

Reconfiguración del grupo familiar a partir del diagnóstico positivo al VIH. Una aproximación antropológica

Reconfiguration of the family group from the positive diagnosis of HIV. An anthropological approach

Adrián Robles Aguirre ^a, Andrés Méndez Palacios Macedo ^b

Abstract:

Living with HIV shapes both personal subjective experiences and spaces for social and family coexistence. The objective of this work is to analyze the experience within a group of people living with HIV which members recognize that they are consistent in adherence to antiretroviral treatment and thus, to know the family context and understand the process of incorporating HIV into daily life. A qualitative study was carried out with nine informants who live in CDMX and its suburbs. The experiences around the diagnosis were retrieved and analyzed from an interpretive perspective of the discourse. The results suggest that the family context has a constant influence on the decision-making of the participants, in addition to the fact that it is in the family nucleus where features such as rejection and stigmatization begin to develop, mainly due to sexual orientations and preferences rather than a positive HIV diagnosis.

Keywords:

Personal subjective experience, daily life, HIV positive diagnosis, reconfiguration of the family group, quality of life.

Resumen:

Vivir con VIH moldea tanto las experiencias subjetivas personales como los espacios de convivencia social y familiar. El objetivo del presente texto es analizar la experiencia de un grupo de personas que viven con VIH y que reconoce ser consistentes en adherencia al tratamiento antirretroviral y con ello, conocer el contexto familiar y comprender el proceso de incorporación del VIH en la vida cotidiana. Se realizó un estudio de corte cualitativo con nueve informantes que viven en la CDMX y el estado de México. Se recuperaron y analizaron las experiencias en torno al diagnóstico desde una perspectiva interpretativa del discurso. Los resultados sugieren que el contexto familiar tiene una influencia constante en la toma de decisiones de los participantes, además de que es, en el núcleo familiar, donde comienzan a desarrollarse aspectos tales como el rechazo y la estigmatización principalmente por las orientaciones y preferencias sexuales, antes que por un diagnóstico positivo al VIH.

Palabras Clave:

Experiencia subjetiva personal, vida cotidiana, diagnóstico positivo al VIH, reconfiguración del grupo familiar, calidad de vida.

Introducción

Las proyecciones internacionales consideran que aún falta tiempo para que pueda ponerse fin a la epidemia por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), pues pese a los esfuerzos realizados por los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil, de acuerdo con el Informe Anual del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, para 2018 aún habían poco más de dos millones de personas que viven con VIH (ONUSIDA, 2020).

Uno de los principales retos para erradicar la epidemia por VIH es la heterogeneidad con la que se presenta en las poblaciones. A nivel internacional, más

de 90 por ciento de las personas que viven con VIH provienen de países en donde la falta de recursos constriñe la posibilidad de revertir la tasa de infección a propósito de la carencia de bienes públicos para la atención y la baja cobertura de servicios médicos (Granados-Cosme, 2015). Aunado a esto, en dichos países se presentan problemas estructurales como exclusión (Flores– Sarazúa et al., 2006), discriminación (Núñez, 2011), violencia (Muñoz-Martínez, 2014), migración (Zapata-Garibay et al., 2014) y las falencias de los sistemas políticos para incluir al VIH en sus agendas políticas.

En la escala regional, los sectores de la población en donde las condiciones materiales de vida

^a Universidad Nacional Autónoma de México. <https://orcid.org/0000-0003-2463-7965>. Email: brwrpiec@gmail.com

^b Universidad Nacional Autónoma de México. <https://orcid.org/0000-0001-6909-0057>. Email: amendezp@ujsierra.com.mx

son precarias y el acceso a los servicios de atención médica, restringidos, 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 (Ortiz y Pérez, 2011).

Es por ello que la epidemia tiene una fuerte relación con la pobreza y la desigualdad social, ya que el deterioro progresivo de las condiciones de vida, limita las posibilidades para enfrentar y superar los efectos de las cambiantes circunstancias económicas o del propio ámbito familiar (CONAPO, 2000). De tal forma, les convierte en grupos en situación de riesgo* y de vulnerabilidad tanto de orden individual, como social†.

No obstante, la vulnerabilidad frente al VIH se expresa también en el ámbito cotidiano, tanto en las prácticas como en los significados que se gestan y reproducen a propósito del grupo social y familiar. Desde ahí, las personas construyen significados, particularmente relacionados con la vida sexual y la infección que pueden condicionar la capacidad de respuesta ante un diagnóstico positivo por VIH.

La medicalización de la sexualidad, a través del discurso científico biomédico (Foucault, 2009), ha participado de buena manera con la constricción de posibilidades en construir significados dentro de la vida cotidiana, principalmente a partir de la consolidación de una supuesta moral normativa. Basta señalar que al principio de la epidemia, los estudios biomédicos centraban sus investigaciones en los dos grupos más visibles de personas que presentaban esta enfermedad; por una parte, el sector homosexual,‡ gays, transexuales y todos aquellos que alteraran o no entraran en la supuesta heteronormalidad.

Como refiere Laguardia (2009: 137) “al contrario de la mayoría de enfermedades, desde el principio se culpó a los que parecían ser sus principales víctimas (homosexuales masculinos o gays) de ser los culpables de causarla”. Esta construcción artificial ha contribuido en que los homosexuales sean categorizados epidemiológicamente como “grupo de alto riesgo” dando crédito a una “aparente, aunque equivocada conexión entre actividad sexual no ortodoxa y enfermedad” (Weeks, 1998: 100; citado en Laguardia, 2009). En este sentido, es fundamental superar el término grupo de

riesgo, muy socorrido dentro del ambiente médico, pues como especifica Guasch (2006, 83):

...la definición médica de los llamados grupos de riesgo ante el SIDA§ se realiza desde un punto de vista más social que sanitario. Al describir como grupos de riesgo a colectivos estigmatizados (en especial a los homosexuales, pero no solo a ellos), la medicina y la salud pública de los años ochenta del siglo xx, ejercieron funciones de control social al definir lo que era aceptable o indeseable, lo normal y lo anormal.

Al día de hoy, el VIH continúa siendo un atributo profundamente desacreditador (Goffman, 1970:12), una enfermedad estigmatizada 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, por ello es común encontrar estrategias de aislamiento social afectando con ello la esfera familiar, escolar y laboral (Mora-Rojas et al., 2017; Tobón y García, 2019).

En este contexto, el diagnóstico positivo al VIH modifica y reconstruye la vida y los espacios de convivencia cotidiana, por lo que afecta tanto a la persona que lo padece, como a la sociedad en su conjunto (Briongos et al., 2007). Así, 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; moldea, 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. Es por ello que el presente trabajo tiene por objetivo analizar la experiencia de un grupo de personas que viven con VIH y que reconoce ser consistentes en adherencia al tratamiento antirretroviral y con ello, conocer el contexto familiar y comprender el proceso de incorporación del VIH en la vida cotidiana.

Grupo de estudio y criterios de inclusión

Se realizó un estudio de corte cualitativo en donde se aplicaron entrevistas semiestructuradas a un grupo de nueve personas que viven con VIH. Se hizo una definición de informantes clave, considerando como tales a varones

* 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.

† La vulnerabilidad social es la incapacidad de una persona o de un hogar para aprovechar las oportunidades, disponibles en distintos

ámbitos socioeconómicos, para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro, este desaprovechamiento implica un debilitamiento del proceso de acumulación de activos, las situaciones de vulnerabilidad suelen causar sinergias negativas que tienden a un agravamiento progresivo.

‡ Incluidos hombres que tenían sexo con otros hombres (HSH).

§ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

residentes de la Ciudad de México o la zona conurbada del Estado de México, que refirieran haber contraído el VIH.

Se consideró también que hubieran sido diagnosticados en diferentes temporalidades, que al momento de la entrevista estuvieran bajo el esquema de Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA), que mostraran un patrón de seguimiento médico constante* y que participaran en protocolos de atención dentro del centro de salud especializado. Lo anterior debido a que estar informado sobre un diagnóstico positivo permite construir estrategias de atención y cuidado más permanentes y sólidas para con ellos mismos (Delgadillo, 2007; Flores Palacios et al., 2008), así como estar consciente de la enfermedad puede proporcionar un sentido de responsabilidad, autocuidado y autoprotección (Bassett et al., 2019; Radusky et al., 2022).

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

Las entrevistas se realizaron después de uno a dos encuentros con los informantes claves para establecer un mejor contexto para reproducir la experiencia. A cada uno se le informó el propósito del estudio, así como el papel de su participación mediante un consentimiento bajo información previa y se les pidió explícitamente su autorización para que las entrevistas fueran audiograbadas. El contacto con los informantes provino de la unidad de atención médica en donde 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 como la mirada de los participantes del estudio. Por último, se identificaron regularidades discursivas y se corroboró su solidez testimonial al referirla a la particularidad de cada caso.

Desarrollo

Para hacer una aproximación a la complejidad de vivir con VIH, conviene centrar el objetivo en detallar la estructura familiar a partir del diagnóstico positivo, identificar qué valor le atribuyen y registrar cómo interviene en 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, ya que estos son procesos que configuran los estilos de vida colectivos entendiéndolos no como decisiones individuales, sino conductas influenciadas por las "oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven" (Álvarez, 2009: 74).

La experiencia se refiere a todos los acontecimientos individuales que provocan impulsos y sentimientos dentro de nosotros, "todo lo que nos domina como costumbre, uso y tradición" (Dilthey, 1998:42), en una construcción singular y particular (Mauss, 1936) pero, a la vez, general y colectiva (Barragán, 2007). En este sentido y retomando los conceptos de construcción social (Berger y Luckmann, 1999; Schütz, 1995), se consideró que vivir con VIH, es como específica 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. Lo anterior se articula por medio de los múltiples escenarios por los que tiene que transitar el sujeto en su vida cotidiana; de tal forma que la modalidad en que enfrenta la enfermedad, determina la búsqueda de atención médica y la eficacia de ésta.

A su vez, las prácticas homosexuales son definidas a partir de la "experiencia interna" del individuo como: "cualquier persona que esté motivada en la vida adulta por una atracción erótica preferencial definitivo a miembros del mismo sexo y quien usualmente (pero no necesariamente) se involucra en prácticas sexuales abiertas con ellos" (Marmor, 1980:5). Es importante definir esto, ya que como comenta Gallego-Montes (2010: 142) "las biografías de los varones con prácticas homoeróticas están afectadas por la dinámica de la epidemia del VIH y a su vez afectan a la misma; los comportamientos sexuales se transforman y dejan huella en la historia personal".

Algunas de las características de los entrevistados se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características generales del grupo de estudio.

Característica	Valores	
	X	Rango
Edad al diagnóstico (años)	31.7 ± 9.69	9 – 53
Tiempo de diagnóstico (años)	21.8 ± 9.81	10 – 37
Posible lugar de diagnóstico	Rubro	Frecuencia (%)
	Desconocido	44
	Hospital	11
	Casa con su pareja Hotel	22 22
Escolaridad	Secundaria	22
	Preparatoria / carrera trunca	33
	Licenciatura	33
	Posgrado	11
Ocupación	Jubilado	33
	Oficio remunerado	44
	Ejercicio profesional	22

* Esto es, 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.

Lugar de residencia	Estado de México	33
	CDMX, Zona Norte	44
	CDMX, Zona Sur	22
Composición del hogar después del diagnóstico	Vive solo	44
	Vive con su pareja	22
	Vive con sus hermanos o hermanas	22
	Vive con personas sin relación filial	11

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas.

Estructura del grupo familiar

Primeramente, habrá que señalar que tanto el concepto de familia, como el de hogar, se utilizan en este texto en concordancia con Tuirán (1993), de tal forma que el primero se refiere a “la célula básica de la sociedad donde se transmiten las pautas de conducta y las normas de sociabilidad, donde se moldea el carácter de los individuos e inculcan modos de actuar y de pensar, que se convierten en hábitos y opera como espacio productor y transmisor de pautas y prácticas culturales” (pág. 663) y el segundo al “conjunto de individuos que comparten una misma unidad residencial y articulan una economía en común”, por lo tanto, un hogar nuclear estará conformado por un matrimonio con o sin hijos o padres solos con o sin hijos solteros (pág. 664).

El grupo de estudio estuvo constituido por cuatro composiciones: Caín y Vicente que conviven en un grupo familiar extenso; Benjamín y Diego quienes se encuentran en hogares nucleares con su pareja; Adolfo, Iván y Felipe residentes de hogares unipersonales y por último Milton, quien habita intermitentemente entre la casa de su hermano y su departamento en solitario, y Fernando, quien comparte departamento con una amiga y la hija de ésta. El resto de las características de la estructura del grupo familiar se resumen en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Estructura del grupo familiar y conocimiento de orientación y diagnóstico

Nombre	Conformación del grupo familiar antes del diagnóstico	Conocimiento sobre su orientación sexual y diagnóstico
Caín	El último de cinco hombres y tres mujeres	Todos sus familiares conocen su orientación sexual y diagnóstico
Adolfo	El penúltimo de siete hombres y cinco mujeres	Sólo sus hermanos, padres desconocen su orientación y diagnóstico.

Benjamín	El penúltimo de tres hombres y dos mujeres	Todos sus familiares conocen su orientación y diagnóstico
Iván	El catorceavo de ocho hombres y ocho mujeres	Sólo algunos de sus hermanos, padres desconocieron su orientación.
Fernando	El tercero de cuatro hombres y dos mujeres	Su familia conoce su orientación, pero no las aceptan. Desconocen su diagnóstico
Milton	El menor de cuatro hombres y dos mujeres	Todos sus familiares conocen su orientación y diagnóstico
Diego	El segundo de tres hombres y dos mujeres	Su familia conoce su orientación, pero no las aceptan. Desconocen su diagnóstico
Felipe	El último de dos hombres y una mujer	Todos sus familiares conocen su orientación y diagnóstico.
Vicente	El segundo de tres hombres y una mujer	Sólo un hermano conoce su orientación y diagnóstico

Análisis

Para el análisis de esta investigación se consideró adecuado indagar si la familia tenía conocimiento sobre la orientación sexual del integrante diagnosticado, debido a que el heterosexismo es la base de la normativa sexual, situación que constituye un estigma para cualquier otro tipo de orientación, ya que condiciona “un rechazo social a la homosexualidad y promueve trayectorias individuales marcadas por el aislamiento social, el sufrimiento psíquico y la autovaloración negativa que reducen las capacidades individuales para enfrentar situaciones de riesgo” (Granados-Cosme et al., 2009: 486). Sin embargo, en el texto se refiere también a las preferencias sexuales, pues hacen referencia a una toma de conciencia política y al ejercicio público de una identidad sexual, rechazando las visiones deterministas que pueden llevar a la victimización de las personas, las comunidades y las organizaciones LGBT+, además de dificultar su empoderamiento y la asunción de su ciudadanía (Rueda, 2008: 160).

A continuación, analizaremos algunos fragmentos de las entrevistas que hacen ver la experiencia de los participantes:

Caín comenta cómo fue el día en que le dieron a conocer su diagnóstico.

Yo cuando salí del hospital fue que uno de mis hermanos me dijo que viviera con ellos, por un tiempo, en lo que me sentía mejor... pues como cuando pasas algún accidente. A lo mejor pasan un ratito más cerca de ti y

posteriormente ya cada quien agarra su rumbo ... digo sí me preguntan de vez en cuando, oye cómo vas o así, pero sólo eso, no se meten más...Pues yo creo que mientras no tenga yo una recaída, que espero no la tenga, y mientras me vean ellos saludable, pues ellos piensan que estoy bien ... creo que está bien, porque ahora ya saben que si me pongo mal o necesito ayuda de ellos, pues corren a verme, sólo pasó una vez, pero están al tanto, me hablan y me preguntan...

Aunque considera que la familia debía conocer su diagnóstico por si necesitaba en algún momento atención médica, son pocas las personas que hasta el momento lo saben.

... Mi esposa lo sabe; por parte de su familia, tienen una idea... no toda la familia lo sabe; posiblemente mi suegra y su cuñada. Y... una de mis sobrinas, que es la más grande y es muy apegada a mí.

Adolfo tuvo problemas durante su infancia y juventud con algunos de sus hermanos y sus amigos, quienes se burlaban continuamente de él.

Mis hermanos eran muuuy fregonos conmigo; me agarraban de su burla, de su puerquito como se dice. Y me hicieron un muchacho inseguro, tímido; se burlaban-... mis hermanos eran mayor que yo, entonces se juntaban con amiguitos de su edad y se querían lucir con sus amiguitos a mis costillas, y a mí me tiraban de... de joto, de maricón, de estúpido, tarado, de güey... me golpeaban, bueno en fin...

Refiere que buscando ser aceptado entre el grupo de niños con los que se juntaba, sucedió lo que a continuación se reproduce:

Entonces se juntaban ellos en la casa de este chico para... planchar. Y nosotros viendo, y nosotros participando. Eran como juegos de mis hermanos. Decían vamos a limar (risas) y ya nos metíamos todos a la casa de A este... pues nos metíamos al cuarto, incluido yo... o sea, ese es el coraje que le tengo a mi hermano... digamos lo que tenía que recriminar porque gracias a él supe lo que era ser gay. (Adopta un tono de reproche e incredulidad) Pues él me metía a ver cómo se hacían las cosas... (risas)... Sí, él también participaba... o sea, yo no me acuerdo ni qué hacía, o si hacía, o si me hacían... no me acuerdo. Yo estaba bien chiquito...

Una vez pasando esta etapa, se distanció de su hermano y no volvieron a hablar, sólo ocasionalmente y a raíz de la muerte de su madre, se comunican para saludarse.

Cuando le dieron a conocer su diagnóstico, temió que sus padres descubrieran su diagnóstico. Para ese momento, nadie conocía el diagnóstico, sin embargo, 10 años después y debido a su estado grave de salud, tuvo que platicar la situación a uno de sus hermanos. Una vez que se enteraron, hicieron una junta para buscar estrategias para apoyar en la compra de los

medicamentos, sin embargo, a los pocos meses dejaron de respaldarlo y debió continuar solo en la adquisición de los antirretrovirales.

Benjamín comenta que cuando terminó la secundaria y debido a que no pudo continuar con sus estudios, comenzó a trabajar con uno de sus hermanos, conduciendo un autobús. Para 1996 fue diagnosticado con insuficiencia renal aguda, por la que requirió posteriormente un trasplante de riñón. El donante fue uno de sus hermanos. Como una forma de agradecerle a su hermano le buscó empleo en la empresa en la que trabajaba. Dentro de los exámenes requeridos para su admisión fue diagnosticado.

Entonces dice, pues la verdad queremos saber pues como él te donó un riñón pues queremos saber si tú estás exento de contraer el virus del VIH entonces este pues hora sí que yo me puse muy nervioso...Entonces posteriormente el doctor que a mí me hizo el trasplante me mandó llamar y me enseñó el papel donde me dice que mi hermano no era portador del virus. Yo no sé si estaba en ese periodo de ventana donde no se puede ver el diagnóstico, entonces no sé realmente si fue por eso.

Dada la naturaleza de la operación, toda su familia sabe del diagnóstico positivo al VIH y aunque dice que nunca lo ha comentado con su hermano, sabe que la situación se ha tornado más difícil para él, pese a que su familia se ha mostrado solidaria con la situación por la que atraviesan ambos.

Fue un golpe muy terrible para mí porque te vuelvo a repetir, pues ahora sí yo sabía que con esto prácticamente ya pues a lo mejor un anhelo que a lo mejor todos tenemos de ser padres, pues yo ya no lo iba a poder tener jamás no. Y pues al contrario, se los platicué y ellos me dijeron que le echara ganas (suspira y sigue) y que Dios me había mandado esto por algo y que le echara ganas y que contaba con ellos en todo lo que necesitara yo, que no me deprimiera, que en alguna forma yo también se los expuse de la otra manera, que independientemente de que mi hermano me hubiera donado un riñón infectado, pues este... meee... pues prácticamente yo hubiese sido un hombre muerto.

Iván se mudó a la Ciudad de México para poder hacer vida en pareja, algo que no se atrevía a realizar en Guadalajara por temor a que sus padres no le aceptaran. Mantuvo en silencio tanto su orientación como su diagnóstico positivo, ya que consideró que no era necesario darlo a conocer, por lo que, cuando en el 2000 presentó una retinitis por citomegalovirus (CMV), a toda su familia le dijo que era un cáncer sencillo de tratar, principalmente por temor a que se preocupara su madre.

Este, ya era mayor de edad, sí se preocupaba cuando me veía mal, se preocupaba sobre todo cuando me veía mal del ojo. Se preocupaba entonces, le dije lo que tenía que decirle, que era cáncer porque así me lo

habían manejado, pero nada más. Entonces, con las radiaciones y todo bueno pues ella vio el milagro y se sintió satisfecha...

Siempre fue reservado y cuidadoso de no dar a conocer aspectos de su vida privada con sus hermanos y sus padres, y en fiestas y reuniones familiares iba solo a ver a su madre y fue a partir de su hospitalización que les comentó a sus hermanos sobre su orientación sexual.

Con mi mamá nunca tuve necesidad de decirle nada, o sea yo creo que las mamás son muy intuitivas, estee... después de muchos intentos y no me casé, pues ya, ya para qué le sufre no ... No, no siempre cuidé de tener... por eso te digo que hasta en mi casa hasta que me enfermé les tuve que decir abiertamente a todos, para que todo mundo se estabilizara y ya, no me buscara soluciones extras...

Comenta que su diagnóstico sólo lo conoce una de sus hermanas y su marido.

Entonces este... ellos dos, pero... mmm.... esteee... (arrastra todos los sonidos de las letras) ... loooo... lo mantenemos como algo ya platicado y no se vuelve a tocar. Entonces, es como muy profesional. Mi cuñado, cuando yo he tenido necesidad de su apoyo, también me lo ha proporcionado. Su hija también es médico, también lo sabe. O sea, lo saben los que tienen que saberlo y que... van a actuar en un momento dado sin ser un... un... cómo te diré... unnnn cuchillito de palo, sino simplemente como ah, ¡Ahora sí se ocupa, bueno! aquí estamos, no se ocupa, bueno hay que vivir la vida ¿No? ...

Fernando refiere que él y su hermano menor son homosexuales, sin embargo, la dinámica familiar ha sido muy distinta en cada caso, ya que sus padres sólo han aceptado la homosexualidad de él, mas no la de su hermano. En ambos casos el tema ha sido censurado y aunque lo saben, no se platica de ello.

... mis hermanos mayores eh... lo tomaron de una forma... eeehh... igual... una forma muy cerrada; una forma muy machista. Miiiii otros dos hermanos menores, los otros dos que son heterosexuales, lo tomaron de una forma muy positiva, con mucho apoyo y les agradezco mucho, aunque eee... he visto que conservan cierta postura (remarca cierta) como la de mi papá. Conmigo tienen muy buena aceptación, pero con mi hermano menor tienen... cierta aceptación, pero de repente le hacen comentarios de que no sea así tan afeminado...

La aceptación con su familia se debe principalmente a que mantiene su vida personal y de pareja de forma íntima y privada, no se permite amaneramientos. Respecto de su diagnóstico positivo ni siquiera a su hermano homosexual le ha comentado su estado serológico.

No he querido hablar con ellos del VIH, yo creo que algo deben de intuir, pero no les he comentado nada y espero no sea necesario hacerlo, la verdad, es que no me había preguntado cómo se los diría, tal vez, ni se los comentaría, porque no entenderían de qué se trata, sólo alertaría a mi mamá y posiblemente enojaría a mi papá... no, yo creo que no, sólo si ellos preguntan, sólo así... no, fíjate que a mi hermano no se lo comenté, él tiene sus propias broncas...sólo le he comentado que se proteja, porque allá fuera está el virus, pero para que lo tome como recordatorio, nada más así, como una sugerencia, siempre así como que no quiere la cosa....

El padre de **Milton** abandonó a su familia cuando él era pequeño y su madre fue quien se hizo cargo de todos. Cuando murió su madre decidió irse a vivir solo.

Iba a cumplir 15 años cuando mi mamá murió. Yo tuve algunos problemas con uno de mis hermanos; me pegaba mucho... este... llegó un momento en que yo lo amenacé, lo amenacé de muerte, yo se lo dije... pero yo opté por salirme... junté en unos meses dinerito y me fui a Santo Domingo donde vivo actualmente.

Sus hermanos se enteraron de su orientación cuando él tenía 17 años, en casa de una de sus hermanas.

No. Nada más fue así como que los dos mayores y mi cuñada. Y me preguntaron: "oye **Milton** este mira... nosotros te hemos conocido noviecitas y no sé qué y esto y el otro, y C ¿Qué onda?, o sea te hemos visto muy pegado a él" y... pues ¿Qué onda? ... mi hermana ya estaba llorando... entonces me dijo: "**Milton**, dime la verdad, ¿Qué es lo que pasa contigo?" En ese momento me sentí mal, me molesté. Y yo les dije, "qué es lo que quieren saber, ¿Si soy puto? Sí, soy puto y qué" ... y mi hermana pegó el grito y dijo ¡Ay voy a mandar madrear al C que no sé qué! que le van a romper su pinche madre... yo les dije: "hagan lo que hagan yo quiero a C y no lo pienso dejar; no lo pienso dejar porque es la persona que ha estado conmigo en los peores momentos de mi vida; ha estado conmigo después de que murió mi mamá" ... y dijeron te vamos a mandar al psicólogo, estás pinche loco... Y yo les dije a ver esto no es una gripa, no se quita con una inyección; sino ya me acepté y así soy y no me van a hacer cambiar... y agarró mi cuñada y me dijo **Milton** ¿Tú quieres ayuda?; le dije ¿ayuda?; y me dice sí, ¿Tú quieres ir con un psicólogo?; yo le dije sipero es más fácil que yo vuelva puto al psicólogo, que el psicólogo me vuelva hombre... Y agarró mi cuñada y se empezó a reír y me dijo qué huevos. Pasó, no volvimos a tocar el tema hasta después de ocho años... con una sobrina que ahora sé que también es gay...

En el caso de su diagnóstico positivo, comentó que fue complicado platicar con sus hermanos sobre su situación serológica.

Sí, Sí, saben todo ... Todos lo saben, cuñados, hermanos, sobrinos, eh compañeros del trabajo saben, algunos amigos de por mi casa saben... como siempre lo he dicho: si tienen los suficientes para preguntarme, con gusto les respondo ... creo que es bueno el que sepan; digo cuando quieres y aprecias a una persona, digo en el aspecto de la familia, deben de saber; no quieres que les caiga de sorpresa. Digo, yo tengo la confianza con mis hermanos de platicar de todo... pero... si me aguanté un tiempo para poderles decir que yo tenía VIH y cuando se los dije pues sí me dijeron oye y por qué no nos dijiste para poder acompañarte y les dije no, eso quería saber yo solo... y pues así fue...

Diego desde pequeño se sintió incómodo, ya que identificaba que estaba mal visto por su familia adoptar una expresión que no fuera masculina. Durante estos años su padre lo golpeaba mucho, algo que se acentuó a propósito de la muerte de su abuela paterna. Es entonces que decide irse a la Ciudad de México.

...Entonces ya me vine para acá a una pensión, a rentar una recámara amueblada y llegué. Pero para esto pues yo no tenía dinero, y tuve que recurrir a mi tío. Y obviamente me dijo: pues te voy a prestar algo de dinero y en cuanto tengas algo de dinero me lo vas a regresar; te voy a dar la mensualidad de la pensión y vamos a llevar un récord a ver si eres tan derecho como dices... para esto otro tío me dice "oye ¿Te gustaría trabajar?" Y le dije oye pues nunca he trabajado en algo serio. "Es que mira el esposo de mi hija es uno de los meros, meros del Seguro Social" Y yo, pero ¿de qué voy a trabajar? "Ay, aunque sea de mensajero a ver qué te dan, el chiste es que entres".

En el caso de su diagnóstico positivo, no ha platicado con algún familiar al respecto.

Hasta ahora nadie lo sabe, como te conté el otro día... ¡Imagínate que se enteran! si así, de pequeño siempre me estaban menospreciando, ahora así, menos les voy a decir, no te creas, yo imagino que alguno de mis hermanos sí sabe, pero nunca, nunca me ha preguntado nada... así cero.... Lo que pasa es que darles a conocer el VIH, pues no van a saber de qué se trata y sólo los voy a espantar y mira, ahora me llevo bien con mis sobrinos por ejemplo y pues "me van a dejar de verlos", ¿No? Ya, pondrán pretextos, o quién sabe qué les dirán.

Felipe no ha dado a conocer su diagnóstico con algún familiar.

Mira, la verdad es que una vez si pensé en comentarlo, sobre todo cuando estaba más amolado anímicamente como a finales del 2010, sí dije: "Pues ¿Qué pierdo?, me voy a morir ¿No?", pero la verdad es que no tuve el valor de decirles, porque, seamos honestos, esta es una enfermedad de putos, yo sé que no crees eso y bueno yo tampoco, porque pues me estaría chingando yo solito (risa), pero la verdad es que

todos piensan eso, o sea, yo sabía esto antes de que me diera a mi... ah, pues lo que pasa es que hay excepciones, claro que sí, por eso le da a algunos otros no maricones, pero son pocos, he visto estadísticas y veo que la mayoría es de homosexuales ¿O no? ... ¡ves! ... pero bueno, No, yo no quiero sufrir discriminación o que me corran del trabajo o que digan que soy puto, no quiero eso, así que mejor lo guardo sólo para mi...

Vicente relata que nunca les comentó a sus padres sobre los abusos sexuales que recibió de parte de sus tíos, sólo llegó a platicarlo con su hermano menor.

No, no, nunca se los dije porque eeehh... pues no, nunca tuve la confianza. En alguna ocasión mi papá nos alcanzó a ver con mi primer tío y este... nunca me dijo nada mi papá. En el momento sí vi que se molestó-tomó una actitud de molesto, pero no me dijo nada más. Y yo esperaba que cuando llegara a la casa él me fuera a decir algo, pero no me dijo nada. Y tampoco le dijo nada a mi tío.

A los 14 años dejó Veracruz y se instaló en la casa de unos tíos en la ciudad de México. Ahí residió hasta 2006, cuando lo diagnosticaron y fue entonces que decidió vivir con su hermano menor. Durante todo este tiempo nunca comentó sobre su orientación sexual.

No tampoco (interrumpe a tres preguntas para contestar "No"). No porque realmente nunca se los dije porque... ellos ya son personas muy grandes y ahora sí que son chapados a la antigua y cualquier cosa de esas no la van a soportar... (preferencias, diagnóstico, parejas sexuales) ... Entonces realmente dije "Para qué me desgasto diciéndoles y explicándoles si nunca me van a entender". Entonces nunca les dije nada...

Sus padres murieron hace más de 10 años y nunca les comentó, sólo el hermano menor con quien vive, es el que conoce tanto su orientación sexual como su diagnóstico positivo. Actualmente considera que mantendrá en secreto la información sobre su seropositividad, hasta que sea estrictamente necesario; esto es, cuando llegue a estar hospitalizado por alguna complicación.

Líneas finales

A partir de las experiencias de vida de nueve personas que viven con VIH, es posible observar cómo cada uno reconoce su diagnóstico y lo da a conocer a todos sus familiares (como en el caso de Caín, Benjamín y Milton), a sólo uno de los hermanos (Adolfo, Iván y Vicente) o al contrario lo mantienen en el anonimato (Diego, Felipe y Fernando).

Un caso importante de definir es Benjamín quien hace una construcción de la enfermedad como algo que se produce fuera de su responsabilidad (la infección es por el trasplante) y como una condición que transforma

las expectativas y frena sus deseos o expectativas (como por ejemplo de tener hijos), sin embargo, también lo reconoce como la oportunidad de sentirse acompañado por la familia.

Asimismo, los entrevistados refieren que por lo que en general, ocultan su diagnóstico a todos los elementos de su entorno social fuera de la familia, pues este tipo de padecimientos implican “sentimientos de vergüenza” (Sontag, 1996: 59) que suelen ser silenciados, rechazados, ignorados o escondidos, 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), y que por lo general, los familiares tampoco hablan de educación sexual con sus hijos (Mahajan y Sharma, 2005).

Por otro lado, se observó que sólo se habla del VIH cuando es estrictamente necesario (una enfermedad grave) y sólo entonces se dará la confesión selectiva que menciona Lámbarri Legarreta (2003: 173) compartiéndola con algunos de sus familiares. Siguiendo este orden de ideas, debemos considerar que el contexto social y cultural de cada una de las participantes configuró de manera individual la forma de ver, sentir e identificarse con el virus y, con ello, el procedimiento que tuvieron para presentar su diagnóstico positivo con su grupo familiar; asimismo, el reconocimiento, la asimilación e incorporación de dinámicas y estrategias para relacionarse con él, están íntimamente relacionadas con el tipo y calidad de información que detentan sobre el VIH, como en el caso de Iván que consideró necesario comentárselo a su hermano y cuñada que son médicos.

En este sentido, nos hacen eco las palabras de Castañeda (1999), cuando comenta que el homosexual no se desplaza en el mundo con una identidad constante y única, sino que es dinámica y se moldea según las circunstancias, sus actitudes, gestos y formas, de tal forma que puede ocultar o negar sus orientaciones o preferencias sexuales y desenvolverse como heterosexual en el trabajo; asexual con su familia y solo expresar su orientación sexual cuando está con algunos amigos. Por otra parte, resuena la voz de Wittig (2006: 53) cuando menciona que “la sociedad heterosexual no es la sociedad que oprime solamente a las lesbianas y a los gays, oprime a muchos otros/diferentes, oprime a todas las mujeres y a numerosas categorías de hombres, a todos los que están en la situación de dominados, porque constituyen una diferencia”, por lo que deben mantener en secreto su diagnóstico y reconocerlo y aceptarlo en el anonimato, en este contexto, Eribon (2001: 97), reconoce que en pro de una “asimilación se

opta por la discreción, lo cual, la mayoría de las veces, no es más que otra manera de preconizar el disimulo, entendido como el media más sencillo de sustraerse a la fuerza de los poderes alienantes y a la violencia de la estigmatización”.

Por otro lado, cuando dan a conocer su diagnóstico (Milton), se observan dinámicas de apoyo por parte de toda la familia, sin embargo, se reconoce que el papel de protector y mediador recae principalmente en alguno de los hermanos, 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”, por esto, es posible que estimular la creación de cursos y talleres de reconocimiento y aceptación de la orientación sexual, fortalezca una visión sin prejuicios. Y es que, aunque desde el discurso se dice conocer, tolerar y respetar la diversidad, estudios como el de Lozano (2009: 166) refuerzan la idea de que se percibe y entiende a la homosexualidad de manera dual y ambivalente “ya que por un lado, habla de respeto, tolerancia y apertura hacia la minoría homosexual, pero por otro, muestra rezagos de los prejuicios tradicionales de la cultura heterosexista, que denotan cierto distanciamiento y discriminación hacia la homosexualidad, aunque en menor grado que el respeto y la tolerancia”.

Cabe añadir que la asistencia por parte de los familiares a grupos de apoyo permitiría una mayor comunicación entre ellos, ya que algunos estudios (Flores Palacios et al., 2008: 7), refieren que en estos espacios pueden “compartir información y sentimientos acerca de su vulnerabilidad, lo que les permite ir reelaborando su propio proceso”. Y aunque no todos asisten, los que han participado reconocen su importancia, 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. De esta manera es que el apoyo funciona como una manera de enfrentar el VIH, “como una forma de crecimiento personal pues poseen una red social de amigos y familiares que les apoyan y con la que se sienten vinculados” (Pernas et al., 2001:397).

Por último, es relevante señalar 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). Siguiendo a 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, el presente trabajo concuerda 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.

Agradecimientos. Los autores de este texto agradecen al programa de Becas Nacionales del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Referencias

- Álvarez-Castaño, L.S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8 (17), 69-79. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>
- Barbieri, A.L., Machado, A.A. & De Castro Figueiredo, M.A. (2005). Differential study of the beliefs concerning home care and death among relatives caring for patients with HIV/aids and cancer. *Psicología, saúde e doenças*, 6 (2), 157-163.
- Barragán-Solís, A. (2007). El cuerpo vivido: entre la explicación y la comprensión. *Estudios de Antropología Biológica*, 13 (2), 693-710. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/26412>
- Bassett, S. M., Schuette, S. A., O'Dwyer, L. C., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive affect and medication adherence in chronic conditions: A systematic review. *Health Psychology*, 38(11), 960-974. <https://doi.org/10.1037/hea0000778>
- Berger P. y Luckmann T. (1999), *La construcción social de la realidad*. Editorial Amorrortu.
- Briónigos Figuero, L.S., Bachiller Luque, P., Eiros Bouza, J.M. y Palacios Martín, T. (2007). Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. *Anales de medicina interna*, 24 (8), 399-403. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000800011&lng=es&nrm=iso
- Castañeda, M. (1999). *La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera*. Paidós.
- Castro, R., Eroza, E., Orozco, E., Manca, M.C. y Hernández, J.J. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Salud pública de México*, 39 (1). http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-
- Cazenave, A., Ferrer, X., Castro, S. y Cuevas, S. (2005). El Familiar Cuidador De Pacientes Con SIDA Y La Toma De Decisiones En Salud. *Revista Chilena de Infectología*, 22 (1), 51 - 57. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182005000100007>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2000). *La situación demográfica en México*. http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/CRPD_2015/Documentos_Relacionados/FBP5/files/assets/basic.html/page75.html
- Delgadillo-Martínez, R. (2007), Análisis Procesual del Impacto del VIH/SIDA y su Representación en Personas Seropositivas. *Psicología Iberoamericana*, 15 (2), pp. 30-37. <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic15-2.pdf#page=31>
- Dilthey, W. (1998). *Vida y visión del mundo. en Teoría de las concepciones del mundo*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Eribon, D. (2001). *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Anagrama.
- Flores Palacios, F., Almanza-Avenidaño, M. y Gómez San Luis, A. (2008), Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana*, 16 (2), 6-13. <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic16-2.pdf#page=7>
- Flores-Sarazúa, E., Borda-Más, M. y Pérez-San Gregorio, M.A. (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*, 6 (2), 285-300. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760205>
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad. La inquietud de sí*. Ediciones Siglo XXI.
- Gallego-Montes G. (2010). Implicaciones del VIH/SIDA en la biografía de varones con prácticas homoeróticas en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 52 (2), 141-147. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6961>
- Goffman, E.(1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Granados-Cosme J.A., Torres-Cruz C y Delgado-Sánchez, G. (2009). La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/sida. *Salud Pública de México*, 51 (6),482-488.
- Granados-Cosme, J.A. (2014). Normalización y normatividad de la homosexualidad: una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina. *Salud Problema*, 8 (16), 88-102. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6938/8846>
- Granados-Cosme, J.A. (2015) Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos. *Salud Problema*, 9 (17), 66-78.
- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de antropología social*, 17, 77-99. <https://www.redalyc.org/pdf/1809/180913909005.pdf>
- Guasch, O. (2006). *Héroes, científicos, heterosexuales y gays. Los varones en perspectiva de género*, Barcelona, Bellaterra.
- Kübler-Ross, E. (1997). *AIDS: The Ultimate Challenge*. Touchstone.
- Laguardia, R. (2009). *Ser gay en la ciudad de México. Lucha de representaciones y apropiación de una identidad, 1968-1982. México*, [Tesis de doctorado, CIESAS-Instituto Mora]. <https://207.249.123.244/jspui/bitstream/1015/1291/1/TE%20L.R.%202007%20Rodrigo%20Laguarda%20Ruiz.pdf>
- Lámbarri Legarreta, A. (2003). *Sida en la Ciudad de Chihuahua. Una realidad negada*. [Tesis de licenciatura, ENAH]. <https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/tesis%3A2608>
- Lara y Mateos, R.M. (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*, [Tesis de doctorado, ENAH].
- Lozano, I. (2009). El significado de homosexualidad en jóvenes de la Ciudad de México. *Enseñanza e investigación en*

- Psicología*, 14 (1), 153-168.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29214111.pdf>
- Mahajan, P. & Sharma, N. (2005). Parents attitude towards imparting sex education to their adolescent girls. *Anthropologist*, 7, 197-199. <https://doi.org/10.1080/09720073.2005.11890907>
- Marmor, J. (1980) Overview the multiple roots of homosexual behavior. En: Marmor, J. (Ed.) *Homosexual behavior a modern reappraisal*. Basic Books.
- Marzán Rodríguez, M., y Varas Díaz, N. (2001). Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA. *Forum, qualitative social research/Forum, Qualitative Sozialforschung*, 7 (4), 1-17.
- Mauss, M. (1936). Técnicas y movimientos corporales en Mauss, M. *Sociología y antropología*, Tecnos.
- Mora-Rojas, R.B., Alzate-Posada y M.L., Rubiano-Mesa, Y.L. (2017). Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16 (33), 19-34. . <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-33.pivi>
- 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. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 12 (2), 46-66. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200004&lng=es&nrm=iso
- Núñez Noriega, 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. *Desacatos*, 35, 13-28. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2011000100002&lng=es&nrm=iso
- ONUSIDA (2020). *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida*. <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet> Consultado el 3 de abril 2019.
- Ornish, D. (1999) *Love and survival*. Vermillion.
- Orozco-Núñez E., Alcalde-Rabanal, J.E., Ruiz-Larios, J.A., Sucilla-Pérez, H. y García-Cerde, R. (2015). Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México. *Salud Pública de México*, 57 (supl 2), S190-S196. <https://doi.org/10.21149/spm.v57s2.7608>
- Ortiz-Hernández, L. y Pérez-Salgado, D. (2011). Estratificación socioeconómica y daños a la salud en México. *Medicina Social*, 6 (1), 52-61. <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/398/1070>
- Pernas, A., Iraugi Castillo, I., Bermejo, P., Basabe, N., Carou, M., Paez, D. y Cabarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos. *Adicciones*, 13 (4), 393-398.
- Radusky, P. D., Zalazar, V., y Arístegui, I. (2022). Crecimiento postraumático en hombres gays con VIH en Buenos Aires, Argentina. *Psicología y Salud*, 32 (1), 93-104.
- Rueda Castillo, A. (2008). Discriminación, homofobia y derechos humanos por orientación o preferencia sexual y por identidad y expresión de género en Iberoamérica. En Becerra Gelover, A. (Coord.), *Atención a la discriminación en Iberoamérica. Un recuento inicial* (159-178). UAM – CONAPRED.
- Schütz, A. (1995). *La construcción significativa del mundo social*. Paidós.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9 (2), 09-21. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas y El Sida y sus metáforas*. Editorial Taurus.
- Tobón, B.A. y García Peña, J.J. (2019). Perfil emocional de las personas con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22 (2), 1024-1046. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/70148/61974>
- Torres Cruz, C. (2019). Biomedicina, vulnerabilidad, género y cuerpo en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes en la Ciudad de México. *Debate Feminista*, 57, 36-58. <http://doi.org/10.22201/cieq.2594066xe.2019.57.04>
- Tuirán, R. (1993). Vivir en familia: hogares y estructura familiar en México, 1976 – 1987. *Comercio Exterior*, 37 (7), 662 – 676.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad. México: Programa Universitario de Estudios de Género*. Universidad Nacional Autónoma de México / Paidós.
- Wittig, M. (2006) *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Egales.
- 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. *Papeles de población*, 20 (79), 39-71. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000100003&lng=es&tlng=es.