocular	2010
Lauro	1981	1988	Diarreas, dolores abdominales, sarcoma de Kaposi	1992
René	Entre 2000 y 2005	2010	Otitis externa maligna	2010
Antonio	Desconoce	2006	Dolores, escalofríos	2006

Fuente: Elaboración propia (2021 - 2022) con base en las entrevistas semiestructuradas.

En el momento del diagnóstico los médicos le hacen referencia a que podía haber estado asintomático por varios años, situación por la cual no se había manifestado el virus.

...Sí, te activa. O sea, andas hiperactivo, movido o sea como que no sabes ni qué hacer no. Entonces... cuando fui a hacerme los estudios la... tanto el doctor como la doctora que me dieron los resultados... posiblemente- ellos me comentaron que yo tenía el... el virus, pero no se me había desarrollado porque yo me alimentaba bien; me había sabido cuidar. Entonces como dicen, a lo mejor lo tenía muy pequeño entonces cuando me descuidé fue cuando se – cuando

se botó. Y estee... fue cuando se desarrolló al 100 por ciento y fue cuando me provocó todos los síntomas que yo tuve...Sí de hecho fue lo que me comentaron los doctores- mi esposa a lo mejor no lo entendió bien en aquel tiempo; porque te vuelvo a repetir yo con ella no he tenido así muchas relaciones sexuales... (Manuel, 2021).

Aunque el diagnóstico lo “destrozó por dentro” trató de tomarlo con calma, sin embargo, narra que su esposa al principio no le creyó, pues le hizo referencia a que posiblemente había tenido prácticas sexuales con uno de sus amigos o que la había engañado con algunas amigas y fue has-

ta que platicaron con el médico especialista que, reconociendo la naturaleza del virus, sintió su apoyo y comprensión.

...Entonces este... (suspira) pues ella... cuando me dieron los resultados, yo lo tomé con calma. O sea, sí me destrozó por dentro... me sentí mal, pero... a la mejor no lo demostré; pero lo tomé con calma. Este... pues ella también lo tomó con calma y afortunadamente me ha apoyado. Y fue “ESO” lo que me comentaron los doctores, que a lo mejor eso se desarrolla hasta con 15 años atrás y mi esposa no lo- o sea no lo- no me lo creyó; que a lo mejor me lo había pegado un amigo; o sea mi amigo con el que salía no, que a lo mejor había tenido relaciones con él y cosas así. Por lo mismo de que como ella- pensó que tuve relaciones con él o con algún... ella pensó que a lo mejor le puse el cuerno con alguna chava. Y este... pero ella estuvo presente cuando los doctores le dijeron que el virus se desarrolla hace 10, 15 años, pero no es detectable... (Manuel, 2021).

Ricardo

Durante la década de los ochenta ya tenía conocimiento sobre las formas en cómo se transmitía el VIH, los peligros de la transmisión y las maneras de protegerse, sin embargo, reconoce que, aunque tenía claro y sabía todo esto, nunca tomó las precauciones necesarias y reconoce que estaba en riesgo de contraer el virus.

*...Bueno... eeh... fue en 1987... eeh... yo sabía que andaba en riesgo. Ya en medios de comunicación, televisión, radio, **en las mismas discotecas gay se escuchaba ya que el SIDA, que el VIH, que usa condón, que cosas de esas... y hacíamos caso omiso. Pero yo en al-***

guna ocasión tomando conciencia pues ando en riesgo y necesito saber si ya está infectado pues atenderme, y si no pues a cuidarme también, que no me vaya a contagiar. En eso fue... en eso consistió el hecho de que me enteré de lo que tenía... (Ricardo, 2022).

En este contexto, refiere que entre 1985 y 1987 tuvo varios episodios de diarreas agudas y constantes,¹⁰ situación que lo hizo sospechar de una posible infección, no obstante, reconoce que necesitó dos años para poder hacerse la prueba sanguínea, pues tenía miedo de que le dieran el diagnóstico positivo.

...Bueno... eehh... si hubo algún foco rojo. Este... meses atrás había tenido diarreas, que me habían durado más de 15 días pero que en su momento me preocuparon, porque era uno de los síntomas que mencionaron...pero luego pasaron y lo olvidé o bueno, quise olvidarlo... en el '87. Yo calculo que estoy infectado unos dos años antes, 85, por ahí así... porque dos o tres ocasiones tuve diarreas de estas y no se me quitaban, hasta hastaaaa... duraban más de lo normal y sí me llamaba la atención. También en eso tuve... tuveee, tomé valor y la decisión para irme a hacer el estudio...tenía que haber ido antes, pero sabía lo que me iban a decir y pues la verdad, mejor no saberlo... (Ricardo, 2022).

Una vez que se decide, acude al servicio médico del banco en donde trabajaba y ahí le solicitan que se realice los exámenes sanguíneos. Fue a un laboratorio al sur de la ciudad donde se realizó los estudios, sin embargo, los resultados no se lo

¹⁰ Uno de los mayores problemas de salud entre los pacientes diagnosticados con vih es la infección parasitaria intestinal, la enfermedad gastrointestinal, con síntomas como diarrea, deshidratación, disfagia, dolor abdominal, ictericia, pérdida de peso y sangrado gastrointestinal puede ser el resultado de infecciones oportunistas (Flórez et al., 2003).

entregan a él, sino que los mandan directamente con el médico que se los solicitó.

*...Fue en un laboratorio, el único que lo hacía... ahí no hubo ningún problema. Fui me hice mis estudios, ninguna pregunta, nada y... **me dieron mi resultado- bueno el resultado no me lo dieron a mí, se lo mandaron al doctor.** Y cuando fui con el doctor ya lo tenía él ahí... (Ricardo, 2022).*

En el momento del diagnóstico, el médico que lo atendía, no supo cómo apoyarlo y después de la consulta, le comentó que lo canalizaría con algún especialista, sin embargo, mandó los exámenes clínicos a los jefes de Ricardo.

... y eso fue lo que me dijo: “sabe qué, pues no sé qué hacer... déjeme- le voy a dar una cita para x días para ver qué es lo que voy a hacer, a dónde lo canalizo, a donde lo mando” ... pero te comento que ya no hubo necesidad porque el muy malvado fue de chismoso a las oficinas generales, de ahí me mandaron llamar, ya te comenté lo que me plantearon... pero afortunadamente me mandaron con el doctor A... él era un doctor joven, que... le inquietó, tuvo inquietud del VIH y empezó a estudiar eso... (Ricardo, 2022).

Sin embargo, durante la consulta el médico le comentó que tendría poco tiempo de vida y aunque reconoce que estaba preparado para la noticia, saberse seropositivo le afectó fuertemente, pues considera que el médico no tuvo tacto para darle la información, ya que fue duro y displicente al darle el diagnóstico.

...Eeee... una vez... teniendo el resultado ya me lo dio y pues yo no me daba más de 15 días de

*vida en ese momento (termina la oración con una risa nerviosa, incrédulo) ... **se me vino el mundo encima, a pesar de que iba preparado...y por cierto muy mal médico porque me dio el resultado este... pues muy fríamente, como diciendo sabes qué ¡Ah pues sí salió positivo! y no me acuerdo qué me dijo exactamente, pero sí me hizo sentir muy mal. Aparte del problema del... de enterarme, la forma en que me lo dijo... (Ricardo, 2022).***

Por otra parte, aunque albergaba la posibilidad de que fuera una falsa alarma, el día del diagnóstico acudió solo a la cita médica pues no quería que nadie más se enterara de su situación serológica, a partir de ese momento decidió ponerle metas a las actividades que deseaba realizar, comenzando por llegar a su cumpleaños (15 días después del diagnóstico), luego a navidad y así sucesivamente.

Para 1988 y una vez que pasó algunas fechas que se había puesto como límite de vida, decidió no pensar más en el VIH y retomó sus actividades cotidianas, considerando que, si tenía que morir, lo haría sin estar pensado en la enfermedad.

*...se me olvidó, la verdad... **una de las cosas que yo... consideraré como una.... Digamos una protección, una barrera, una defensa, para no caer en depresiones o eso, fue hacer de cuenta que no pasaba nada... .. y siguió mi vida normal; ya una vez que pasaron cuatro, cinco meses, ya en enero empecé a pensar no pues qué... pues mi vida normal, como siempre; de agosto a diciembre me la pasé todo deprimido, todo lloroso, todo amolado y en enero dije no pues qué estoy haciendo, si me voy a morir, me voy a morir a gusto, tranquilo y contento... (Ricardo, 2022).***

Así, retomó sus salidas nocturnas a bares y an-tros, tratando de llevar su vida sin mayores sobresaltos, de forma tal que continuó teniendo prácticas sexuales de alto riesgo, sin importarle la situación serológica de las parejas con las que tenía encuentros sexuales, pues consideraba que, si ellos deseaban tener prácticas sexuales relaja-das y sin uso de condón, era porque estaba en la misma situación que él y no veía el caso de pro-tegerse, pues desconocía que pudiera haber co-in-fecciones. Este tipo de prácticas las sostuvo por muchos años.

...y empecé a salir otra vez con mis amigos; no había muerto ninguno de mis amigos todavía... todavía teníamos muchos amigos. Y este... hice mi vida normal; cuando tenía relaciones se-xuales... digamos que... estúpidamente, quizá, mi protección hacia la persona con la que me acostaba era preguntarle: ¿Quieres que use-mos condón? Sí o no... pues que sí ¡Ah perfecto se cuida!, pues que no ah me vale... no pues está igual que yo. Por qué, porque las gentes que yo conocía eran del núcleo de una disco-teca. O sea, toodos sabíamos exactamente lo que pasaba... entonces yo consideraba bueno mientras no me salga de aquí para contagiar fuera, pues no pasaba nada... el contagio es entre nosotros... y si llega alguna gente nueva que no conoce el ambiente que me diga no pues yo sí uso condón, pues órale adelante... por mí no hay problema, y así ¡fueron muchos años... años!... (Ricardo, 2022).

Para 1996, comenzó con problemas de salud, primero, sintió que se descapelaba de las ore-jas¹¹ y después continuó con un dolor agudo de

11 Las enfermedades de la piel (principalmente dermatosis infecciosas, inflamatorias y neoplásicas) son muy frecuentes durante el curso de la in-fección por vih, pues se presenta en más del 90 por ciento de los casos; a menudo constituyen la primera manifestación de la enfermedad y repre-

oídos,¹² situación que lo llevó al dermatólogo y ahí le anunciaron nuevamente su diagnóstico, a partir de ese momento comenzó con la TARAA.¹³

...Te digo, en el 96 que estuve a punto de morir, así me dijeron... tenía un problema en los oídos, ya se estaban descarnando y fui con- no me acuer-do si fue con el dermatólogo y me dijo: “pues es que ya no puedo hacer nada por ti, así vas a estar hasta el día que te mueras” ... ¡Así me lo dijo! Y dije no pues sabe qué que no me voy a morir. Y entonces- ya me desvié un poquito- Yo sabía a través de mi médico que me tocó que ahorita te iba a platicar, el doctor A, el que me... que me asignaron del banco, este él ya sabía que ha-bía medicamento en Estados Unidos, y entonces como pude lo conseguí... (Ricardo, 2022).

Fernando

En 2009, regresó de unas vacaciones y tuvo un fuerte dolor abdominal que lo hizo ingresar al hospital, después de los análisis médicos le diag-nosticaron primero hepatitis tipo B¹⁴ y posterior-mente VIH.

senta un marcador de progresión de la misma (Salazar – Nieves, 2012).

12 Las dos patologías otológicas más comunes en el individuo con vih son la otitis media aguda y la otitis media crónica. En adultos, la disfunción de las trompas de Eustaquio puede ser consecuencia de la hiperplasia linfoide nasofaríngea, sinusitis, neoplasias nasofaríngeas o fenómenos alérgicos (Guerrero y Guirón, 2003).

13 La TARAA ha cambiado la historia natural de la infección por el VIH. En la actualidad, existen más de 20 medicamentos los cuales han sido aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos de Norteamérica, la terapia consiste en la combinación de tres drogas que inhiben puntos específicos del ciclo vital del virus y así reducir la morbimortalidad (González – Hernández *et al.*, 2014). En México el acce-so universal a la TARAA se inició en 2001, fue un proceso paulatino, sin embargo, a la fecha no se han establecido estrategias para el acceso al di-agnóstico temprano, por lo que muchos pacientes aún son diagnosticados cuando la enfermedad es avanzada y se presenta con eventos definitivos de SIDA (Martín – Onraet *et al.*, 2015).

14 Los virus de hepatitis B y C (VHB y VHC) y el *Treponema pallidum* causan infecciones que comparten mecanismos de transmisión con el vih y tienen la potencialidad de cambiar el curso de esta enfermedad (Pérez *et al.*, 2009).

...Claro, mira. Yo me enteré por medio de, bueno yo tenía un proceso en aquél entonces de trabajo de mucho estrés, entonces salí a vacacionar y regresando de vacaciones empecé a tener un dolor abdominal... Esto fue muy rápido, entonces ese mismo día yo salí al hospital, al médico, eh pensando que era alguna fuerte infección en el estómago. Y me dijeron que tenía este... me pusieron una inyección para calmar el dolor abdominal y primeramente salió un diagnóstico de Hepatitis. Y ese Hepatitis, pues en lo que hacían la serología y todo eso, pues resultó que... al cabo de un par de semanas que era Hepatitis B. Pero la Hepatitis, lejos de este... de que la evolución fuera positiva, era negativa, iba en aumento esa Hepatitis, entonces empezaron a... tener sospechas y fue cuando me hicieron otros estudios y fue donde salió el ELISA salió positivo... (Fernando, 2021).¹⁵

Sin embargo, comenta que desde hacía varios años atrás sabía que debía realizarse la prueba de VIH, pues sostenía prácticas sexuales de alto riesgo y reconoce que no había estado dispuesto hasta que, obligado por el dolor estomacal que lo atenazaba, tuvo que ir a consulta.

....Lo que pasa es de que.... yo siempre estuve muy cerrado a toda esa, a toda la situación

¹⁵ Se considera diagnóstico positivo al VIH, cuando se han encontrado anticuerpos en la muestra de sangre y existen dos pruebas para poder diagnosticar este virus, la primera de ellas denominada ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Asssay*) “Ensayo Inmuno Enzimático Absorbente”, el cual consiste en mostrar dentro de la sangre, la presencia de moléculas que se ligan de manera específica a las proteínas purificadas del VIH. Ésta se utiliza no sólo para detectar la presencia del VIH en personas, sino también para analizar los paquetes de sangre y sus derivados que se manejan en los bancos de sangre y no establece un diagnóstico de SIDA ni es un pronóstico de avance del virus. ELISA es de bajo costo, pero a su vez de baja confiabilidad y sólo en caso de resultar positiva debe hacerse una segunda prueba denominada de inmunotransferencia o *Western blot* (Wb). Este estudio confirma la presencia en la sangre de anticuerpos al VIH, es más confiable que la ELISA, pero es más difícil y costosa. Para todos estos estudios es pertinente interpretarse de acuerdo a la historia clínica del paciente y a pruebas auxiliares de laboratorio (Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH / SIDA, 2000).

de... enfermedades de transmisión sexual... no quería yo saber nada y la verdad yo no quería saber nada y yo estaba enfocado más en otras cosas que en las cuestiones de mi salud, entonces nooooo... nooo me detuve a ver nada acerca de mi salud, ni a hacerme estudios ni nada, sabía que tenía que hacerlos...hasta que meee... obligado a, tuve que ir por un dolor de estómago que resultó Hepatitis; entonces... de tan inflamado que tenía el hígado... (Fernando, 2021).

En este contexto, fue en el departamento de gastroenterología donde le dieron el diagnóstico positivo y aunque el médico no fue rudo al darle la noticia, considera que intentó ser directo y comprensivo. De ahí lo canalizaron al área de infectología.

...Sí. Me lo dijooo, me lo dijo el gastroenterólogo (pasa saliva de golpe), el gastroenterólogo me dijo porque él era el que estaba viendo la parte de la Hepatitis, y él fue el que me dio la noticia. Eeee no me la dio brusca, pero tampocooooo en una postura muuuuy, muuuuy... liviana; me lo dijo, firmé, pero con cierta comprensión, a forma de que yo lo tomara de buennnn... lo mejor posible. Entonces me lo dijo y fue cuando me canalizó aaaa... al área de Infectología que es donde la Dra. L me ha dado seguimiento hasta la actualidad... (Fernando, 2021).

Cuando se le preguntó sobre el año de la posible transmisión, él refiere que lo más probable es que fuera con la pareja con la que estuvo de 2005 a 2007, pues no era frecuente el uso de condón en sus prácticas sexuales.

...Sí, claro. Mmmmm... hace unos años... yo era una persona... esteeeee... muy entregada. Mmmm era una persona mmmm... pues real-

mente- bueno creo que eso no ha cambiado, soy una persona que confía en la gente, que confía en la bondad de las personas. Sé que a lo mejor hay gente que es muy- que está muy corrompida o podrida por dentro, pero sé que hay algo bueno en cada persona y... desafortunadamente ehh... yo tuve... mmmm... yo me- me relacioné con esta persona y no tuveeee... no tuve la precaución de pedirle condón en las relaciones posteriores, porque pues realmente yo me visualizaba con esta persona para algo mássss estable, más allá. Haciendo un cálculo de eso, de todo- puedo decir que fue esta persona la que me infectó... (Fernando, 2021).

Sin embargo, más adelante en la entrevista detalló que durante algunos años tuvo muchos encuentros sexuales, por lo que ha decidido “no buscar culpables” y aceptar su responsabilidad al no haber usado condón en sus prácticas sexuales.

*... Tal vez no, pero- te digo hace algunos años fui también una persona muy promiscua, entonces... Mira la verdad es que **mi vida ahorita está enfocada hacia adelante. No mirar hacia atrás, porque yo creo que mirar hacia atrás es simplemente hacerme daño o tratar de buscar un culpable, no.** Porque yo lo veo ahora, de que, si me la paso buscando culpables o si me la paso guardando rencor y resentimiento, sin aceptar que yo también he tenido que ver en diversas situaciones que he tenido en mi vida, no evoluciono y mi visión es siempre ver- no voy para adelante, mi visión es siempre ir para adelante. Por ejemplo, te puedo decir que, si esta persona fue la que me infectó, sí, no tuve la capacidad de pedir condón, no tuve la precaución de pedir condón y pues bueno... puesssss ni modo. Lo mismo te decía de la relación esta duradera, llegó un momento que tampoco nos*

pedimos condón, y nunca nos checamos, nunca nos hicimos un examen... eeehhh... confiamos en lo que decíamos el uno al otro, pero nunca tuvimos la precaución de decir “cómo andas, en qué andas”. No, somos pareja y tuvimos relaciones sin condón. Cogemos sin condón, nada más... (Fernando, 2021).

Samuel

Se enteró de su diagnóstico cuando acude al médico debido a una histoplasmosis ocular que le comenzó a afectar la vista del ojo derecho.¹⁶ Ahí, el médico, después de una serie de cuestionamientos, le sugiere hacerse la prueba de VIH.

... yo fui... porque empecé a... perder la vista de un ojo, del ojo derecho. Yo fui a mi clínica de... a mi hospital de zona y ahí no tenían la especialidad; me mandaron a otro. Ahí, me empiezan a hacer estudios... y llega el momento en el que pierdo la vista por completo en el ojo derecho... y le digo al Dr. estee... Dr. G., no me acuerdo cómo se llama, me pasa esto y esto y esto, soy gay y pues... así soy... y me dice ¿Te has hecho algún día la prueba? Le dije – no – y dice ¿Te gustaría hacértela? Y le digo - cree que sea necesario - y me dice, pues creo que sí. Y yo le dije está bien... (Samuel, 2022).

De esta manera el médico le solicitó que se hiciera una prueba de ELISA, una vez que sale positiva le piden corroborar esta información con la con-

¹⁶ La histoplasmosis es ocasionada por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*, que involucra al tejido linfático, pulmones, hígado, bazo, glándulas suprarrenales, riñones y piel. Sus principales formas clínicas son: histoplasmosis pulmonar aguda primaria, pulmonar crónica y la diseminada progresiva, que tiene sus subvariantes como son la aguda, subaguda y crónica. Otras formas de presentación son: histoplasmosis, histoplasmosis ocular y granulomatosis y fibrosis mediastínicas (Pérez – Molina *et al.*, 2007). La infección se produce por inhalación de esporas hacia los pulmones, y la afectación oftálmica se debe a la diseminación hematogena a la coroides (Pérez de Arcelus *et al.*, 2008).

firmatoria (*Western Blot*),¹⁷ en este contexto, en las dos ocasiones que lo atendió el especialista le sugirió que fuera acompañado de un familiar, sin embargo, consideró que no debía incluir a nadie más en sus problemas. Una vez con el diagnóstico positivo, lo refieren al departamento de infectología de un hospital de tercer nivel, y cuando se le preguntó en qué momento pudo haber contraído el virus, refirió que pudo haber sido en cualquier momento entre 2000 y 2010, pues no frecuentaba el uso de condón en sus prácticas sexuales.

...como te lo comenté hace unas semanas, tuve años de mucho desmadre y pudo haber sido ahí, pero también pudo haber sido con mi pareja, en fin, no sé y no quiero averiguar... una vez si pensé que pudo haber sido con un chico que conocí en mis años de desenfreno, pero ¡Pa'saber!, no usaba condón, o sea, si usé, pero sólo cuando me lo pedían, así que ahí está el error, o bueno, yo sabía a qué me estaba exponiendo... (Samuel, 2022).

Lauro

En 1988 comenzó a presentar una serie de síntomas que, si bien al principio no hizo caso, en un periodo de dos semanas se fueron complicando cada vez más.

...fue en el 88, había tenido varias alarmas que no había hecho caso, tenía unos dolores muy fuertes de estómago y diarreas continuas por cerca de dos semanas, pero no le tomé importancia, pero fue hasta que me apareció el sarcoma que tuve que ir al médico, porque ya no aguantaba el dolor.... (Lauro, 2021).

¹⁷ Un paciente puede tener ELISA – VIH positivo con *Western blot* negativo, en este caso el paciente no tiene infección por VIH (Pizzo, 2015).

Así, tuvo que ir a una revisión médica cuando empezó a sentir una serie de manchas en la piel¹⁸ que le causaban dolor, una vez que le realizan los estudios, se entera que era sarcoma de Kaposi¹⁹ e intuyó que debía ser VIH, pues había escuchado de ello, es entonces que el médico le da el diagnóstico y decide tomar la noticia con calma y reconoce que para ese momento lo más importante era salir adelante con el sarcoma.

...pues el médico me dijo, ¿Sabes qué es el sarcoma de Kaposi? Y pues ya había oído hablar de él, siempre relacionado con el SIDA y pues, si me espanté, pero el médico me dijo: “no te preocupes, será cuestión de asegurarnos, porque siempre hay falsos positivos, lo importante aquí, es que conozcas cómo estás” y pues, me hizo la prueba y salió positiva... hasta eso, fui positivo como se dice... el doctor fue bueno conmigo, al menos no fue como muchos que he escuchado, tal vez porque sabía que yo trabajaba ahí... y pues me enfoqué primero en salir del sarcoma y eso me funcionó... (Lauro, 2021).

En este sentido narra que había intuido, desde hacía algunos años atrás, que estaba infectado por el virus, ya que había tenido algunos de estos síntomas anteriormente, pero había decidido no hacer caso.

...pues una siempre sabe ¿No?, no te puedo decir de cuando, digo tengo una idea, pero tal

¹⁸ Las manifestaciones cutáneas de la infección por vih pueden dividirse en no infecciosas (inflamatorias, asociadas o no a la TARAA o neoplásicas) y en infecciosas (excluyendo en estas últimas las causadas por la infección del vih en sí) (Navarrete – Dechent *et al.*, 2015).

¹⁹ El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia maligna compleja de origen mesenquimal, asociada con el Herpes Virus Humano tipo 8 (VHHV8), que normalmente coincide con una alteración inmunológica (Jiménez *et al.*, 2015) y se presenta en cuatro formas epidemiológicas; clásica, endémico africano, postrasplante y asociado al vih, en estos últimos pacientes la forma de presentación es mucho más severa, agresiva y fulminante a nivel cutáneo y visceral (Polanco *et al.*, 2015).

vez luego te la digo, pero la cosa es que todos sabemos con quién nos metemos, entonces ahí fue cuando decidí, pues aceptar que estaba con esto, no fue fácil, porque la verdad es que estaba muy temeroso de saber, por eso nunca me había hecho la prueba, pero, tampoco me quería morir en ese momento... lo que pasa es que varios años atrás ya había estado con esos dolores, pero luego se me quitaban, siempre que tenía los dolores pensaba que era VIH, pero... después de un tiempo no sientes nada y pues se te olvida, la verdad es que no quería saber... (Lauro, 2021).

Sin embargo, una vez que dejó de presentar dolores y comenzó a restablecerse, dejó por un periodo de cuatro años los medicamentos hasta que conoció a su actual pareja; para ese momento consideró que era importante reanudar con el tratamiento pues quería mantenerse estable para poder cuidar a su pareja en caso de que fuera necesario.

...lo que pasa es que como te decía yo quería salir del sarcoma, esa era la primera parte importante, no quería nada más, así estuve con medicamentos como seis meses y pues salí, la verdad es que sí me apliqué... tuve la oportunidad de tomar todo lo que me decían porque cuando me lo propongo soy disciplinado... la cosa es que, ya que salí de esto, la verdad es que otra vez, como que no quería afrontar mi realidad y pues sí dejé de tomar medicamento por un rato, o sea, no era constante.... Pues como en el 92, ahí sí puse atención, más por mi pareja, no porque me dijera algo, para nada, es más como por compromiso conmigo, para no fallarle, para no tener que estar solo y también, pues para que esté con alguien que lo pueda cuidar si se pone mal, ¿No crees?, eso era lo importante... (Lauro, 2021).

Considera que lo más probable es que se haya infectado de VIH el año que fue con su madre de vacaciones a los Estados Unidos (1981), ya que en ese entonces tuvo varios encuentros sexuales.

...siempre me lo he preguntado, fijate que yo creo que en el 1981... pues porque fue cuando llevé a mi mamá a los Estados Unidos, ahí nos quedamos unos días y pues yo sí salí a todas partes, ahí la noche está más viva que la mañana (risa) y pues yo creo que ahí fue... porque ya después el médico me dijo que podía haber estado alojado por varios años y pues haciendo cuentas, yo creo que fue ahí... eso sí, no sabría decirte con quién, porque, pues la verdad, sí me desenfrené... (Lauro, 2021).

René

Cuando se le preguntó cuándo pudo haber contraído el VIH, se mostró dubitativo al respecto, sin embargo, intuye que debe haber ocurrido durante los primeros cinco años de la década del 2000, cuando se encontraba sin una pareja estable, pues frecuentaba a sexoservidoras y reconoció que el uso de condón no estuvo presente en todos sus encuentros.

... pues, así como cuándo, no lo sé, no te podría dar un momento, aunque ya pensándolo bien, pues uno siempre sabe, ¿No? y pues la verdad es que yo creo que fue antes de F., más o menos... lo que pasa es que pues sí iba mucho con chavas y pues yo creo que fue ahí, no te creas, lo he pensado mucho, mucho, de cuándo pudo haber sido y pues siempre llego a esa conclusión, porque, además, pues no es que siempre haya sido cuidadoso y a veces a ellas pues también se les olvida... (René, 2021).

En 2010, estando de vacaciones en Oaxaca, comenzó a tener los primeros síntomas del virus, los cuales iniciaron con mareos, cansancios extremos y unas molestias de estómago, y aunque a los dos días dejó de sentir estas dolencias, un fuerte dolor en el oído izquierdo lo obligó a ir a hacerse unos chequeos médicos.

...pues mira, estaba de vacaciones, estaba en Oaxaca en casa de mis padres y un día, bueno desde que había llegado había estado con unos dolores fuertes de estómago, me dolía entre la base y uno de los costados del abdomen, yo creía que era una especie de gastritis y no le puse mucha atención... pero luego, además tenía mareos y mucha fatiga, como si hubiera corrido una hora sin parar, pero todo eso no lo atendí a tiempo, pensé que era por el trabajo y el viaje... lo que pasa es que ya como a los dos días de estar ahí, ¡tómala!, me comenzó un dolor en la oreja, bueno en el oído izquierdo, que no me dejaba hacer nada, entonces sí me preocupé y me lancé a una clínica para que me revisaran qué tenía... (René, 2021).

Una vez que llega a la clínica y lo valoran, le comentan que su padecimiento era extraño y le solicitan que vaya con un especialista, pues le diagnostican una otitis muy singular (OEM)²⁰ que sólo se presenta en personas adultas y diabéticas,²¹ por lo que acude a un otorrinolaringólogo.

... la cosa es que no dieron y no daban, me decían que tenía una infección interna y que era

20 La Otitis Externa Maligna (OEM) es considerada una infección invasiva del conducto auditivo externo, infrecuente y sumamente agresiva, que llega, en ocasiones, a comprometer la base del cráneo. Se presenta habitualmente en inmunocomprometidos, incluidos aquellos con infección por VIH (Chiappe *et al.*, 2016).

21 La OEM suele afectar comúnmente a pacientes de edad avanzada, diabéticos e inmunocomprometidos. En el caso de la diabetes mellitus se mantiene como la condición asociada más importante y está presente hasta en un 65 por ciento de los casos (Zamora, 2015).

muy rara, pues sólo sabían de este tipo de casos en ancianos y en diabéticos y me decían, pues estás muy chavo para tener diabetes y que si mi familia tenía diabetes y pues total, que el médico me dijo que mejor y para no errarle, que mejor fuera con un especialista... ya tenía un dolor insoportable... que si iba con un ornitólogo (quiso decir otorrino), que ahí sí me podían decir qué tenía y, pues yo no conocía ninguno y ya ahí me canalizaron con un otorrinolaringólogo... (René, 2021).

Cuando asiste con el especialista, éste le toma muestras sanguíneas y le pide que vaya al día siguiente para comenzar con el tratamiento, sin embargo, asegura que el médico ya sabía que tenía el virus del VIH, pues una vez que le realiza los exámenes médicos, le hizo una serie de preguntas que al principio le parecieron extrañas, pero al final de la consulta le pidió que no faltara al día siguiente y que de preferencia no asistiera solo, pues necesitaría el apoyo de un familiar o un amigo.

...pues ya llegué como pude, estaba saliendo un líquido asqueroso y pues me dolía mucho, y pues yo creo que el médico ya sabía de qué se trataba, o sea, al principio como que le extrañó mi caso, pero después como que lo vi más tranquilo y si aquellos otros me decían que si era diabético, con éste comenzó con preguntas sobre mis preferencias sexuales, que si me gustaban los hombres y pues sí le dije, pues qué pasó doctor y se disculpó, pero me sonó raro que hiciera esas preguntas, pero pues ya al final si me dijo: “sabes, no quiero que faltes mañana, es importante que vengas con alguien”, no me dijo por qué, pero si me hizo énfasis en eso... (René, 2021).

Al día siguiente fue con un amigo y ahí se enteró que tenía una OEM, la cual se había manifestado por el virus del VIH, y aunque considera que el médico tuvo tacto para darle la noticia, él hubiera preferido ir sólo, pues se sintió muy incómodo de que su amigo se enterara del diagnóstico. A partir de ese momento comenzó con la TARAA.

...ya al día siguiente fui con mi amigo... la verdad es que eso es lo único que lamento, la verdad es que no quería que él se enterara, digo, es mi amigo y lo aprecio mucho, pero la verdad es que mejor que no se hubiera enterado, pero en fin...también el doctor me había dicho que no fuera solo... siempre me trató muy bien, me dijo: “mira, tienes una otitis malévola (quiso decir maligna), y esa se puede tratar con esto” y me dio unos medicamentos, y que tenía que ir con él otras tantas veces y me dijo: “pero sí quiero que te las tomes, que es muy importante” y pues claro que lo iba a tomar, ¡Imagínate! Y ahí me dijo: “además quiero que sepas que tienes otro bicho” ... cuando me dijo del VIH, pues la verdad es que no lo asimilé mucho, porque tenía lo del oído... ya después pues sí me pegó, pero al principio, pues estaba más enfocado en la otitis... aunque siempre fue muy claro... me dijo que no me iba a morir, pero que debía de ir a terapia a unos cursos de apoyo y que el medicamento y pues mira, aquí me tienes... ya estoy mucho mejor... (René, 2021).

Antonio

Se enteró de su diagnóstico positivo en 2006, cuando, después de un maratón donde había participado, comenzó con un dolor de garganta, escalofríos y dolores musculares que le duraron varios días y aunque fue con varios médicos generales, seguía sintiéndose mal y sin disminución de los síntomas.

...Me empezó a dar como... así como temperatura, me empezó a doler la garganta. Era un domingo; me acuerdo bien porque fue un 16 de septiembre. Un 16 de septiembre fue en la tarde cuando me empezó a dar molestias y todo. Un día antes había participado en una carrera y me sentí cansado; y después me fui de parranda...Pueees yo creo, más o menos. Sí, 2006, 2007. Y entonces en la tarde empecé a sentir dolor de garganta, un poco de escalofrío, pero me seguí todos esos días y este.... pero como que cada día me empecé a sentir más mal y los medicamentos que me tomaba no me hacían nada. A la semana fui como con tres doctores de medicina general, me dolía mucho esta parte (marca el antebrazo), y la ingle, y creo que esta parte, no recuerdo bien... (René, 2021).

Sin embargo, a la semana de esto, uno de los médicos generales que atienden en la red de bancos donde trabaja fue a la sucursal donde él labora y tuvo la oportunidad de pedirle consejo sobre su malestar, ante esta situación, el médico le solicitó que se realizara unos estudios sanguíneos y después lo canalizó con un oncólogo, ahí le dan el diagnóstico positivo.

...por fortuna o para mi suerte, fue un doctor de medicina general que fue al trabajo a... así como a campaña y yo le dije lo que sentía, cómo me sentía, y me mandó a hacer unos estudios, me mandó unos este... unas vitaminas inyectadas que no recuerdo el nombre, porque no me daba hambre, y me dolía mucho la espalda y eso... Para esto ya habían pasado unos 8 días del 15- del 16 de septiembre y este... bueno ya fui con ese doctor y me puse las inyecciones que me mandó, y me hice los exámenes que me mandó. Y estee... cuando vio los exámenes me dijo que no estaba muy normal, que estaban ba-

jas las defensas y me mandó con otro especialista. Este especialista era algo de Oncología y él me mandó otros exámenes y prácticamente después de como dos exámenes más me dijo que pues queeee... que mi diagnóstico era que estaba infectado (pasa saliva) y este... (René, 2021).

Una vez que llega al oncólogo, le comentan que tiene Dermatitis seborreica²² y que debían hacerle algunos estudios de sangre para ver cuál era el origen de esta enfermedad.

*...En la parte de las axilas me dolía, tenía, así como unas bolitas y unas escamas, muy raro, me dijo: “necesito que vayas con este Oncólogo, otro doctor, te va a hacer una cirugía y te va a extraer esta molestia que tienes para examinarlo” ... “Una vez que te haga el estudio, pasas conmigo para ver si no es algún tumor”, algo así. Pero **la forma en que a mí me dijo el doctor me bajó totalmente**; o sea salí totalmente mal (suspira breve); pues bueno, se me vino a la mente muchas cosas: mi familia, qué voy a hacer, me voy a morir... o sea se me vino todo, todo abajo... (René, 2021).*

En este contexto, desde su punto de vista, el médico no tuvo tacto para darle el diagnóstico, pues fue demasiado directo. Sin embargo, una vez que confirma su estado serológico, lo canaliza al departamento de infectología.

²² La Dermatitis seborreica es una enfermedad común de la piel, se caracteriza por afectar zonas ricas en glándulas sebáceas como piel cabelluda, cara y la región retroauricular, preesternal, axilar e inguinal. Su aspecto macroscópico consiste de eritema, escama amarillenta untuosa y ocasionalmente furfurácea (Castillo, 2014). Y aunque se presenta entre el dos y cuatro por ciento de la población general, en pacientes inmunodepresivos su presencia alcanza el 85 por ciento de los casos (Navarrete – Dechent *et al.*, 2015).

...Bueno pues el doctor- yo quiero pensar por looo... por la cantidad de trabajo que se ve que tenía y aparte es una persona de edad avanzada, esteee... pues lo noté así como muuuyyy... muuuy agresiva su forma de ser (sonríe tímidamente y con cierto temor), que en la forma en que me decía las cosas, me bajó. O sea, yo me sentía mal y me dijo: “sabes qué, creo que tienes VIH y te tengo que mandar a hacer otros estudios para confirmar” ... Más o menos así. Ya fui a hacerme los exámenes y cuando regreso a confirmar esos exámenes me dijo: “sí efectivamente estás infectado y necesito mandarte con un especialista para que te tratamiento, porque yo aquí no puedo hacer más”... (René, 2021).

Una vez que llega con la médica especialista el trato fue completamente distinto, pues desde el primer momento pudo entablar una buena comunicación y le comentaron que no debía de preocuparse, que, si mantenían una buena alimentación, ejercicio moderado y una ingesta correcta de los medicamentos, podría estar con una carga viral estable.

*...Sí. Nada más que por el trabajo yo puedo- yo tengo acceso a ese servicio, y después este... él me mandó con el especialista igual de la red y bueno, busqué en el directorio qué especialista había y nada más había una doctora. Ya ella fue la que me terminó de diagnosticar, de ver, me mandó otros estudios... pero desde la primera vez que yo acudí con ella, realmente fue el trato totalmente diferente...Este... sí...La doctora... el trato fue totalmente diferente; ella me mandó otros estudios... que tenía que confirmar los estudios porque, aunque traía resultados, necesitaba confirmar los estudios. Me dijo: “**si realmente tienes la infección, no te preocupes**”*

te vamos a atender, la red de tu trabajo se va a encargar de apoyarte y te vas a levantar; nada más hay que ver cómo están tus defensas, y te vas a levantar de esto” y me recordó que todo estaba en mí, una buena alimentación, ejercicio y tomar medicamentos, con eso podía vivir muchos años y mira ¡Aquí estoy!... (René, 2021).

Actualmente mantiene una buena relación con la médica especialista que lo atiende y cada vez que tiene dudas sobre algún síntoma o alguna reacción de los medicamentos que toma, le solicita su asesoría ya sea por teléfono o por correo electrónico. En este sentido, afirma que sólo con ella tiene la apertura para hablar de su situación serológica.

Conclusiones

Al principio de la investigación, todos los entrevistados se mostraron reservados y recelosos respecto a comentar cuándo fue el momento en que pudieron infectarse, sin embargo, poco a poco fueron develando la información y sólo dos casos (Manuel y Antonio), reconocieron desconocer el momento exacto de este suceso, sin embargo, todos tuvieron formas distintas de explicar y referir su diagnóstico positivo a VIH. De acuerdo con las propuestas de Fitzpatrick (1990), en la mayoría de los casos, las creencias de los informantes acerca de este mal no eran necesariamente coincidentes con las interpretaciones del discurso médico y en ocasiones diferían por completo, ya que cada uno de ellos se enfrenta de manera diferencial sus preocupaciones cotidianas.

En todos los casos se silencia el término VIH y se utilizan otros términos algunos ambiguos y otros menos “ofensivos”. Así, para referirse al VIH, se usaban frases como “tener eso”, “este problema” o “el virus”, de forma que podemos considerar

que, aunque todos ellos se identifican como seropositivos, asumen la estigmatización de los conceptos VIH y SIDA y se niegan a usarlos.

A lo largo de las entrevistas, se indagó sobre las prácticas sexuales de preferencia, gustos, temores, frustraciones y miedos; esto, permitió analizar las formas en cómo han construido su sexualidad, el conocimiento sobre los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual, así como la frecuencia en el uso de métodos y barreras mecánicas para evitar embarazos e infecciones, asimismo, se obtuvo información sobre los métodos de protección y cuidado que conocen y realizan cotidianamente.

En este sentido, resulta interesante encontrar que para todos los entrevistados el uso de barreras mecánicas es conocido como un método eficaz de protección contra enfermedades e infecciones, pero en el relato, su empleo aparece de forma opcional y para casi todos estuvo ausente durante sus primeras prácticas sexuales, asimismo, se observó, como en el estudio de Caballero *et al.* (2016), que independientemente al tipo de práctica o preferencia sexual, hay una disminución de parejas sexuales una vez que conocen su seropositividad. Sin embargo, aunque identifican el diagnóstico y saben las implicaciones, aceptan que no siempre utilizan condón durante sus prácticas sexuales, por tanto, es importante enfatizar que la indetectabilidad provoca que las personas que viven con VIH no identifican que pueden transmitir el virus.

Por otra parte y en concordancia nuevamente con Caballero *et al.*, (2016), se reconoce que el grupo de hombres homosexuales son los que tuvieron en promedio el mayor número de parejas sexuales, tanto antes como después del diagnóstico sin em-

bargo, no se podría como lo especificó uno de los casos, hablar de “promiscuidad”²³, puesto que esta es “una cuestión de calidad, no de cantidad, una sola relación sexual permite la infección si no se toman medidas para evitarlo. Y, al contrario, es posible tener cientos de relaciones sexuales sin infectarse (siempre y cuando se tomen las medidas adecuadas)” (Guasch, 1993: 85). Si bien, este estudio se realizó con un grupo de personas que cuentan con seguridad social, trabajo estable y con condiciones socioeconómicas estables, sería necesario contrastarlo en grupos con otro tipo de circunstancias.

Asimismo, se observa que varios de los casos aceptaron llevar a cabo prácticas sexuales de alto riesgo antes y después del diagnóstico positivo, esto hace énfasis en las actividades o conductas de riesgo relacionadas con la posibilidad de contraer o transmitir el VIH, por lo tanto nos adherimos a la propuesta de Piña (2004: 23) cuando menciona que: “las actividades o conductas de riesgo consiste en tener relaciones sexuales con múltiples parejas —se trate de parejas estables u ocasionales— y no usar efectiva y consistentemente condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración”.

Por otra parte, fue importante reconocer el papel que desempeña el personal médico en todo este proceso, ya que al ser la primera instancia donde se da el diagnóstico, es fundamental la forma en cómo da la información, en este orden de ideas, reconozco como especifican Herrera *et al.* (2008: 253) que “el trato en los servicios varía, dependiendo de la antigüedad del personal médico (em-

peora donde hay mucha rotación de personal), de su capacitación en VIH y trato a los pacientes, de la antigüedad del paciente en el servicio, si éste se muestra exigente o es sumiso, y de su condición étnica, de clase, género u orientación sexual”, ya que como anuncian Kleinman y Benson (2004: 25), “las personas que sufren deben ser realistas, pero los médicos deben sentirse fortalecidos, personalmente comprometidos en la relación que mantienen con sus pacientes. Los enfermos y sus médicos deben ligarse a los sentidos morales de la enfermedad en el marco de la relación que les une”

Cabe enfatizar que en su mayoría el estigma cobra sentido ya que se esfuerza por disimular, ocultar o reprimir las preferencias sexuales (Granados – Cosme, 2014 y 2015), traducéndose como una “obligación de mentir a los demás, incluso a los más próximos -a la familia, a los padres-, produce una “tensión intolerable” que no puede por menos de tener efectos profundos sobre la personalidad individual, sobre la subjetividad” (Eribon, 2001:140). “Por consiguiente, decir es hacer. Pero entonces es posible “ser” homosexual, con tal de no decirlo y, por tanto, no dejar que se suponga que se tiene la intención de practicar actos homosexuales” (Eribon, 2001:78), pues el solo hecho de ser “desacreditable” (y de saber que lo es, y de temer que lo “desacrediten”) actúa, en efecto, sobre el consciente y el inconsciente de los individuos como una fuerza de subyugación y de dominación interiorizada, redoblada por la angustia de ser descubiertos y por la autocensura necesaria para no serlo” (Eribon, 2001:97).

Por último, identificamos como señala Malagón (1999) y Dillon (2016), las dificultades que deben atravesar con el servicio médico, esta multiplicidad de factores pueden alterar la forma de tratar, recibir, atender y dar seguimiento a los pacientes seropositivos, pues como vimos en uno de casos

23 En este sentido, Guasch (1993: 117) especifica el término es inválido, puesto que “es una construcción cultural indefinida. No se sabe a partir de qué número de relaciones sexuales la persona puede ser definida como promiscua. En cualquier caso, respecto al SIDA, la noción de promiscuidad es inoperante para prevenirlo, puesto que con una sola relación sexual de riesgo la infección es posible”.

(Ricardo), la noticia causó conmoción, miedo y desasosiego, razón por la cual dejó por completo de asistir al médico por un periodo de 10 años, asimismo, algunos otros reconocieron (René y Antonio) a los médicos como las primeras figuras

causantes de la estigmatización y el rechazo, estas acciones como lo especifica Kang *et al.* (2005), limitan la posibilidad de crear estrategias de seguimiento en los tratamientos implementados por los profesionales en los servicios de salud.

Referencias bibliográficas

- BARRAGÁN S, A. (2007). El cuerpo vivido: entre la explicación y la comprensión, en: *Estudios de Antropología Biológica*, XIII: 693-710, México.
- BERGER, P. Y LUCKMANN, T. (1999) *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires
- BERNARD, M. (1994) *El cuerpo*, Paidós, Barcelona
- BRIONGOS F., LAISA S.; BACHILLER L., P.; EIROS-BOUZA, J. M. Y PALACIOS M. T. (2007). Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH en: *Anales de medicina interna*, vol. 24, núm. 8, Arán Ediciones, España, pp. 399-403.
- BUTLER J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós, Barcelona.
- CABALLERO, S., N. P, ESTRADA, E. R, CHIESA, M. C. I, TERÁN, G. R, Y ROSAS, A. R., (2016). Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de VIH en población mexicana, en: *Psicología y Salud*; 26(2), 283-293.
- CASTILLO, J. A. (2004) Infección-enfermedad por VIH/SIDA. *Medisan*, 8(4), 49-63pp.
- COSME, A., PARDO, E., FELIPO, F., & IRIBARRÉN, J. A. (2005) Dolor abdominal en paciente con infección por VIH. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 97(3), pp.196-210.
- CHIAPPE, A., ASTOCONDOR, L., CHÁVEZ, G., GARCÍA, Y., & MONTALVO, R. (2016) Otitis externa maligna con ectima gangrenoso en un paciente con infección por VIH. *Infectio*, 20(1), 38-41.
- DELGADILLO M., R. (2007). Análisis Procesual del Impacto del VIH/SIDA y su Representación en Personas Seropositivas en: *Psicología Iberoamericana*, vol. 15, núm. 2, pp. 30-37.
- DÍAZ T, H. M. Y LUBIÁN C, A. L. (1998) Definición de caso y clasificación de la infección por VIH y SIDA. *Rev cubana med*, vol.37, n.3, pp. 157-165.
- DILLON M. (2016) *Vivir con virus: relatos de la vida cotidiana*, La Granada/EDULP, Argentina.
- DILTHEY, W. (1998) “Vida y visión del mundo” en: *Teoría de las concepciones del mundo*, CONACULTA, México, pp.40 – 59.
- DOLTO, F. (1986) *La imagen inconsciente del cuerpo*, Paidós, Barcelona
- DUCH, L. Y MÈLICH, J.C. (2005). *Escenarios de la corporeidad. Antropología de la vida Cotidiana 2/1*. Madrid: Trota.
- ERIBON, D. (2001). *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Barcelona: Anagrama (Colección Argumentos).
- FITZPATRICK, R. (1990). *La enfermedad como experiencia*, Fondo de Cultura Económica, México.
- FLORES P., F.; ALMANZA A., M. Y GÓMEZ S. L., A. (2008). Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social en: *Psicología Iberoamericana*, vol. 16, núm. 2, pp.6-13.
- FLORES-SARAZÚA, E, BORDA-MÁS, M Y PÉREZ-SAN G, M.Á. (2006). Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de ex-

- clusión social en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, núm. 2, Asociación Española de Psicología Conductual, Granada, España, pp. 285-300.
- FLÓREZ, A. C., GARCÍA, D. A., MONCADA, L., & BELTRÁN M. (2003) Prevalencia de microsporidios y otros parásitos intestinales en pacientes con infección por VIH, Bogotá. *Biomédica*, 23(3), 274-82.
- GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ, L. A., LLAMAS-COVARRUBIAS, M. A., GONZÁLEZ-VÁZQUEZ, E. A., CAMPOS-LOZA, A. E., ARCE-ROSAS, J. I., MERCADO-NUÑEZ, E., ... & ANDRADE-VILLANUEVA, J. F. (2014) Nuevas terapias antirretrovirales en la infección por VIH. *Revista Médica*, MD, 5(3), 143-150.
- GUERRERO S. F. Y GIRÓN G. J. (2003) Otitis y sinusitis en la infección por el VIH, en: *La infección por VIH. Guía práctica*, Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas, España.
- GUZMÁN V, A. (2008) *Revelación del cuerpo. La elocuencia del gesto*, tesis doctoral en Ciencias Antropológicas, UAM, México.
- GRANADOS – COSME, J.A. (2014). Normalización y normatividad de la homosexualidad: Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina en *Salud Problema*, año 8, núm16, pp. 88 -102.
- GRANADOS – COSME, J.A. (2015). Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos en *Salud Problema*, año 9, núm. 17, pp. 66 -78.
- Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH / SIDA en consulta externa y hospitales* (2000). CONASIDA, IMSS, ISSSTE, INI, DIF, SSA.
- GUASCH, O., (1993). Para una sociología de la sexualidad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*; No. 64, pp. 105-121
- HAMUI S, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social en *Cuicuilco*, vol. 18, núm. 52, pp. 51-70.
- HERRERA, C. y CAMPERO, L., (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. en: *Salud Pública de México*; 44(6):554–564.
- HERRERA, C., CAMPERO, L., CABALLERO, M., Y KENDALL, T. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Revista de Salud Pública*, 42(2), pp249-255
- HOYOS-HERNÁNDEZ, P., SANABRIA MAZOA, J. P., ORCASITA PINEDA, L. T., VALENZUELA GALLEGO, A. L., GONZÁLEZ CEBALLOS, M., & OSORIO MUÑOZ, T. (2019). Representaciones sociales asociadas al VIH/Sida en universitarios colombianos. *Saúde Soc. São Paulo*, 28(2), 227-238.
- JIMÉNEZ, K., MARTÍNEZ, J. D., HERNÁNDEZ, G., GARZÓN, M. A., HORMAZA, N., LIZARAZO, J. I. & GÓMEZ ZULETA, M. (2015) Three varieties of Kaposi's sarcoma with gastrointestinal involvement. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 30(3), 342-346.
- KANG E, RAPKIN BD, REMIEN RH, MELLINS CA, OH A. (2005). Multiple dimensions of HIV stigma and psychological distress among Asians and Pacific Islanders living with HIV illness. *AIDS & Behavior*; 9, (2):145–154.
- KLEINMAN, A., y BENSON, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Monografías Humanitas*, 2, 17-26.
- LE BRETON, D. (1991) “Cuerpo y Antropología, sobre la eficacia simbólica”, en: *Diógenes*, num.153, UNAM, México, pp 87 – 98.
- LÓPEZ S, O. (2013) Cuerpo, salud, género y emociones: estudios diacrónicos y sincrónicos, en: *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol 16, num 4. pp.1303-1312.
- MALAGÓN, R. (1999). La boca como representación en: *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, Viveros,

- M, G. Garay (Coord.), Universidad Nacional de Colombia, pp.95-108.
- MARGULIES, S, BARBER, N, Y RECODER, M.L. (2006). VIH-SIDA y “adherencia” al tratamiento enfoques y perspectivas, en: *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (3), pp.281-300.
- MAUSS, M. (1936) *Técnicas y movimientos corporales, sociología y antropología*, Tecnos, Madrid.
- MARTÍN-ONRAET, A., PIÑEIRUA-MENÉNDEZ, A., PERALES-MARTÍNEZ, D., ORTEGA-PÉREZ, R., BARRERA-GARCÍA, A., SIERRA-MADERO, J., & VOLKOW-FERNÁNDEZ, P. (2015) Mortalidad hospitalaria en pacientes con infección por VIH: a diez años del acceso universal a TARAA en México. *Salud Pública de México*, 57, s163-s170.
- MARTÍNEZ, R. F. A.; VILLASEÑOR F, M. Y CELIS DE LA ROSA, A. (2001). El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares en: *Revista Médica del IMSS*, vol. 40, núm, 1, Ciudad de México, pp. 35-41.
- MUÑOZ-MARTÍNEZ, R. (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 en: *Liminar*, vol. 12, núm. 2, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, San Cristóbal de las Casas, México, pp. 46-66.
- NAVARRETE-DECHENT, C., ORTEGA, R., FICH, F., & CONCHA, M. (2015) Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. *Revista chilena de infectología*, 32, 57-71.
- NÚÑEZ N, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología en: *Desacatos*, núm. 35 (enero-abril), Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México, pp.13-28.
- OLIVA L, J.E; CELIA B. S.; CARBALLO M. R, Y FERNÁNDEZ-BRITTO R. J.E. (2001). El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos, en: *Rev Cubana Invest Bioméd*, vol.20, n.2, pp. 150-158.
- ONUSIDA (2023). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet> Consultado el 3 de octubre 2023.
- PÉREZ DE ARCELUS, M.; SALINAS, A. Y GARCIA L, A. (2008). Retinal manifestations of infectious diseases. *Anales Sis San Navarra*, vol.31, suppl.3, pp. 57-68.
- PÉREZ, C., CERÓN, I., FUENTES, G., ZAÑARTU, C., BALCELLS, M., ELVIRA, M., ... & ACUÑA, G (2009). Coinfecciones por virus hepatitis B, virus hepatitis C, *Treponema pallidum* y *Toxoplasma gondii* en la cohorte de pacientes VIH positivos en control. *Revista médica de Chile*, 137(5), 641-648.
- PÉREZ – MOLINA, A. D, GALA GONZÁLEZ, A. RODRÍGUEZ BARRERAS M. A., CAPÓ DE PAZ V., COLLAZO CABALLERO S. Y FERNÁNDEZ ANDREU C. (2007) Histoplasmosis con manifestaciones cutáneas en pacientes VIH/SIDA. *Rev Cubana Med Trop*, v. 59, n. 2, pp.67-85.
- PIÑA L, J. A., (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de psicología*, vol. 20, no 1, p. 23-32.
- PIZZO, P. A. (2015) Resúmenes de artículos de la literatura pediátrica, Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humano en lactantes, niños y adolescentes. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 42(2). 188 – 193pp.
- POLANCO, J. R. L., FELIZ, T. R., & YEE, Á. F. (2015). Sarcoma de Kaposi en paciente con SIDA. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 40(2), pp.34 -45.

- ROBLES, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico en: *Cuicuilco*, vol. 18, núm. 52, INAH, México, pp. 39-49.
- ROBLES, B. (2016) *La construcción social del VIH. Un estudio antropológico*, tesis para obtener el grado de doctor en Antropología Física ENAH, México.
- SALAZAR-NIEVAS, M. (2012) Infección por VIH y manifestaciones dermatológicas. *Actualidad Médica*, 97(786): 59-67.
- SCHUTZ A. (1995) *La construcción significativa del mundo social*, Paidós, Barcelona
- TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R. (1996). *La entrevista en profundidad en Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, México, Paidós.
- WATNEY, S. (1995) “El espectáculo del SIDA.” En: *Construyendo sidentidades: estudios desde el corazón de una pandemia*. Editado por Ricardo Llamas, pp.33 – 54, España, Siglo XXI.
- ZAMORA, R. B. (2015). Otitis externa maligna. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(614), 149-152.
- ZAPATA-GARIBAY, R., GONZÁLEZ-FAGOAGA, J. E. Y RANGEL-GÓMEZ, M.G. (2014). Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes en: *Papeles de población*, vol. 20, núm. 79, pp. 39-71.