

75



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

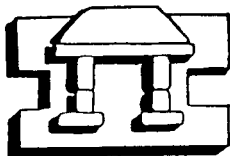
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**LOS FACTORES DE TRANSMISION DEL VIH/SIDA
EN LAS MUJERES MEXICANAS: UN ENFOQUE
CLINICO-SOCIAL.**

**REPORTE DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA DEL ROSARIO GARCIA MENDOZA**

ASESORA: DRA. BERTHA ELVIA TARACENA RUIZ

DICTAMINADORES: LIC. MARIA LUISA TAVERA RODRIGUEZ
LIC. ESTEBAN CORTES SOLIS



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO,

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACION DISCONTINUA

A mis padres por haberme dado
la oportunidad de estudiar una
Carrera profesional.

Un especial agradecimiento a Claudia y a Kenia.

A mi hijo por todos los momentos en los
Que no pude estar con el y por haber sido
Uno de los motores que me impulso a terminar
Este trabajo.

A mi esposo por brindarme todo su apoyo,
Paciencia y amor para poder culminar este trabajo
Gracias por estar conmigo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**A la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA
Por los conocimientos brindados.**

**A todos lo profesionales de la salud
Que participaron en esta investigación**

**Al IMSS Clínica "La Raza" por las facilidades
otorgadas para la realización del taller con mujeres
seropositivas.**

**A las mujeres que viven con VIH/SIDA,
Por brindarme su confianza y por haberme
Dejado entrar en sus vidas, por esto y por muchas
Cosas más GRACIAS.**

**TESIS CON
FUELLA DE ORIGEN**

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
CAPITULO 1.	
IMPLICACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN.	
1.1.Negociación y entrada al campo.....	1
1.2.Negociación de mi demanda.....	4
CAPITULO 2.	
VIH/SIDA.	
2.1. Antecedentes y origen del VIH/SIDA.....	7
2.2. Qué es el VIH.....	10
2.2.1. Características del VIH.....	10
2.3. Qué es SIDA.....	12
2.4. Etapas de la infección por VIH/SIDA.....	13
2.5. Vías de transmisión.....	14
2.6. Cómo no se transmite el VIH.....	16
2.7. Cómo prevenir la infección por VIH.....	17
2.7.1. Prevención sanguínea.....	17
2.7.2. Prevención perinatal.....	18
2.7.3. Prevención sexual.....	19
2.8. Pruebas para detectar el VIH y sus resultados.....	20
2.9. Tratamientos.....	21
2.10. Panorama actual del VIH/SIDA en el mundo.....	22

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.11. México y el VIH/SIDA.....	23
2.12. Aspectos psicosociales del VIH/SIDA.....	27

CAPITULO 3.

LAS MUJERES Y EL VIH/SIDA EN MÉXICO.

3.1. Definiciones de sexualidad.....	32
3.2. Aspectos sociales y culturales de la sexualidad.....	34
3.2.1. La sexualidad y la cultura en México.....	38
3.2.1.1. La sexualidad, el género y el VIH/SIDA en México.....	41

CAPITULO 4.

EL ENFOQUE CLÍNICO-SOCIAL COMO MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO.

4.1. La aproximación clínica como metodología de investigación.....	47
4.1.1. Antecedentes del enfoque clínico-social.....	48
4.2. Objeto de estudio del enfoque clínico-social.....	49
4.3. Metodologías utilizadas en la aproximación clínico-social.....	51
4.3.1. La historia de vida como herramienta metodológica.....	52
4.4. Metodología utilizada a partir del enfoque clínico-social.....	53
4.4.1. Caracterización del espacio de trabajo.....	54
4.4.2. Descripción de la metodología utilizada.....	56

CAPITULO 5.

RESULTADOS.

5.1. Categorías de análisis.....	59
5.1.1. Nivel intermedio relacionado con lo social.....	62
5.1.2. Nivel intermedio relacionado con lo institucional.....	67
5.1.3. Nivel individual.....	76
5.1.4. Otras categorías.....	90

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.1.5 Síntesis de dos casos de mujeres seropositivas	96
CAPITULO 6.	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	103
CONCLUSIONES.....	115
REFERENCIAS.....	123
ANEXOS.....	131

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El objetivo general del presente reporte de investigación fue investigar y analizar los factores psicosociales que intervienen en la transmisión del VIH/SIDA en las mujeres mexicanas.

El interés por realizar un trabajo acerca de este tema se da a partir de la falta de estudios con esta población por un lado, y por otro debido a la ausencia de marcos conceptuales que permitan el análisis, reflexión y discusión de los problemas sociales, de salud y de educación que incorporen las categorías de sujeto y subjetividad como ejes que posibiliten una articulación entre lo psíquico y lo social, sobre todo en la carrera de psicología.

Para abordar el problema de investigación que nos ocupa se retomó el enfoque clínico-social como marco teórico metodológico, pues éste permite abordar problemas sociales complejos, analizando la articulación entre lo social y lo psíquico individual inscribiendo la singularidad de una historia que le trasciende, posibilitando pensar lo simbólico en lo psíquico y en la historia social buscar sus modos de relación y sus mediaciones.

Además al retomar este enfoque podemos dar cuenta de la subjetividad, pues una de las dimensiones que está presente en la construcción del sujeto a partir de sus determinaciones sociales es ella.

Para poder lograr el objetivo ya expuesto se realizaron entrevistas clínicas semiestructuradas a diferentes profesionales de la salud, así como un taller para mujeres seropositivas. La estructura metodológica del taller permitió la emergencia de los relatos de la historia de vida de estas mujeres, el escenario donde se llevaron a cabo las entrevistas fueron diferentes lugares donde se labora con gente seropositiva, mientras que el taller fue otorgado en el IMSS clínica "La Raza".

Para llevar a cabo el análisis se utilizaron como categorías los niveles propuestos por Legrand (1993; citado por Sharim, 1999) que son el nivel intermedio y el nivel individual, retomando para su elaboración frases, párrafos, etc., tanto de las entrevistas como los datos obtenidos del taller, que dieran cuenta de dichas categorías.

Finalmente se presentan el análisis e interpretación de los resultados, así como las conclusiones a las que se llegó con esta investigación, en donde se pueden observar los cruces entre lo psicológico y lo social, sugiriendo así diferentes líneas de investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

A 20 años de la aparición del VIH/SIDA, esta enfermedad sigue haciendo estragos en la mayor parte de la población a nivel mundial.

Una de las regiones que se ha visto más afectada es África la cual ocupa el primer lugar en casos de personas infectadas por VIH/SIDA; además de que la situación en ese país se agrava debido a la carencia de recursos económicos para combatirla.

Sin embargo los países de la región africana no son los únicos afectados, los países de Latino América también mantienen un alto índice de casos por esta infección, tal es el caso de nuestro país el cual actualmente tiene reportados 49,999 casos por esta infección (Letra S, 2002).

Así como en otros países en México la principal vía de transmisión del VIH/SIDA es la sexual, la cual es la causa de casi el 90% de los casos.

Entre los grupos de población más afectados el de hombres que tienen sexo con otros hombres sigue ocupando el primer lugar, sin embargo en los últimos años se ha visto una heterosexualización de los casos de infección por VIH/SIDA, siendo uno de los grupos más afectados el de las mujeres, que mantiene el 15% de los casos reportados.

En este sentido es importante señalar que las mujeres en nuestra sociedad han mantenido un papel subordinado en la mayoría de los casos, lo cual ha contribuido a que la infección siga aumentando.

Lo anterior tiene que ver con la manera en que se conceptualiza la sexualidad en una sociedad determinada, ya que ésta al guardar una estrecha relación con diferentes esferas de lo social, como la ideología, el poder, la economía, las instituciones y la cultura en general, se establecen mecanismos de control ante las expresiones sexuales y eróticas de los individuos.

Al organizar la vida sexual de las personas a través de las instituciones cada sociedad elabora sistemas de género a partir de la diferencia sexual entre hombres y mujeres, y atribuye características psicológicas, intelectuales y morales según se haya nacido hombre o mujer.

Es pues a partir de la cultura sexual, es decir el conjunto de normas, creencias, costumbres, conocimientos, pautas y modelos de comportamiento que hombres y mujeres actúan y manifiestan su sexualidad de cierta manera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta cultura sexual ha tenido un gran impacto en la infección por VIH/SIDA, ya que esta se ha expandido debido en gran parte a la manera en que hombres y mujeres actúan y se expresan al ejercer su sexualidad.

Así pues como el VIH/SIDA es un problema que involucra diversas dimensiones vinculadas a otras esferas de lo social, y a su vez de lo psicológico, es necesario para su comprensión retomar nuevos métodos que se orienten a la investigación y las prácticas de intervención incorporando las categorías de sujeto y subjetividad que posibiliten la articulación entre lo psíquico y lo social. Por esta razón en la presente investigación se retomó el enfoque clínico-social como una alternativa teórico-metodológica que posibilita dar cuenta de problemas sociales complejos, el cual nos permite analizar la articulación entre lo psíquico y lo social, lo colectivo y lo individual, lo concreto y lo abstracto, poniendo énfasis en la dimensión subjetiva de las relaciones, pues el análisis de la subjetividad cobra sentido en la articulación de lo social y lo individual, considerando de esta manera el estudio del sujeto en su multiplicidad de vínculos.

Además de esto el enfoque clínico-social permite analizar y comprender la subjetividad humana, así como analizar los nexos entre lo psíquico y lo social situando una historia individual en un contexto sociocultural determinado. Por otra parte permite ubicar al investigador dentro de la investigación, lo cual da paso a analizar la implicación del investigador en su investigación.

Es así que el presente reporte de investigación surge a partir de mi interés por trabajar con mujeres que viven con VIH/SIDA, por lo que el objetivo general fue investigar y analizar los factores psicosociales que intervienen en la transmisión del VIH/SIDA en las mujeres mexicanas. Además de este objetivo general, los particulares fueron: explorar las historias de vida de mujeres con VIH/SIDA, para analizar los factores de transmisión de la enfermedad; tratar de responder a la pregunta de porque no se hace uso del condón; explorar las diferentes formas de tratamiento del VIH/SIDA en el ejercicio de la medicina en general; investigar la existencia de programas de prevención y analizar si estos inciden en la práctica médica; y analizar la participación del psicólogo en programas de prevención y tratamiento psicológico con enfermos de VIH/SIDA y particularmente con las mujeres.

Para ahondar el problema de investigación que ha sido presentado, el trabajo se estructuró de la siguiente manera:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el capítulo 1 se expone de que manera el investigador estableció contacto con la población a investigar y su entrada al campo, así como el proceso que llevo a cabo para definir su objeto de investigación y de que manera negocio sus propias demandas con las demandas de la institución.

Dado que el VIH/SIDA es una enfermedad rodeada por la desinformación en él capítulo 2 se exponen diferentes aspectos relacionados a esta infección, tales como: los antecedentes y origen del VIH/SIDA, que es le VIH y sus características, que es SIDA, las etapas de la infección así como las vías de transmisión; como no se transmite, las formas de prevenirla, las pruebas para detectarla y sus resultados, los tratamientos, la descripción del panorama actual del VIH/SIDA en el mundo y en México, así como los aspectos psicosociales relacionados a esta infección.

Por otra parte en el capítulo 3 se describen aspectos relacionados con la sexualidad y el VIH/SIDA en México, dado que esta vía es la principal causa de la infección.

Como se ha señalado, para abordar este problema de investigación se retomó el enfoque clínico-social como marco teórico-metodológico, por lo que en el capítulo 4 se expone a detalle cual es son sus antecedentes, cual es su objeto de estudio así como las metodologías utilizadas en esta aproximación.

Por otra parte se argumenta porque se considero que el enfoque clínico-social es una buena herramienta para abordar el objetivo de la presente investigación.

Además de esto se describe cual fue el trabajo que el investigador realizó en la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA A.C. para poder lograr los objetivos ya expuestos.

A su vez se expone la forma en que se abordó el objeto de estudio, con entrevistas semiestructuradas y la exploración grupal de la historia de vida a partir de un taller para mujeres seropositivas, así como la propuesta de análisis que desde el enfoque clínico-social hace Legend (1993; citado por Sharim, 1999), para investigar a través de los niveles intermedio e individual, los cruces que existen entre lo social y lo individual.

En este mismo sentido en el capítulo 6 se expone el análisis de las categorías ya señaladas, así como una síntesis de dos de los casos de las mujeres seropositivas que participaron en el taller.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se presentan también las conclusiones del trabajo y finalmente se incluyen como anexos mi implicación en la presente investigación, las fichas de datos de las mujeres seropositivas participantes en este reporte, así como la hoja de autorización que ellas firmaron para la publicación.

Se incluyen también el diario de campo del taller, así como las entrevistas realizadas a los diferentes profesionales de la salud que participaron también en este trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 1.

IMPLICACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN.

1.1 Negociación y entrada al campo.

Mi idea de hacer un trabajo de tesis sobre VIH/SIDA surge al terminar mi carrera profesional, a partir de este momento me pongo en contacto con mi asesora Elvia Taracena, con la cual platico sobre esto, ella me pone en contacto con una asociación de derechos humanos, en la cual empiezo a participar, sin embargo no estuve mucho tiempo ahí, dado que mi demanda no coincidía con lo que ellos me pedían que hiciera.

Posterior a esto por cuestiones ajenas a mi dejo mis planes de hacer este trabajo.

Es a partir de 1999 que Elvia me invita a participar en un seminario llamado "Subjetividad y Sociedad", en la FES Iztacala, dicho proyecto tiene como objetivo la investigación de problemas sociales complejos.

Gracias a esto retomo nuevamente mi tema de interés el VIH/SIDA, y elaboró a mediados del año 2000 un proyecto de investigación para realizar mi tesis, cuyo objetivo general fue investigar y analizar los factores psicosociales que intervienen en la transmisión del VIH/SIDA en las mujeres mexicanas.

Para poder abordar problemas sociales complejos se retoma la metodología del enfoque clínico social. Tal como lo señala de Gaulejac (1999) desde la aproximación clínica se considera que los actores sociales no solo son producto de sus circunstancias histórico-sociales, sino que a la vez ellos son también productores de éstas, constituyéndose así como sujetos. Este proceso implica una constante articulación entre lo psíquico y lo social, de ahí que se hable de sujeto social complejo, pues éste está atravesado por diferentes dimensiones, una de las cuales es la subjetividad.

En este mismo sentido el análisis clínico pretende dar cuenta de la complejidad de los actores sociales, considerando la subjetividad como puente de articulación entre lo psíquico y lo social,



además de que hace hincapié en la propia subjetividad del investigador en su relación con el sujeto investigado y viceversa, por lo que para poder realizar una investigación de este carácter es importante que el investigador se involucre activamente en la relación con los actores sociales.

Para poder llevar a cabo mi trabajo de investigación era necesario contactar alguna institución en donde trabajaran con mujeres seropositivas y negociar mi demanda.

En el seminario en el que estaba participando, había un chico llamado Osvaldo, quien me dijo que su mamá trabajaba en un hospital donde atendían a personas seropositivas y que iba a hablar con ella para que me pusiera en contacto con el trabajador social de la clínica.

Unos días después me confirmó la cita y me puse en contacto con el trabajador del Hospital general "Ignacio Zaragoza" del ISSTEE, quien fijó el día y la hora para poder entrevistarle.

Mi visita tenía dos objetivos 1) hacerle una entrevista con respecto al trabajo que realiza en dicha institución y 2) ver que posibilidades había de poder ingresar a la institución a realizar el proyecto de investigación, lo que no tuvo mucho éxito puesto que me dijo que para lograr esto tenía que pasar por muchos trámites burocráticos.

Esto lo comente con mis asesoras Elvia y Ma. Luisa y me dijeron que era difícil, pero que si lo deseaba ellas me podían ayudar tramitando algunos documentos por parte de la universidad para que mi acceso fuera más fácil, yo les mencioné que primero iba a ver otras opciones, dado que esta se me dificultaba por la distancia y por mis posibilidades económicas.

Para poder superar esto Elvia me dio la alternativa de tramitar una beca como parte de un proyecto que ella tiene registrado en Iztacala.

Por otro lado, estuve viendo otras posibilidades para poder realizar mi investigación, sin embargo fui a instituciones públicas en donde yo sabía que atendían a pacientes seropositivos, pero ó me negaban la información o me decían que era muy difícil entrar ahí y que mejor buscara en otro lado, esto me decepcionó mucho, porque pasaba el tiempo y yo no encontraba donde trabajar y me preocupaba porque ya había registrado mi proyecto.

Esto lo platique con mi asesora y ella me comentó que había una maestra de Iztacala que estaba trabajando algo sobre VIH/SIDA y que tal vez me podría ayudar.

A través de mi asesora me puse en contacto con Susana Robles profesora del área de investigación, a quien le platique de mi proyecto y de las dificultades que había tenido para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

realizar mi investigación, ella me dijo que personalmente no estaba trabajando sobre esas cuestiones, pero que efectivamente conocía a dos personas que estaban dentro de una organización que atendía a personas seropositivas y/o con SIDA, que les iba a llamar por teléfono o que me iba a dar su número para contactarme con ellos, en ese momento encontró el número telefónico y me menciono que ya que estaba ahí, les iba a llamar para de una vez hacer una cita, pidió hablar con Mauricio o Ismael y fue este último con el que hable, y le dije brevemente cuál era mi proyecto, él me dio una cita para hablar más ampliamente sobre esto y me reiteró que no había ningún problema con el espacio, pero que para empezar a trabajar ahí era necesario tomar un curso de aspectos básicos sobre VIH/SIDA y otro de consejería.

Días después me entreviste con Ismael Díaz, coordinador en ese entonces del área de psicología, de la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA A.C. (en adelante FMLS) al cual le señale que mi proyecto era para trabajar con mujeres con VIH, y para conocer el trabajo de los profesionales de la salud en ese campo, Ismael me dijo que no había problema para trabajar ahí, que por ellos encantados dado que mi proyecto sonaba bastante interesante y sobre todo porque en la fundación era poco el trabajo con mujeres, a lo cual agregó, que tal vez me iba a ser un poco difícil trabajar con mujeres porque por cuestiones de género no asistían a la fundación, además de esto me comentó que para empezar a trabajar con mujeres seropositivas, era requisito indispensable que yo tomara un curso sobre aspectos básicos de VIH/SIDA y consejería que daban en la fundación, pero como éste había concluido hacia poco, lo tomaría hasta el siguiente año 2001.

Dadas las circunstancias yo le pregunte a Ismael que si mientras tanto podía hacer algunas entrevistas a los médicos y a los psicólogos que trabajaban ahí en la fundación, él me dijo que si y me proporciono los nombres y los horarios de los profesionales que tenían más tiempo en la fundación para que yo me pusiera en contacto con ellos y hacer citas, de esta manera comencé hacer las entrevistas y algunos de estos profesionales (sobre todo los médicos) me pusieron en contacto con otros más que trabajaban en otras instituciones como el IMSS, a los que también pude entrevistar sobrepasando los obstáculos que me encontré al inicio de esta investigación.

Uno de los psicólogos a los que entreviste Adrián Manzanares me comentó que trabajaba con un grupo de adolescentes, algunos de ellos con VIH, y esto me interesó mucho, lo cual comente con mi asesora y le dije que iba a ver la posibilidad de poder asistir a algunas sesiones, porque pensé que al ver el manejo de un grupo me serviría demasiado para cuando yo empezara a trabajar con

TESIS CON
PALLA DE ORIGEN

las mujeres, mi asesora me dijo que si yo creía que esto me ayudaría y que si no tenía problemas con el tiempo que asistiera.

A partir de Enero del 2001 empiezo a trabajar con Adrián Manzanares, facilitando el Programa de Apoyo a Adolescentes con Diferente Orientación Sexual (PAADOS).

A finales de Febrero de ese mismo año tomé el Curso de Aspectos Básicos y Consejería sobre VIH/SIDA, el cual debo admitir fue de gran ayuda, ya que me permitió entender más a fondo lo que había leído en los libros y a conocer otras cosas que no había contemplado para mi intervención, además que comprendí que era necesario que manejara adecuadamente todo esto para poder realizar el trabajo con mujeres.

1.2. Negociación de mi demanda.

Aunque de alguna manera anteriormente ya había negociado mi demanda, para mí no era muy claro lo que iba a hacer en la fundación y cuando podría realizar lo que era de mi interés.

Por esta razón al término del curso (finales de marzo del 2001), hable nuevamente con Ismael y acordamos que antes de iniciar formalmente mi trabajo con mujeres tendría que realizar algunas actividades en la fundación y éstas serían: dar consejería pre y posterior a la realización de la prueba de anticuerpos para VIH, y llevar asesoramiento grupal de casos de pacientes a los que atendería.

Lo anterior tiene fundamentos, ya que desde el enfoque clínico social se considera no solo la investigación sino también la intervención de tipo social, ya sea en la organización comunitaria, la formación de grupos, es decir se trata de crear lugares y momentos donde el encuentro sea posible, ya sea por la iniciativa del investigador o que la demanda venga hecha por un grupo social, o de los dos. En este sentido hay momentos en donde se negocian los roles respectivos y el lugar de cada uno. (Rhéaume, 1995)

Es por estas razones que las actividades anteriormente descritas las llevé a cabo a partir de abril del 2001, y al iniciar la consejería me sentí sumamente nerviosa, aunque durante la carrera ya había tenido contacto con pacientes esto no se parecía en nada a lo que tenía que hacer, era una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cuestión diferente, en cierta forma sentía que dependía de cómo informar, como dar un resultado el que otra persona estuviera bien, un error y podría pasar algo, y entendí que con esto no se juega, por lo que mi compromiso cada día fue mayor.

A la par que llevaba a cabo esto, fui planeando lo que iba a hacer con respecto al trabajo con mujeres.

Dado que Ismael conocía mi proyecto me propuso que hiciera primero el trabajo grupal, ya que de otra manera las mujeres podrían no acceder a participar en mi proyecto, por lo que me sugirió que en este trabajo no fuera solo yo la que participara y me presento a Kenia Porras psicóloga de la FMLS, a quien comentamos el trabajo que iba a realizar y acepto colaborar en el.

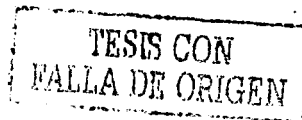
Esto lo platique con mi asesora y me dijo que no había problema, solo que habría que definir cual sería nuestra participación.

Dado que las actividades en las que participaba en la FMLS, me tomaban mucho tiempo, opte por dejarlas tiempo más adelante, lo cual comuniqué a Ismael.

En este tiempo se inició la promoción del trabajo con mujeres seropositivas, pero dadas las circunstancias de inasistencia de las mujeres a la FMLS, tuve que optar por cambiar la forma de trabajo de mi tesis, es decir, hacer el trabajo grupal primero y después el individual (aunque finalmente éste no se pudo realizar, como lo explicare en el capítulo 4, lo cual platique con mi asesora y me dijo que no había problema, ya que en ese sentido la investigación social desde la aproximación clínica, es flexible ya que como menciona Rhéaume (1995) en esta constante negociación de las demandas entre el investigador y el sujeto de investigación; es frecuente que los objetivos de la investigación se vayan modificando, pues deben corresponder no sólo a los intereses del investigador, sino también a los del sujeto investigado, ya que la investigación clínica se hace de una manera colectiva, no se hace solo con el investigador, se hace con la gente que interviene y con la población misma. Además de esto otro aspecto que es primordial en una investigación es la relación que se establece entre el investigador y el asesor de su investigación, ya que esto le permitirá adquirir elementos para ir construyendo su objeto de estudio, así como analizar su propia implicación en la investigación.¹

Es pues a través de la retroalimentación del asesor que el investigador irá definiendo el objeto de su investigación, así como las herramientas teórico-metodológico que considere más apropiadas para aproximarse a su objeto de estudio. A lo largo de este proceso habrá momentos en los que el

¹ Para consultar mi implicación dirigirse a los anexos.



investigador se sienta o requiera estar más cerca de su asesor y otros tantos en los que se distancie, lo cual tiene como objetivo el lograr que el investigador adquiera los elementos suficientes que le permitan ser autónomo, en este sentido el rol del asesor es orientar cuando se le solicite y respetar en lo posible, el propio proceso del investigador.

"A fin de cuentas el proceso de investigación es de aprendizaje, en donde el investigador tiene la oportunidad no solo de construir un saber conjuntamente con él o los sujetos de su investigación, sino donde también se construye y conoce a sí mismo, a través de su relación con los otros"
(Arce R. 2001, Pág. 11)

El presente reporte de investigación para mí ha sido un reto en mi carrera profesional, pero sobre todo una forma continua de crecimiento que no acaba aquí.

CAPITULO 2

VIIH/SIDA.

2.1. Antecedentes y origen del VIH/SIDA.

Desde que fue descubierto el virus agente causal del SIDA (VIH) no se sabe con exactitud donde se originó.

Existen a la fecha varias teorías, pero ninguna de ellas es definitiva y concluyente.

Muchos autores piensan que el virus que lo causa probablemente tuvo su origen en África Central y fue exportado a través de Haití a Estados Unidos y después al resto del mundo, la razón para esta afirmación es simplemente que el virus es muy frecuente en Uganda, Zaire y otras naciones de África Central.

Sin embargo una de las teorías que es más considerada hasta la fecha es que la infección por VIH es el resultado de una zoonosis, es decir, de la transmisión del virus a partir de algún animal al ser humano (Gwynne y Cashat, 2001).

De acuerdo con la evidencia que se tiene, el virus que causa el SIDA es muy semejante a un virus que es endémico en los monos verdes de África, y algunas de las explicaciones que se tienen acerca de la transmisión son: que estos monos son cazados y comidos o a veces muerden a los cazadores o a los niños y es probable que así se haya transmitido el virus (Otha, 1988; citado por González, 1996).

Otros autores como Gallo y Montaigner (1988) citado por González (1996), consideran que la transmisión del virus pudo haber sido facilitada por el consumo del cerebro crudo del simio, debido a que esa costumbre es habitual entre ciertas poblaciones del Zaire, además de la posibilidad de ciertas mutaciones del virus endémico entre los monos africanos, de ese modo, después de haber pasado al hombre y haber sufrido esas mutaciones se generaron los virus intermedios y luego el VIH.

Así pues aunque no se sabe cuál es el origen geográfico del virus, ni el momento en que se convirtió en un agente patógeno para el hombre, se tienen informes anteriores a la década de los 80's de personas que murieron con un cuadro clínico compatible al del SIDA, pero como eran

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

casos aislados no se sospechaba que se trataba de una nueva enfermedad, algunos de estos casos son:

En 1959, en Zaire un suero que se mantenía congelado, resulto positivo a la prueba de anticuerpos para VIH, al igual que la prueba confirmatoria (Sepúlveda, 1989).

En 1966 un marino noruego de 20 años empezó a padecer una linfodenopatía generalizada con dolores articulares y musculares persistentes, manchas oscuras y catarros persistentes. Pruebas inmunológicas realizadas en 1971 mostraron una deficiencia de reacciones linfocitarias. Su enfermedad evolucionó en silencio hasta 1975, su estado se agravó con una afección pulmonar y de trastornos neurológicos progresivos tales como parálisis parcial de piernas, incontinencia urinaria y demencia. Murió en abril de 1976. Antes de 1966, el marino había hecho escalas en muchos puertos, durante esos periodos había tenido dos veces enfermedades venéreas, estaba casado y tenía tres hijos. Su esposa había tenido ataques de cistitis repetidas, afecciones de las vías respiratorias y fiebres desde 1967. En 1973 su estado agravó, perdió peso y tenía signos de encefalitis, posteriormente padeció una leucemia aguda, trastornos neurológicos graves y demencia. Murió en 1976. (Sepúlveda, 1989).

Una hija de la pareja que nació en 1967, se desarrollo normalmente hasta los dos años, a partir de 1969 sufrió una serie de enfermedades infecciosas graves, hasta que murió en 1976. En los tres casos se confirmó el diagnóstico de SIDA al realizar pruebas de Elisa y Western Blot en sueros congelados desde 1971.

En 1969 un adolescente de 15 años murió en San Luis Missouri con Sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas.

En el año de 1977 se hace referencia de una mujer originaria de Zaire que no conocía la razón de sus infecciones respiratorias o intestinales, un año más tarde muere con un cuadro compatible al del SIDA.

Actualmente se tienen datos que desde 1978 se tuvo noticias de casos que aparecieron en Estados Unidos, en hombres homosexuales jóvenes con Sarcoma de Kaposi.

Sin embargo no fue hasta junio de 1981 que los Centros de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC), publican informes de la aparición de extraños casos de Pneumocystis Carinni y Sarcoma de Kaposi.

Dichos informes se referían a trastornos severos y rápidamente mortales de la inmunidad celular que afectaba a varones jóvenes homosexuales con un amplio historial de enfermedades de

transmisión sexual, estos casos presentaban características comunes que hacían pensar en la aparición de una nueva enfermedad (Gómez, 1993).

Inicialmente los CDC nombraron a estos cuadros clínicos como GRID (Gay Related Immuno Deficiency: Deficiencia humana relacionada con la homosexualidad) (Gómez, 1993)

Por esta razón surgen una serie de mitos alrededor de dicha enfermedad, lo cual conllevaría a que se iniciara una cacería de brujas hacia ciertos grupos de personas, a los que prejuiciosamente se les llamo "grupos de riesgo", lo que originó que la gente no quisiera saber nada del problema, siendo considerado por los "grupos no afectados", como un hecho imposible de ocurrirles a ellos (Escalante, 1991 citado por Cárdenas, 1994)

Más adelante este nombre dejo de ser apropiado, dado que a partir de 1982 se describieron cuadros similares en hemofílicos sin antecedentes de contactos homosexuales, en haitianos, usuarios de drogas intravenosas, prostitutas y exdonadores de sangre.

Debido a esta situación los CDC en Junio de 1982 dan el nombre de AIDS (Acquired Immuno Deficiency Síndrome), extendiéndose su uso oficial de la sigla utilizada por los informes de los CDC, en Francia y en los países de habla hispana se le dio el nombre del anagrama AIDS (SIDA)

Partiendo de los criterios clínicos que propone el CDC de Atlanta (como cuadro severo de inmunodeficiencia celular, en una persona previamente sana, que no presentara otra causa conocida de la inmunosupresión) muy pronto se informan cuadros clínicos similares en diferentes estados de Norteamérica y en Europa (Gómez, 1993)

En 1983 el Doctor Gallo del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, señaló que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso viral relacionado con los HTVL (Virus Linfotrópico Humano) descubiertos por él en 1980 (CONASIDA, 1989)

El Doctor Gallo pensó que esta enfermedad era infecciosa, sospecho que era de origen viral, por el hecho de que podía transmitirse por sangre y sugirió que estaba emparentado con los HTVL, dado que el agente causal del SIDA dañaba la misma población celular que los HTVL: los linfocitos T colaboradores o Cd4, cuyo número se encontraba notablemente reducido en los pacientes con SIDA.

Más adelante el Doctor Luc Montaigner del Instituto Pasteur de París, demostró que el agente causal del SIDA era efectivamente un virus, pero que éste no pertenecía a los oncovirus, como los HTVI, sino a los lentivirus.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En ese mismo año el Doctor Montaigner y su grupo de colaboradores informan haber identificado un retrovirus en el ganglio de un paciente, al cual denominaron LAV (Virus Asociado a Linfadenopatía), pero en esos momentos no se pudo establecer la relación con el agente causal del SIDA (CONASIDA, 1989).

En 1984 el Doctor Gallo y colaboradores publican trabajos en los que afirman que el virus descubierto por ellos (el HTLV-III), era el agente causal del SIDA, esto se logró a partir de que desarrollaron una línea de células capaz de ser infectada por el virus sin ser destruida y que permitía la replicación viral durante mucho tiempo. Este hallazgo ha permitido obtener grandes cantidades del virus para su estudio y para la fabricación de las pruebas de laboratorio que permite detectar a los individuos infectados por dicho virus.

En San Francisco a fines de 1984 Levy y sus colaboradores aislaron el agente causal del SIDA, al cual denominaron virus asociado al SIDA (ARV)

Para evitar confusiones en mayo de 1986, el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus, acordó denominar a este nuevo agente con el nombre de HIV (Virus de la Inmuno Deficiencia Humana), señalando con ello la acción del virus y su huésped específico (CONASIDA, 1989).

2.2. Qué es el VIH.

El VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), es el agente causal del SIDA. Este virus ataca el sistema inmunológico de los seres humanos, también es conocido por sus siglas en inglés HIV (Human Immunodeficiency Virus)

2.2.1. Características del VIH.

El VIH pertenece a una familia de virus que tiene una capacidad única —elaboran DNA (la copia para la replicación genética) a partir del RNA.

Dado que esta familia única trabaja en la forma opuesta o sea hacia atrás, se denominan Retrovirus.

La familia de Retrovirus, almacena su información genética en una forma especial de RNA no compatible con la estructura genética celular; por ello debe transcribir dicha información a otra molécula capaz de ser leída por la célula parasitada y convertida a productos virales, esto se logra gracias a una enzima viral de formato RNA a formato DNA, debido a esto la enzima se conoce como transcriptasa reversa.

Los retrovirus se clasifican en tres subfamilias:

Oncovirus, capaces de inducir cáncer en las células que parasitan y de ahí su nombre (onco=tumor)

Espumavirus, que inducen degeneración espumosa en el citoplasma de las células parasitadas y de ahí su nombre (spuma=espuma)

Lentivirus, que se caracterizan por inducir infecciones con largos períodos de latencia sin dañar a las células y sin provocar enfermedad, de ahí su nombre (lenti=lento); después de un tiempo, por la acción de algún factor capaz de provocar su estimulación, se activan y proliferan, induciendo con ello la destrucción celular, lo que conduce al desarrollo tardío de la enfermedad

A esta subfamilia de retrovirus pertenecen las dos variedades que se conocen de VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana 1 y 2) capaces de provocar SIDA en una persona (CONASIDA, 1989).

Actualmente se sabe que el VIH, el agente causal del SIDA, debilita el sistema inmunitario como resultado de su efecto mortal sobre las células que lo componen. Cuantas más células del sistema inmunitario mueren a raíz de la infección por VIH, más difícil le resulta al organismo defenderse contra otras infecciones.

El VIH ataca las células T, una variedad de glóbulos blancos que actúan como coordinadores del sistema inmunológico y como "mecanismo de alarma" que provocan una respuesta de defensa inmunitaria.

Cuando estas células activan la alarma, las células B acuden a identificar la sustancia extraña al organismo, en este caso el VIH, y la contraatacan produciendo anticuerpos.

Los anticuerpos normalmente trabajan para controlar al invasor (antígeno), en el caso de VIH, las células B producen un anticuerpo defectuoso, el cual, aunque sirve como indicador de la infección por VIH, no la elimina.

Las células a las que ataca preferentemente el VIH se denominan células Cd4 o linfocitos T-4, y son los más importantes en la defensa del organismo. El número de estas células en la sangre sirve también para medir el progreso de la infección por el virus. Así cuanto más avanzada esta la infección, menor es el número de estas células (Fernández, 1999).

2.3. Qué es SIDA.

La palabra SIDA significa Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

Síndrome, porque se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas que se presentan simultáneamente dando la característica de enfermedad.

Inmuno, se refiere al sistema inmunológico, es decir, al sistema del organismo que combate las enfermedades.

Deficiencia, indica falta o carencia de algo, en este caso se refiere a la debilidad del sistema inmunológico.

Adquirida, quiere decir que no es una condición genética o hereditaria, sino que se adquiere después de la concepción o consecuencia de acciones específicas (Fernández, 1999).

SIDA es conocido, como la etapa final de la infección por VIH, donde hay manifestaciones clínicas de enfermedades oportunistas, las cuales afectan principalmente pulmones, tubo digestivo y cerebro.

Los principales son: la neumocistis, que es una pulmonía causada por un parásito (pneumocystis carinii), que puede ocasionar infecciones respiratorias graves o mortales.

La toxoplasmosis que provoca abscesos cerebrales.

La candidiasis por hongos esofágicos, meningitis por criptococo, histoplasmosis, infecciones virales como citomegalovirus, que ataca a la retina, aparato digestivo y pulmones.

Las diarreas crónicas causadas por el parásito de criptosporidiosis.

Otra de las enfermedades que caracterizan al SIDA es el Sarcoma de Kaposi, el cual es un tumor que afecta la piel y que puede adoptar dos formas: una que afecta la piel solamente y que se manifiesta por manchas violetas, indoloras y que no causan comezón, y la otra forma más grave, que no afecta solamente la piel sino también numerosos órganos internos (CONASIDA, 1991)

2.4. Etapas de la infección por VIH/SIDA.

En mayo de 1986 los CDC, publicaron un sistema de clasificación de la infección por VIH, que se utiliza en la notificación de casos y en los sistemas de codificación y almacenamiento de información que son:

1) Infección aguda y seroconversión: Una vez que el individuo se ha expuesto al VIH, puede ocurrir infección, es decir, que éste penetre al torrente circulatorio y a las diferentes células del organismo.

En la actualidad la detección de anticuerpos contra componentes virales es la forma más práctica de descubrir cuando un sujeto ha sido infectado por el VIH.

El tiempo de incubación para la formación de anticuerpos, es decir, el lapso que transcurre desde la exposición al virus hasta que se pueda detectar la presencia de anticuerpos (seroconversión) oscila entre dos a ocho semanas, aunque en algunos casos pueden transcurrir seis meses o más antes de que se descubran anticuerpos, a lo cual se le conoce como periodo de ventana.

2) Infección asintomática: dentro de este grupo se incluyen las personas que se sabe están infectadas por VIH debido a la presencia de anticuerpos, y no presentan manifestaciones clínicas de enfermedad.

Generalmente no evidencian cambios inmunológicos detectables por laboratorio, estos pacientes continúan asintomáticos durante varios años.

3) Linfadenopatía generalizada: las características en esta etapa es que el virus se activa y las defensas comienzan a disminuir. Se manifiesta por la inflamación de ganglios, siendo los más afectados los cervicales, axilares y occipitales, aunque también pueden estar crecidos los submaxilares y otros.

Los ganglios miden de 1 a 5 cm., son libres y tienden a ser dolorosos, con duración mayor a tres meses.

4) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA): esta etapa es considerada como el final del proceso de infección por VIH, sus características principales son que las defensas bajan y el paciente es presa fácil de enfermedades oportunistas; se manifiesta por el síndrome de desgaste físico con pérdida de peso en un 10 ó 15 %, en menos de un mes, fiebre nocturna por más de un mes (de más de 39°), diarreas con 5 o más evacuaciones al día por más de un mes, infecciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

oportunistas graves y recurrentes de difícil tratamiento en diferentes partes del cuerpo, en las vías respiratorias, en las vías digestivas, además de que aparecen también síndromes neurológicos, alteraciones físicas o cambios de comportamiento y falta o aumento en la sensibilidad de alguna parte del cuerpo (INDRE, 1990).

2.5. Vías de transmisión.

El VIH puede encontrarse tanto en algunas células como en los líquidos y secreciones orgánicas de las personas infectadas, en cantidades variables a lo largo del tiempo.

Su presencia en distintos líquidos y secreciones no supone el mismo riesgo de transmisión en todos ellos por ejemplo el VIH se puede aislar de manera más o menos fácil del semen, secreciones vaginales y de la sangre. También se ha aislado de la leche materna y con bastante dificultad, de las lágrimas, la saliva, la transpiración, las heces y la orina. Sin embargo actualmente se acepta que sólo a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna, se puede transmitir el virus a otra persona (OPS, 1993)

Las principales puertas de entrada del VIH en el organismo son las mucosas (membranas muy delicadas que recubren el recto, vagina, uretra, boca y parte de los ojos), y la piel dañada como resultado de cortaduras, abrasiones o ulceraciones. Tanto debajo de las mucosas como de la piel que recubre la superficie externa del cuerpo se encuentran los vasos sanguíneos y linfáticos. El VIH luego de reproducirse en la puerta de entrada, se disemina a otras partes del organismo.

Los mecanismos de transmisión de la infección por VIH son:

a) A través de la sangre o sus componentes y por órganos o tejidos infectados por el VIH.

Esta forma de transmisión incluye: el uso compartido de jeringas, el uso compartido de hojas de afeitar contaminadas con sangre de personas infectadas; o a través de accidentes de trabajadores de la salud con heridas penetrantes por material punzo cortante, como las agujas de las jeringas contaminadas con sangre de pacientes con VIH.

Por transfusión de sangre o sus componentes.

Por transplantes de órganos o tejidos infectados, así como el semen contaminado en el caso de inseminación artificial.

Otras prácticas que conllevan riesgos es cuando se utiliza material contaminado y no esterilizado son la transmisión de paciente a paciente por personal médico y de enfermería o por tratamientos dentales, además de los tatuajes, perforaciones y la acupuntura cuando no se toman precauciones necesarias (OPS, 1993)

b) Por vía perinatal, la transmisión puede ocurrir durante cualquier etapa del embarazo, parto o por medio el amamantamiento.

Si una mujer embarazada es portadora de VIH existe la posibilidad de que el virus se transmita al feto ya que, aún cuando la corriente sanguínea de la madre y el feto están separados por la placenta, esta separación solo previene el intercambio de células, pero no de sustancias nutritivas o de partículas pequeñas tales como los virus.

El recién nacido también entra en contacto con la sangre materna durante el parto, cuando es posible que la infección se transmita de la madre a su hijo. La transmisión de la infección de la madre a su hijo también es posible durante la lactancia.

c) Por vía sexual. El contacto sexual con una persona infectada es el modo de transmisión más frecuente de la infección por VIH especialmente si se practica el coito no protegido, o sea cualquier acto sexual en el que no se utilice condón.

Además la posibilidad de infectarse depende de varios factores como son: el tipo de acto sexual, la probabilidad de que uno de los miembros de la pareja pueda estar infectado, la cantidad de virus presente en la sangre o en las secreciones genitales de la persona infectada, y la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual o de lesiones en la piel o en las mucosas en uno o en ambos miembros de la pareja.

Como ya se mencionó el acto sexual sin protección entraña un riesgo significativo de transmisión del VIH, si las secreciones de una persona infectada se ponen en contacto con la mucosa que recubre el recto, la vagina, la uretra o la boca de la persona expuesta.

Tanto el coito vaginal como el anal no protegidos conllevan riesgo elevado, de ambos el anal no protegido es el que entraña mayor riesgo, ya que la mucosa que recubre el recto es más frágil que la de la vagina y, por tanto es más fácil que sufra lesiones o desgarres que permitan la entrada del VIH, aunque se sabe que puede penetrar aun con la mucosa intacta.

Con respecto al coito oral sin protección, aunque los datos disponibles no permiten tener conclusiones definitivas debe ser considerada una práctica que implica riesgo de infección (OPS, 1993)

Sin embargo otro factor importante que está vinculado con la transmisión del VIH es el número de parejas sexuales que se tienen, lo cual no tiene nada que ver con preferencias sexuales, sino más bien con el número y frecuencia de intercambio de éstas, ya que con esto aumenta el riesgo de adquirir la infección.

2.6. Cómo no se transmite el VIH.

Así como es importante conocer cuales son las formas de transmisión del VIH es de igual importancia saber como no se transmite, puesto que esto permite evitar temores y preocupaciones, que facilitan la desestigmatización de esta infección.

El VIH no se transmite por el contacto habitual de persona a persona en el hogar, ni por las relaciones sociales cotidianas en escuelas, lugares de trabajo y lugares públicos.

Hasta la fecha no se tienen datos de que algún miembro familiar de un paciente que vive con VIH se haya infectado por el contacto habitual con el enfermo.

El VIH no se transmite por contacto diario casual, dado que el virus no sobrevive por mucho tiempo en el agua, los objetos que la sangre o semen de una persona infectada pudieran haber contaminado.

También se sabe que se puede besar, abrazar y acariciar a las personas infectadas sin riesgo de adquirir el VIH. Tampoco existe riesgo al compartir platos o cubiertos con un enfermo, o aún su ropa de cama, el VIH no se transmite por lágrimas, sudor, tos o estornudos. La comida preparada por una persona infectada no conlleva riesgo de infección para quienes la consumen, ni supone riesgo el cuidar a los enfermos que desean permanecer en el hogar y que no requieren hospitalización (OPS, 1993)

Otras situaciones que no conllevan riesgo de infección son: dar la mano, conversar muy cerca, sentarse en el mismo asiento o silla, usar los mismos retretes, mudar de ropa a niños o adultos enfermos, dormir en la misma cama (sin tener relaciones sexuales), compartir toallas, bañar enfermos, alimentar otra persona, compartir ropa y zapatos, utilizar el mismo teléfono, tomar las perillas de las puertas, picaduras de mosquitos, pulgas u otros insectos, jugar con otros niños, usar la misma ducha, ir a la piscina, usar el mismo jabón, lavar la ropa de otra persona, tomar las agarraderas de los autobuses (OPS, 1993).

2.7. Cómo prevenir la infección por VIH.

2.7.1. Prevención sanguínea.

En los países industrializados y países en vías de desarrollo el riesgo por transfusiones de sangre o sus componentes prácticamente se ha eliminado mediante algunas medidas clave como: la selección estricta de los donantes, la detección sistemática de la presencia del virus en la sangre y la eliminación de la sangre contaminada y la práctica de limitar las transfusiones y realizarlas solo cuando sean necesarias. Además de la detección del virus en la sangre a transfundir se deben llevar a cabo campañas de información para disuadir a las personas que sospechen estar infectadas de que se ofrezcan como donantes (OPS, 1993).

Sin embargo en los países donde no se cumplen estas medidas, el riesgo de infectarse continúa existiendo.

Con respecto a las transfusiones por medio de agujas y jeringas contaminadas por personas que se inyectan drogas, se intenta romper el vínculo que se establece entre estas personas para dejar de compartirlas, esto también incluye las agujas que se emplean para tatuajes, inyecciones de esteroides y perforaciones con las que también es imperativo tomar precauciones y asegurarse que se esterilice el instrumental antes de usarlo.

En relación a las medidas que debe utilizar el personal de salud para prevenir la infección por VIH, los CDC en 1995 desarrollan las "precauciones universales para la sangre y los líquidos corporales", que incluyen líquidos que contienen sangre sin embargo recientemente estas precauciones se revisaron y ahora incluyen todos los agentes patógenos potencialmente infecciosos. Actualmente a estas se les llama "precauciones comunes" y ellos recomiendan que debe tratarse a todas las personas como si estuvieran infectadas con VIH u otro agente patógeno infeccioso (Calles, 2001)

Dentro de las directrices de estas precauciones se consideran ciertos líquidos corporales como focos potenciales de infección (todos los líquidos corporales que contengan sangre visible, secreciones vaginales, semen, líquido pericardico, líquido pleural, líquido cerebroespinal, líquido amniótico, líquido peritoneal y líquido sinovial), mientras que otros no se consideran infecciosos (lagrimas, heces, orina, saliva, secreciones nasales, esputo, vomito y sudor)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las exposiciones que más ponen en riesgo de infección al trabajador de salud incluyen las heridas percutáneas, como pinchazos con agujas o cuando los líquidos infecciosos entran en contacto con membranas mucosas o con la piel con lesiones.

Sin embargo existen factores que pueden afectar el riesgo de transmisión con VIH después de una exposición percutánea y éstos son: la cantidad de sangre a la que estuvo expuesta la persona, la carga viral del paciente y la etapa de enfermedad en la que está el paciente.

También es importante que el trabajador se proteja de manera complementaria con medidas simples de control como son: lavado de manos con agua y jabón después de tener contacto con el paciente, barreras de protección que incluyen guantes, batas, gafas y máscaras, además los residuos contaminados, como agujas y vendajes con sangre deben desecharse correctamente, debe evitarse extraer la aguja y nunca tapar, doblar o romperse. Se desecharan en recipientes sellados resistentes a las pinchaduras, y los vendajes se deben colocar dentro de una bolsa plástica separada, antes de ponerlos en un recipiente general de residuos.

Los encargados de lavandería deben usar guantes cuando manipulan ropa sucia. Los derramamientos de sangre o líquidos infecciosos deben limpiarse usando guantes y soluciones a base de agua y lejía (Calles, 2001)

2.7.2. Prevención perinatal.

De acuerdo con el Programa sobre VIH/SIDA de las Naciones Unidas (UNAIDS) y la organización mundial de la salud (OMS), el VIH/SIDA está afectando más que nunca a gente joven de todo el mundo y los números continúan aumentando.

Uno de los grupos en el que se ha visto el aumento de esta infección, es el de las mujeres que representan alrededor del 48% de todos los adultos que viven con el VIH.

Este aumento entre las mujeres también sugiere que más niños estarán expuestos al VIH.

Por esta razón es importante que se enfoque la prevención de la transmisión del virus a los fetos o a los niños a partir de las mujeres embarazadas con infección de VIH establecida.

Para esto hay varias estrategias exitosas para prevenir la transmisión de madre a hijo, éstas incluyen intervenciones de conducta, no farmacológicas y tratamientos antirretrovírico (Gwynne, 2001)

2.7.3. Prevención sexual.

Dado que en la actualidad el mayor número de casos de VIH/SIDA lo tiene la vía sexual, es necesario tomar en cuenta ciertos elementos para disminuir los factores de riesgo en este tipo de transmisión, por lo que resulta interesante conocer cuáles son las formas de prevenir la infección por esta vía, de tal manera que se señalarán las prácticas más importantes el sexo seguro y el sexo protegido.

Con respecto a las prácticas de sexo seguro diremos que son aquellas que no tienen ningún riesgo de contagio, ya que no existe penetración, ni hay intercambio de secreciones sexuales y/o sangre, como son: caricias mutuas, abrazos, besos, eyacular en la piel sana del otro, usar guantes sexuales sin compartírselos, frotar cuerpo con cuerpo, masturbarse, abstinencia (CONASIDA, 1993).

Con relación al sexo protegido que incluye aquellas prácticas que disminuyen en un alto porcentaje la posibilidad de infección, aunque no la eliminan por completo como son: penetración vaginal y anal con condón, introducción de los dedos en vagina o ano con guantes de látex o protectores de plástico, estimulación del pene con la boca con una barrera de plástico o con condón, estimulación de los genitales de la mujer con la boca con una barrera de plástico, estimulación de la región anal con una barrera de plástico entre boca y ano (CONASIDA, 1993). Además de esto también es importante agregar algunos pasos que hay que recordar para hacer uso correcto del condón: sólo usar condones de látex o poliuretano, se debe usar un condón por cada práctica sexual, checar la fecha de caducidad o manufactura de los condones, checar que el empaque del condón no este roto o sin bolsa de aire, al abrir el empaque se debe tener cuidado de no rasgar el condón con anillos, uñas largas o dientes, hay que sacar la burbuja de aire que se encuentre en el receptáculo del condón, usar solamente lubricantes a base de agua, retirar el condón después de la eyaculación y antes de que el pene pierda la erección, sosteniendo el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen (Gwynne y Kebaabetswe, 2001).

2.8. Pruebas para detectar el VIH y sus resultados

El diagnóstico de la infección por VIH se basa en la demostración del virus, sus productos o los anticuerpos que una persona infectada produce contra las distintas proteínas virales; puede hacerse de diversas formas y por métodos muy variados, cada uno con sus ventajas, limitaciones e indicaciones específicas, según la disponibilidad comercial, adaptación al lugar de trabajo y el nivel de complejidad técnica (Velásquez, 1993)

Existen diversas clasificaciones con respecto al tipo de pruebas, sin embargo la más utilizada es:

a) Pruebas iniciales de detección o tamizaje, entre los que se encuentran ELISA cuyas siglas en inglés quiere decir Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (estudio inmunoenzimático), la cual se emplea como primera técnica para el estudio de poblaciones en riesgo y donantes de sangre, la cual detecta anticuerpos totales sin especificar a cuales proteínas del virus.

Dicha prueba consiste en una serie de reacciones entre el antígeno viral y el anticuerpo del paciente, cuyo producto final proporciona una reacción con color (CONASIDA, 1989).

El resultado positivo de una prueba de ELISA debe repetirse en una segunda serie con el mismo suero y por duplicado, lo cual permite tener tres resultados; ante dos resultados positivos debe recurrirse a una prueba confirmatoria (Velásquez, 1993).

Esta última parte es muy importante ya que en ocasiones esta prueba puede arrojar falsos positivos o falsos negativos, los cuales pueden deberse a distintos factores entre los que se encuentran:

Falsos positivos: enfermedades auto inmunes, cirrosis biliar, hepatitis alcohólica, vacunación reciente contra influenza, pruebas para sífilis positivas.

Falsos negativos: periodo de ventana, tratamiento inmunosupresor, transfusión masiva, presencia de polvo en los guantes de laboratorio (CONASIDA, 1997).

b) Pruebas suplementarias o confirmatorias, cuyo propósito es el diferenciar los falsos positivos de lo verdaderamente infectados por el VIH, entre estas pruebas se encuentran la Western-Blot y la inmunofluorescencia.

La Western-Blot detecta los anticuerpos producidos contra el VIH pero de un modo individualizado, es decir a los anticuerpos que se dirigen contra los antígenos constituidos por las diferentes proteínas de la envoltura y el centro del VIH, la Western-Blot es una técnica más

complicada, más sensitiva y más cara, por eso es difícil que arroje un resultado falso positivo (Gross, 1989 citado por González, 1996).

La inmunofluorescencia es otra técnica que es utilizada con menos frecuencia debido a que se presenta el inconveniente de necesitar una lectura al microscopio por lo que su interpretación puede dar lugar a posibles variaciones de un observador a otro (INDRE, 1990).

Así pues, para las personas en espera de un resultado a la prueba de anticuerpos para VIH, es importante recordar que esta prueba es simplemente un marcador de laboratorio que indica que la persona ha sido infectada por un virus específico, la prueba no proporciona otra información, por ejemplo no indica cuánto tiempo hace que se infectó, qué tan intensa es la infección o si se desarrollará o no la enfermedad en el futuro, simple y sencillamente indica la seropositividad, es decir, que se ha iniciado una defensa contra el virus.

2.9. Tratamientos.

Una de las ventajas de que una persona se realice la prueba para VIH periódicamente es que si el resultado es positivo puede contar con tratamientos eficaces para el control de la infección. Una intervención temprana se recomienda de preferencia cuando las células Cd4 se encuentren alrededor de 500 o más, esto permite que las personas infectadas puedan prolongar la aparición de los síntomas. Desafortunadamente en la mayoría de los casos cuando las personas infectadas son detectadas por primera vez, la mayoría sufren ya síntomas de la enfermedad y los tratamientos son tardíos, con menos potencia y con más requisitos terapéuticos debido a las enfermedades oportunistas.

Dentro de los tratamientos utilizados para combatir la infección se encuentran:

- a) Los Antiinfecciosos (que son utilizados para tratar las infecciones secundarias relacionadas con el SIDA)
- b) Los Antivirales (los cuales impiden el desarrollo o la replicación adicional del VIH), entre los que se encuentran el AZT, DDI y DDC. De éstos el más utilizado es el AZT por haber sido el primer antirretroviral desarrollado, pudiendo emplearse solo o combinado para potencializar su uso.
- c) Los Inmunomoduladores (utilizados para restaurar y estimular el sistema inmunológico)

Actualmente existe una gran polémica con respecto a cuándo, cómo y con qué se inicie un tratamiento médico a una persona infectada por VIH, sin embargo son los médicos los encargados de sugerir si es o no necesario algún análisis o medicamento, considerando cada caso en particular, ya que no todos los pacientes presentan los mismos malestares (CONASIDA, 1993) Hoy día se recomienda empezar a tomar medicamentos cuando las células Cd4 bajen a 350 por microlitro de sangre. También ayuda conocer la carga viral, se ha observado que cuando una persona tiene gran cantidad de virus, sus células Cd4 bajan rápidamente.

Los medicamentos antirretrovirales son muy buenos para controlar el virus, pero tienen efectos secundarios y en muchas ocasiones provocan molestias, además de que éstos son acumulativos, es decir se presentan después de algún tiempo de estarlos tomando, lo cual hace aún más importante determinar el momento de empezar a tomarlos, retrasando en lo posible su inicio (Letra S, 2001).

Finalmente es muy importante considerar el estado general de alguien que está infectado. Una vida sana, con ejercicio, sin alcohol ni tabaco, con descanso y la mejor alimentación posible puede significar años de no necesitar medicamento.

2.10. Panorama actual del SIDA en el mundo.

En la actualidad el SIDA ha aumentado su número de víctimas en el mundo y día tras día sigue siendo la causa de muerte de más y más personas.

Desde la aparición del SIDA, hace 20 años, esta enfermedad mató a por lo menos 22 millones de personas, de las cuales más de 4 millones eran menores de 15 años. En 1999 murieron alrededor de 3 millones de personas a consecuencia de este mal.

Según el programa conjunto de las Naciones Unidas y la OMS para la lucha contra la enfermedad (ONUSIDA), a finales del año 2000 las cifras ascendían a 36.1 millones de personas infectadas con VIH, de los cuales 34.7 millones eran adultos; 16.4 millones, mujeres; 1.4 millones menores de 15 años (Gwynne y Cashat, 2001).

Los países más afectados continúan siendo los de África Subsahariana con más del 70% de los casos.

El sur y sudeste de Asia es la segunda área más golpeada por este mal, con 5.8 millones de personas infectadas, seguida por América Latina y el Caribe con 1.8 millones.

En América del Norte el número de casos asciende a 920 mil; en Europa Occidental a 540 mil; Europa oriental y Asia Central a 700 mil, y Australia y Nueva Zelanda a 15 mil (AFP y DPA, 2001)

Los países del este de Asia y el Pacífico tiene alrededor de 640 mil infectados.

En el año 2000 la Asamblea General de la Naciones Unidas llevo a cabo una conferencia internacional para analizar maneras de combatir la epidemia, en el documento final titulado "Ante una crisis global, una acción global", se definen los objetivos de prevención y de tratamiento de la epidemia, subrayando los derechos humanos de las personas infectadas por el VIH, y la necesidad de hacer mayores esfuerzos en investigación hasta descubrir una vacuna contra este mal.

Según el plan de la ONU, para 2005 las tasas de infección deben de haberse reducido en un cuarto entre las personas entre 15 y 24 años, en tanto la proporción de infantes con VIH debe bajar hasta el 20% y 50% hasta el año 2010 (AFP y DPA, 2001)

2.11. México y el VIH/SIDA.

De acuerdo a la tasa de incidencia anual del VIH, México ocupa el decimocuarto lugar en el continente americano y el septuagésimo segundo en el mundo.

El primer caso de SIDA en México se diagnosticó en 1983 en un estudiante haitiano, cuyos primeros síntomas se manifestaron en 1981. Después fueron comunicados 17 casos en 1983 y eran de hombres homosexuales que habían viajado y practicado actividades sexuales en el extranjero. Todavía no se había descubierto la causa del SIDA, de tal manera que surgió la estigmatización contra los homosexuales. Para fines de 1986, se habían notificado 250 casos de los cuales la mayoría estaban relacionados a homosexuales o bisexuales (Mann, 1993 citado por Cárdenas, 1994)

En 1986 se creó en México el Comité Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA), con el objeto de evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH, estableciendo criterios para el diagnóstico, prevención y control. Este organismo se dedica a

coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control adecuadas, tomando en cuenta otros problemas prioritario y los recursos de la salud del país. En 1987 el SIDA se convirtió en México en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica siendo la notificación de casos obligatoria e inmediata. Una de las medidas que tuvo mayor efecto epidemiológico en el combate del SIDA fue prohibir la comercialización de la sangre (Sepúlveda, 1989)

En 1986 se modificó la ley de salud estableciéndose que era obligatoria la prueba para VIH en toda sangre que se transfundía.

En 1988 CONASIDA evoluciona de comité a consejo, debido a la magnitud y la complejidad del problema convirtiéndose en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud. El Consejo Nacional Para la Prevención y Control del SIDA por decreto presidencial conservo sus siglas (Sepúlveda, 1989)

En 1987 se diseñó la primera campaña que se puso en marcha con fin educativo, sus estrategias fueron diversas según el grupo de población al que fuera dirigido, homosexuales, prostitutas y población en general.

En 1988 ocurrió en México el primer caso de transmisión perinatal en un hospital del Estado de México. Al momento del nacimiento en el recién nacido se advirtieron diversos síntomas que inquietaron a los médicos porque les hizo pensar en otras enfermedades, y así en el Hospital Infantil de México se analizó la sangre saliendo positiva al VIH. Los padres eran asintomáticos. Con la reconstrucción de la historia clínica se supo que la madre se había infectado por transfusión sanguínea al haber abortado en un hospital privado de Michoacán.

Este caso fue de relevancia científica internacional por haber sido el primer reporte médico mundial sobre un recién nacido con el síndrome desarrollado (Ladislao, 1989 citado por Cárdenas, 1994)

En el año de 1987 hubo un aumento considerable en los casos de SIDA, por lo que en Marzo de ese año se publicó por primera vez un boletín mensual sobre el SIDA en México. La publicación tuvo por objeto informar a las autoridades de salud sobre los adelantos y servir como aliciente para los epidemiólogos de todo el país (INDRE, 1990)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En abril se realizó una encuesta sobre conocimientos y actitudes respecto al SIDA y fue evidente que prevalecían muchos conceptos erróneos en la población, por lo que a finales de 1987 y principios de 1988 se lanzó una campaña por radio y televisión contra la enfermedad, y por primera vez los medios masivos de comunicación hablaron del condón como medio de prevención contra el SIDA.

Sin embargo las reacciones no fueron muy alentadoras, por lo que la epidemia continuó creciendo.

Entre 1987 y 1988 nacen las organizaciones no gubernamentales en la lucha contra el SIDA (ONG'S) y se creó la Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA A.C., y se reorientó el trabajo de diversos grupos.

En 1989 se inauguró la línea telefónica nacional de información y asesoría sobre VIH/SIDA, que se conoce como TELSIDA, para información y consejería sobre VIH/SIDA en México.

Durante el período comprendido entre 1989 y 1990, las ONG'S y el propio gobierno coinciden en que esta es una fase reactiva y participativa. En este tiempo se forma la confederación de organizaciones no gubernamentales: Mexicanos contra el SIDA.

En el boletín SIDA/ETS (1995) se afirma que a nivel nacional y a lo largo del tiempo la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia en cuanto a su magnitud:

- 1) De 1983 a 1986 el crecimiento fue lento.
- 2) De 1987 a 1990 fue de tipo exponencial ascendente.
- 3) A partir de 1991 el crecimiento exponencial se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización.

Para fines del año 2001, en México el número de casos reportados de personas con VIH/SIDA era de 49,999. Sin embargo, debido a retrasos en la información y en el subregistro en realidad se estima que hay 150,000 personas infectadas con VIH en promedio (Letra S, 2002)

La epidemia actual en México se caracteriza por ser el resultado de varios patrones de transmisión y sub-epidemias en cada región del país, que se presentan de acuerdo con las condiciones sociales, culturales y situación socio-económica de los afectados. Esto se puede apreciar en las diferencias geográficas en donde se destaca un patrón urbano, que se concentra

tanto en las grandes ciudades como en la frontera norte. Sin embargo, se observa otro patrón rural, localizado en las regiones del centro y sur del país.

De todos los estados de la República Mexicana, más del 55% del total de casos acumulados se localizan en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco, aunque el estado con mayor tasa de incidencia es Baja California y el de menor Colima (Gwynne y Cashat, 2001)

A escala nacional el SIDA ocupa el decimosexto lugar como causa de muerte, aunque la mortalidad por VIH/SIDA ha afectado particularmente al grupo de edad comprendido entre los 25 a 34 años de edad, ya que en los hombres fue la cuarta causa de muerte y en las mujeres la séptima.

De los 49,999 casos de VIH/SIDA el 85% de ellos corresponde a hombres y el 15% a mujeres, de este total de casos el mayor porcentaje de infección comprende el rango de edad entre los 15 y 44 años.

En nuestro país como en el resto del mundo la transmisión sexual ha sido la causa de casi el 90% de los casos acumulados de SIDA, en donde el grupo de hombres que tienen sexo con hombres ha predominado. Sin embargo en los últimos años se ha observado que la proporción de casos por transmisión heterosexual ha crecido en forma importante. Ello se hace más evidente al observar que la razón hombre-mujer 11:1 que existía al inicio de la epidemia es actualmente de 6:1 (Gwynne y Cashat, 2001).

Por otro lado, desde que se estableció el tamizaje obligatorio de toda transfusión sanguínea así como la prohibición de la comercialización de las donaciones de sangre, esta vía de transmisión se redujo a cero en nuestro país.

Por otra parte, dado que el porcentaje de mujeres infectadas por VIH ha aumentado, también lo ha hecho el número de casos de transmisión por vía perinatal, tan solo en el 2000 hubo 14 casos y se cree que estos ascenderán si no se toman las medidas necesarias.

Con respecto a las acciones que México planea para frenar la infección por VIH, el 5 de Julio de 2001, se publicó la reforma al decreto presidencial que dio vida al CONASIDA en 1988, con

esto, se desdistan las estructuras del órgano colegiado (CONASIDA), cuya función es coordinar los esfuerzos interinstitucionales y las del órgano desconcentrado (CFNSIDA), cuya función es operativa.

El nuevo conasida será presidido por el titular de la secretaria de salud (SSA) y estará constituido, además de la SSA, por las secretarías de Educación, Defensa, Marina, IMSS, ISSSTE, PEMEX, Los institutos de Salud pública y de nutrición, la CND, organismos privados y académicos, funcionarios de salud de los estados y cuatro representantes de organizaciones civiles.

Su función será la de coordinar a todas las instituciones y sectores involucrados en la materia, ampliando así la participación de los sectores social y privado.

La labor del Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (CENSIDA), será fomentar las tareas destinadas a prevenir la propagación del mal (Letra S, 2001)

Finalmente cabe señalar que cualesquiera que sean las estrategias que se tomen para frenar esta epidemia es necesario que cada persona tome conciencia de que el VIH/SIDA no es exclusivo de algunos grupos y que mientras no se incida en esto, poco se logrará en esta lucha.

2.12. Aspectos psicosociales del VIH/SIDA.

La infección por VIH/SIDA no solo afecta la parte biológica del individuo, sino que también repercute en la esfera psicológica, ya que al recibir la notificación tan estigmatizada y sobre la cual existen tantos mitos y tabúes, la persona puede experimentar sensaciones de desesperación y por ende inestabilidad emocional.

En este sentido una persona al recibir un resultado positivo a la prueba de anticuerpos de VIH puede tener reacciones diferentes, entre las reacciones iniciales más frecuentes Miller (1989) señala las siguientes: conmoción o crisis en donde los individuos suelen sentirse aturridos, confundidos, no pueden pensar con claridad, en ocasiones se acompaña de llanto; en otros la reacción es de ira, o bien pueden guardar silencio, aparentemente tranquilos y sin externar ninguna emoción; una vez que ha pasado este período inicial algunas personas se sienten

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

abrumadas emocionalmente y experimentan una sensación de pérdida de control seguida de una sucesión de emociones, pensamientos e interrogantes.

Después de estas reacciones inmediatas la persona puede atravesar por una serie de etapas emotivas, que se dan no necesariamente en orden o bien a veces no se presentan algunas de estas, aunque cabe señalar que estas etapas no son exclusivas para el VIH/SIDA, sino son propuestas para todas aquellas enfermedades consideradas como terminales.

Así pues las etapas propuestas por Kübler Ross citado por Rossi (1989) son:

1) Negación, en donde el paciente trata de evitar el dolor de saberse infectado, manteniendo sus actividades y conductas previas al diagnóstico, lo que implica que continué con actividades de alto riesgo, por esta razón trata de evitar el contacto con especialistas.

2) Ira, la cual comprende sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento y conductas hostiles que reflejan la inconformidad del paciente con su situación particular.

Esta ira se puede desplazar en varias formas y direcciones como: agresión física y verbal hacia individuos en particular o hacia la población en general.

3) Pacto, en donde el paciente en un intento de posponer los hechos pacta con alguna forma sobrenatural y pide un tiempo para intentar hacer cambios en su vida.

4) Depresión, los sentimientos de ira son sustituidos por una sensación de perdida. La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza y pena respecto a la perdida de actividades que la persona solía realizar.

Estas pérdidas muchas veces son provocadas por la angustia y/o culpa que sienten respecto a la infección.

5) Aceptación, el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá hacer cambios que le permitan incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de manera diferente los desafíos del mundo externo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En todas estas etapas está presente la angustia, la cual puede manifestarse por quejas y preocupaciones exageradas sobre su estado de salud, su futuro en la sociedad, con su pareja y la incertidumbre si desarrollaran síntomas o no. Además a esto se agregan las fantasías sobre los cambios en su imagen corporal; si dejaran de ser individuos sanos y atractivos, así como el impacto en la vida sexual (Rossi, 1989).¹

Otro factor que incide en el ámbito psicológico de una persona que vive con VIH/SIDA es lo social, ya que el impacto que tiene esta enfermedad en la sociedad ha causado diversas respuestas que afectan las relaciones interpersonales de las personas, las que contribuyen al aislamiento y estigmatización.

Sin embargo el VIH/SIDA no solo afecta al paciente también repercute en las instituciones ya sea religiosas, políticas y sociales, así como sobre los sistemas de seguros médicos y de vida (OPS, 1993).

En relación a estos últimos los servicios de salud muchas veces son insuficientes para atender las necesidades de la población, dados los escasos fondos disponibles, por lo que se limita la posibilidad de importación de medicamentos y otros suministros para combatir la enfermedad. Además de que es necesario señalar que el impacto económico del VIH/SIDA también se ve reflejado porque la mayoría de las personas afectadas se encuentran en los grupos de edad más productivos (OPS, 1993).

Así pues aunado a estos factores las cuestiones culturales tienen un peso importante en la vida de las personas que viven con VIH/SIDA, por lo que es necesario incidir sobre ellas para tomar medidas más eficaces en el combate de esta enfermedad.

De esta manera la participación del psicólogo resulta muy valiosa no sólo al momento de la entrega de un resultado a la prueba de anticuerpos de VIH/SIDA, sino también antes de realizarse la prueba ya que en muchos de los casos tanto la información como la atención psicológica que se le otorgue a una persona que quiere realizarse la prueba servirá de mucho al momento de la

¹ Con respecto a la sexualidad esta se vera a detalle en el capítulo 3.

entrega del resultado, así como también después de esto, ya que de esta manera se puede lograr una mejor adherencia terapéutica, no solo médica sino también psicológica, puesto que una persona que resulta positiva requiere de una serie de ajustes a nivel psicológico desde la aceptación de éste resultado, la elaboración del duelo a partir de los cambios que posiblemente tendrá que hacer una persona a nivel laboral, sexual, social, económico, etc.

Además de esto el psicólogo tiene la posibilidad de proveer de herramientas y habilidades muy útiles a partir del trabajo que se realice en la práctica clínica, independientemente del enfoque que maneje cada psicólogo, para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Sin embargo el papel del psicólogo no se limita a la intervención ya sea con terapias, grupos de autoayuda, etc., sino también en un nivel preventivo otorgando talleres sobre sexualidad, aspectos básicos de VIH/SIDA, consejería, apoyo a las familias de personas que viven con este virus, trabajo tanatológico, etc..

Además de lo anterior un rol importante que puede desempeñar el psicólogo en esta área es la capacitación del personal que labora con este tipo de poblaciones, ya que su participación cobra una gran importancia para la sensibilización y educación para lograr una mejor atención, y lograr con esto la desestigmatización de este mal.

Por otra parte el trabajo que debería de realizarse con las personas que trabajan con este tipo de personas es de suma importancia, ya que al trabajar tan de cerca con cuestiones de sufrimiento es innegable que también en el personal se están movilizand cosas, no solo con respecto a los otros sino también en relación a uno mismo, de ahí que la labor del psicólogo al igual que la de otros profesionales sea imprescindible.

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

CAPITULO TRES

LAS MUJERES Y EL VIH/SIDA EN MÉXICO.

Como ya se mencionó anteriormente el número de casos de infección por VIH en mujeres ha ido en aumento.

A nivel mundial este grupo de población representa en la actualidad el 46% de los 36.1 millones de seres humanos que viven con VIH/SIDA, mientras que en México el porcentaje se ubica en 15%.

Si bien es cierto que la proporción de mujeres infectadas sigue siendo menor que la de los hombres, ha aumentado a una velocidad preocupante en casi todo el mundo, siendo crítica en algunos países de África Sub-sahariana donde incluso esta sobrepasando a la de los hombres (Herrera y Campero, 2000).

Los datos disponibles en México revelan que los primeros casos de SIDA entre mujeres se registraron en 1985, dos años después de que se reportara entre hombres.

Entre los factores de incremento del VIH/SIDA entre mujeres se menciona la vulnerabilidad femenina que tienen estas en diversos ámbitos, uno de ellos el biológico.

Según Rico y Liguori (1998) menciona que las mujeres tienen el doble de riesgo de ser infectadas por un hombre que a la inversa, ya que la cantidad de células infectadas por VIH en el semen es mayor que en los fluidos vaginales, por lo tanto es más infectante. Otra razón es que la calidad epitelial de la mucosa vaginal es más vulnerable a infecciones que el pene; y la última es que el semen se mantiene vivo en el tracto vaginal o rectal por más tiempo que los fluidos vaginales en el pene, por lo que el tiempo de exposición de las mujeres al virus es mayor.

Por otro lado otro factor importante en la transmisión de VIH en las mujeres que se menciona es la vulnerabilidad social derivada del papel subordinado que en general desempeña este grupo, ya que suele carecer de oportunidades en materia de enseñanza, información, acceso a los servicios de salud, ingresos, derechos sociales, etc. (Petros-Barvazian y Merson, 1990).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Además de estos factores culturalmente la ideología de las relaciones de género dificultan la posición de las mujeres para negociar prácticas de sexo más seguro con sus parejas (Herrera y Campero, 2000).

No obstante al referirnos a estos ámbitos nos remite necesariamente a como se da la construcción de estos, lo cual tiene sus bases en la sexualidad, por lo que a continuación la abordaremos.

3.1. Definiciones de sexualidad.

Para hablar de sexualidad nos encontramos ante una serie de dificultades (al igual que en otros aspectos de la existencia del ser humano), dado que existe una multiplicidad de maneras de abordar un tema tan variado y complejo, por lo que algunas definiciones que existen sobre ella incluyen ciertos aspectos y otras tantas los excluyen.

En general el término sexualidad es considerado como un sinónimo de sexo, y ambos son reducidos a la relación coital, sin embargo muchos investigadores han hecho diferenciaciones entre ellos.

Así pues tenemos que CONAPO (1982) señala que el sexo es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón y a la mujer y que, al complementarse tienen en sí la potencialidad de la reproducción, mientras que la sexualidad es considerada como *"el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológicas, psicológicas y socioculturales que diferencia a cada individuo como varón y como mujer en su grupo social"* p. 27.

Por otro lado Monroy (1990; citado por Lara y Jaramillo, 1996) conceptualiza la sexualidad como una dimensión constituida por tres elementos, *"sexualidad son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o como mujeres"* p.17.

Además de esto cabe señalar que la conceptualización de la sexualidad varía dependiendo del momento histórico y sociocultural en que se manifieste

Al respecto Salazar (2001) señala *"referirse a la sexualidad es hablar de valores, percepciones y prácticas pero sobre todo de la subjetividad de los individuos que conforman los distintos grupos sociales y generacionales, subjetividad que es resultado de un complejo proceso de hacerse mujeres y hombres en una cultura determinada"* p.6.

En ese mismo sentido Weeks (1993; citado por Flores y Parada, 1998) apunta *"la sexualidad es una experiencia histórica y personal a la vez, que no se pueden entender solamente si se observan sus componentes "naturales", ya que estos solo pueden adquirir significado en interacción con procesos inconscientes y culturales"* p.204.

Así mismo es importante señalar que la sexualidad también es conformada en relación con los otros tal como lo dice Loperfido (1988; citado por Arce, 2001) *"la sexualidad debe entenderse como la modalidad global del ser personal, en el tejido de sus relaciones con los otros y el mundo y por lo tanto empieza con la vida misma de la persona y se va modelando y desenvolviendo a lo largo de toda ella"* p. 49.

En relación a esto cabe mencionar que existen otros componentes que se integran al concepto de sexualidad y que según Govigli (1998; citado por Arce, 2001) es lo que nos hace establecer relaciones con otras personas, y estos son el amor, la afectividad, la corporeidad y la húsqueda del placer.

Partiendo de las anteriores definiciones podemos decir que la sexualidad es una dimensión fundamental en la constitución del ser humano y que abarca la totalidad de su ser, de tal manera que resulta difícil diferenciar los aspectos sexuales y los no sexuales en la vida de una persona. La sexualidad no se reduce a la genitalidad, ya que sus manifestaciones son expresadas tanto psicológica, como social y culturalmente a través de la forma en que nos expresamos, actuamos y sentimos como hombres y como mujeres; es pues un proceso que es construido en la relación con los otros y que adquiere significados diversos según el contexto histórico y socio cultural en que se manifieste, por lo que al abordarla tenemos que tomar en cuenta todo esto para poder tener una visión más amplia de este fenómeno.

3.2. Aspectos sociales y culturales de la sexualidad.

Como ya se menciono anteriormente la manera en como se conceptualiza la sexualidad dependerá del momento histórico, social y cultural en el que nos situemos.

Así pues tenemos, que mientras en la antigua Grecia existía cierta tolerancia hacia la sexualidad, ya que *"el sexo tenia su valor propio y estaba ligado a la estética, no a la reproducción. Por lo tanto la belleza se exaltaba en si misma en cualquier sexo y con preferencia en el hombre joven, y no como sistema para atraer al otro sexo. La atracción sexual entre personas no se basaba en los órganos genitales, sino en las características estéticas y, por lo tanto no se limitaba al sexo opuesto"* (Giraldo, 1997; p. 50.).

Sin embargo con el surgimiento del judaísmo hubo cambios en los valores y pautas respecto a la conducta sexual, tal es el caso de la prohibición del adulterio y la homosexualidad (Masters, Jonson y Kolodny, 1995).

Fue hasta fines del siglo XVIII que la religión legislo y conceptualizo la sexualidad; y el Estado sirvió entre otras cosas para convertir en ley, en crimen o en delito lo que las autoridades eclesiásticas llamaron "pecados contra la naturaleza", además de que tuvo como tarea el controlar la vida sexual de los individuos con la creencia de que ese mal demoníaco del sexo podía pervertir a la sociedad y corromper a los individuos y, por lo tanto, debía ser reprimida (Giraldo, 1997)

En relación a las diferencias culturales en la misma época en que estas concepciones judeo-cristianas eran prohibitivas en occidente, en la cultura oriental se aprobaban casi todos los comportamientos de índole sexual, así por ejemplo en la sociedad hindú el kamasutra constituye un manual detallado sobre el comportamiento sexual; por otro lado en China las conductas sexuales eran consideradas como actos de culto y veneración (Bullough, 1976; citado por Masters, Jonson y Kolodny, 1995)

De esta manera podemos observar que cada cultura establece una serie de pautas y normas que no son estáticas, sino que cambian de acuerdo a otros aspectos tales como los cambios políticos, económicos, históricos, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La sexualidad como hemos podido ver a lo largo de la historia ha sido materia de reflexión, sin embargo es hasta fines del siglo XVIII que se comienzan a producir discursos de lo sexual y la primera en tomar este discurso fue la ciencia médica a principios del siglo XIX.

Weeks (1998) menciona que a mediados del siglo XX se estructura una nueva historia de la sexualidad, la cual se origina en diferentes disciplinas tales como: la filosofía, la sociología, la literatura, la antropología, así como también en el psicoanálisis; además en los movimientos sociales de principios de los años 70, en los que se cuestionaban las categorías sociales y sexuales vigentes.

Es a partir de esto que la sexualidad se señala como construida social y culturalmente, y se lleva a analizar en relación con la política, la ideología, el poder, las instituciones y la cultura de tal suerte que se producen una serie de discursos sobre ella.

Así pues dichos discursos se localizan en el campo de las relaciones de poder, al respecto Foucault (1987) nos dice *"los discursos del sexo están encaminados a expulsar de la realidad las formas de sexualidad que no tengan como fin la reproducción; es decir aquellas no sometidas a la economía de la reproducción, a través de tantos discursos se asocio la irregularidad sexual, a la enfermedad mental, se definió una norma de desarrollo de la sexualidad y se caracterizaron los posibles desvíos. Todo ello para asegurar la población, reproducir la fuerza de trabajo, mantener la forma de las relaciones sociales, en síntesis: montar una sexualidad económicamente útil y políticamente conservadora"* p.49.

Es así que los discursos sobre el sexo se han articulado desde el poder para controlar, a través de los aparatos ideológicos, las posibilidades eróticas y sexuales de las personas, y esto es logrado por medio de valores, normas y pautas de comportamiento sexual, que son reproducidas por las instituciones, como la escuela, la familia, la religión, el estado, etc.

De esta manera es el Estado quien a través de las leyes, establece este control, las categorías de lo permitido y lo prohibido, lo puro y lo obsceno, con lo cual se determina una reglamentación moral que moldea la opinión pública con respecto a la sexualidad (Weeks, 1998).

Dicha moral se organiza a lo largo de la vida de la persona y forma así una parte fundamental de su psique.

Es a partir de la relación entre sexualidad, ideología y poder que surge la diferencia social entre los sexos; y es a través de esta que se establecen una serie de representaciones sociales y procesos de identificación que van a conformar una subjetividad propia.

Dörin (1989) señala *"la sexualidad en términos de reproducción, se debe a características biológicas. Sufre modificaciones en su forma de manifestación, que obedecen a normas y principios culturales mas que biológicos"* p.23.

Así pues *"la sexualidad participa de la historia de los seres humanos concretos. Seres humanos concretos que se agrupan en sociedades bien definidas participan socialmente de valores culturales semejantes que ellos mismos, al asimilarlos y vivirlos, los refuerzan y reproducen"* (CONAPO, 1982, p.25).

Lo anterior es modelado por la cultura, la cual comprende toda la producción conceptual, ideal y simbólica que cada sociedad origina para justificar y designar los fenómenos de su existencia.

El proceso por el cual un individuo adquiere las pautas de conducta aprobadas por el grupo cultural se llama socialización (Giraldo, 1997).

En este sentido Carrizo, López Y Dávalos (1982) señalan que la socialización es un mecanismo socio-cultural a través del cual se internalizan valores, actitudes, normas, creencias y pautas de comportamiento, mientras que el control social le da permanencia.

Según Gantier (1982) dicho control social se relaciona con la presión social, presión para que los individuos se conformen con las pautas, roles, instituciones y relaciones que sean consideradas de alto valor en la cultura. Esta normatividad se presenta en cuatro sistemas fundamentales. El derecho, la moral, la religión y la costumbre.

Además señala dos formas de control social sobre la sexualidad: 1) la formal, en la cual la sociedad eleva a categoría de ley aspectos del trato social relacionados con la vida sexual de las personas, tal es el caso del matrimonio; y 2) la informal, resultado de la costumbre, es decir del uso constante y repetido en el tiempo de actos de la vida social relacionados con la conducta sexual, como lo son: el tipo "ideal" de pareja, las actitudes hacia la virginidad y las relaciones prematrimoniales.

La cultura al establecer por medio de las instituciones una serie de valores, normas y creencias que regulan la conducta de las personas, incluyendo la sexual, ve como una necesidad organizar

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

estas a través de la diferencia sexual entre hombres y mujeres, por lo que se hace uso de la categoría de género.

El término género aparece a fines de los años 60, pretendiendo diferenciar las construcciones sociales y culturales de la biología, así como distinguir que las características "femeninas", eran adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de ser "natural" de su sexo (Lamas, 1996).

Según Davies (1989; citado por Hernández, Sánchez y Serrano, 1998), la categoría de género *"se refiere a las diferencias que las estructuras sociales, culturales, psicológicas e ideológicas imponen a los roles femenino y masculino"* p. 5.

Dentro de la categoría de género se ubican la asignación de género, la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual. De la misma manera estos rasgos asignados socialmente, son vistos como "naturales", y en muchas ocasiones todo lo que se aparta de estos límites es visto como "anormal", tal es el caso de la homosexualidad.

Por otro lado, otro de los aspectos que toma un papel importante en este poder controlar socialmente la sexualidad, es el establecimiento de mitos, tabúes, creencias y normas.

Al respecto Carrizo, López y Dávalos (1982) definen a los mitos como *"explicaciones o interpretaciones de la realidad -a veces socializadas-, acordes con una cultura específica y con las instituciones sociales que la caracterizan. Por lo general se transmiten oralmente como cuentos o narraciones populares"*. Por otra parte definen a los tabúes como *"prohibiciones absolutas y sagradas cuya función es preservar las instituciones sociales vigentes. Aún cuando guardan relación estrecha con los mitos, no encierran una explicación formal, es decir, no expresan el por que de su existencia. La motivación para el individuo se deriva del castigo desproporcionado que acompaña a estos"* p.78.

Además agrega *"los mitos convierten la realidad social en algo aceptable y "natural". Los tabúes condenan o prohíben conductas que pondrían en peligro alguna institución social"* p.79.

Además de los mitos y tabúes, dentro de una cultura se encuentran también los valores y las creencias, los primeros se refieren a los parámetros de aprobación o rechazo del comportamiento individual, y los segundos son proposiciones aceptadas emocionalmente por los individuos sea que tengan o no un fundamento objetivo (Gantier, 1982, Carrizo, López y Dávalos, 1982).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a los modelos y pautas de comportamiento Carrizo, López y Dávalos (1982) se refieren a estas como "modelos ideales" o "construcciones mentales" entre las que se pueden distinguir tres: 1) las normas de "comportamiento debido" socialmente aprobado; 2) las costumbres que designan lo que se hace; 3) los usos o convencionalismos que generalmente forman parte de las "buenas maneras".

Según hemos visto cada sociedad construye una cultura de la sexualidad, que en opinión de Gantier (1982) es educada, orientada y organizada a partir de las necesidades de ésta y no de las necesidades de los individuos que la conforman.

Por tal motivo el goce de la sexualidad se encuentra limitado y obstaculizado por la forma en que es concebida por la cultura, tal es el caso de la cultura mexicana en donde por todas estas cuestiones culturales se ha dificultado el incidir en prácticas sexuales seguras y protegidas, por lo que se ha visto afectada la sexualidad de los individuos por infecciones de transmisión sexual.

3.2.1. La sexualidad y la cultura en México.

En nuestro país la sexualidad ha sido poco estudiada y dada la gran variedad que caracteriza a la población mexicana resulta difícil generalizarla. Sin embargo una de las instituciones que provee de elementos en su construcción es la familia.

En relación a esto Macias (1986) nos dice que es en la familia *"donde se establecen los vínculos afectivos primarios que servirán de modelo para la forma en que nos vamos a relacionar con los demás seres humanos. A través de vivenciar lo masculino y lo femenino dentro de la familia primero y en su mundo inmediato circundante después, niño y niña desarrollan elementos de su propia identidad psico sexual"* p. 167.

Así pues tenemos, que desde antes de nacer un bebé se tienen ya pautas, normas, valores y patrones de comportamiento que van a diferenciar la educación sexual para un varón o una mujer. De tal manera que ambos sexos, desde la niñez expresarán por medio de los juegos y juguetes ciertas actividades típicas de su género, por ejemplo las niñas juegan con muñecas o juegos de té,

juegan a la "comidita", a "la mamá", a "la casita", etc., en tanto que los niños juegan con carritos, pistolas, etc.; aunque cabe señalar que en ciertos momentos la niña puede adoptar juegos masculinos, no así para los niños (CONAPO, 1986; citado por Pick, Givaudon y Díaz, 1988).

Con respecto a la actitud de los padres hacia la educación sexual de los hijos dentro de la familia, Carrizo(1982) señala que existe una clara falta de comunicación; en general prevalece la desconfianza y se considera lo sexual como un tabú, de tal forma que la información en esta materia es buscada fuera de este ámbito.

Aunque la educación sobre la sexualidad en la familia no se da de manera formal y explícita, los padres utilizan las verbalizaciones y las acciones como formas de transmitir las ideologías sexuales.

Sin embargo, como lo sexual es un tema prohibitivo, existen incongruencias entre lo que se dice y se hace, lo que recae en que los hijos no tengan una visión integral de la sexualidad pues se asocia a ella lo malo, lo sucio y la culpa.

Por mencionar algunos ejemplos respecto a esto se tiene que cuando al niño (a) le suceden hechos de connotación sexual los padres reaccionan negando o distorsionando la realidad, Tal es el caso de que cuando los padres bañan a su hijo (a) van diciéndoles el nombre de cada una de las partes del cuerpo, pero al llegar a los genitales los omiten. Otro ejemplo es cuando se hace la pregunta ¿de donde vienen los niños? Generalmente los padres responden que los trae la cigüeña, o que vienen de París.

Lo mismo sucede cuando los niños encuentran satisfactoria la manipulación de los genitales y los padres lo descubren, estos reaccionan reprimiendo la acción, así como señalando que eso es algo sucio (Carrizo, Murga y Schlosser, 1987).

Otro ejemplo es el caso de una niña que por curiosidad les preguntó a sus padres lo que hacían en las noches, ellos le respondieron que eso no se preguntaba. Todas estas actitudes de los padres hacia las expresiones sexuales de los niños emiten mensajes (tanto verbales, como no verbales), que representan para el niño un aprendizaje sobre su sexualidad, que son consecuencia de ciertas creencias respecto a la supuesta "asexualidad" de los niños, ya que durante mucho tiempo se consideró que la sexualidad se iniciaba en la pubertad (Pick, Givaudan y Díaz; 1998)

Estos ejemplos son tan solo una muestra de las incongruencias que existen al interior del seno familiar y sobre todo nos muestran la repetición de ciertos patrones sobre la sexualidad que son heredados por generaciones, lo cual nos lleva a señalar que dada la desinformación de los padres en este tema, estos prefieren delegar la responsabilidad de la educación en otras instituciones.

Una de las instituciones que tiene mayor peso en el proceso de socialización en México es la religión, la cual a decir de Tiefer (1980) *"toda religión intenta dar a los individuos un conjunto de guías morales para ayudarles a estructurar las decisiones que toman durante su vida. En la mayoría de las sociedades la religión delimita los compañeros y las situaciones sexualmente permisibles"* p.26.

En relación a esto Deveraux (1983; citado por Lara y Jaramillo, 1996) ofrece argumentos que reflejan a la religión como la planteadora de los papeles del hombre y la mujer mediante figuras humanas sagradas. Dicha religión puede llegar a coartar la sexualidad de quien la ejerce, los diferentes grupos religiosos niegan o reprimen el ejercicio de la sexualidad calificando al cuerpo humano como malo y sucio, y solo permiten la unión sexual como medio de procreación, condenando el goce de la comunicación corporal.

Sin duda el catolicismo en nuestro país tiene una gran influencia en la sexualidad de los individuos y es a través de esta doctrina religiosa que se introducen conceptos como el "pecado" y "la culpa", los cuales tienen un alto grado de connotación simbólica en la vida sexual; de tal suerte que todas aquellas conductas sexuales que se alejan de los límites establecidos por la institución son reprobadas socialmente, por ejemplo aquellas que están al margen de la institución del matrimonio (Fernández de González, 1982).

A decir de la religión sus ideas se basan en la sexualidad reproductiva, es decir, el coito heterosexual sin prevención del embarazo, como una práctica sexual "natural" y que todas las demás variantes no lo son y representan desviaciones que es necesario corregir (Amuchástegui, 1998).

Así pues tal como lo señala Dörin (1982) la sexualidad en nuestro país se vive frecuentemente con culpa, miedo, vergüenza y en general en forma muy poco placentera, además de que las formas en que es expresada dependerá de la condición sexual a la que pertenezca un individuo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En este sentido la manera en que hombres y mujeres asumen la sexualidad en México ha tenido repercusiones en el área de la salud.

3.2.1.1. La sexualidad, el género y el VIH/SIDA en México.

Como ya se menciono la sexualidad es un proceso sociocultural que se construye de manera diferente según el género al que pertenezcan.¹

La masculinidad y la feminidad son armas políticas de poder, que están dadas en la dominación de la mujer por el hombre, además de que incluyen conceptos, restricciones y rigurosidades que empobrecen a la persona para hacerla "masculina" o "femenina" (Giraldo, 1997).

Al respecto este autor nos dice que la educación religiosa, familiar, escolar e informal, a través de los medios de comunicación, enseña todavía a la mujer que su papel primordial, casi único, es ser esposa y madre; que es una desgracia ser soltera; que el sexo para ella debe limitarse al matrimonio o a una relación amorosa; que los deseos sexuales deben inhibirse y que el amor es lo único que legitima el sexo; que debe ser pasiva, no tomar la iniciativa; que debe negar que desea el placer sexual; que debe ceder a las necesidades sexuales de su esposo; que debe fingir el orgasmo si no lo logra; que el coito y el pene son lo que hace al sexo agradable; que la desnudez es vergonzosa; que debe tener un cuerpo con ciertas dimensiones para ser sexualmente atractiva, que tiene que ser la encargada de los quehaceres del hogar y de los hijos.

Sin embargo este tipo de cargas no es exclusiva de las mujeres, al hombre también se le ha enseñado a desempeñar un papel sexual determinado a saber: que debe tener sexo con todas las mujeres que pueda, que no debe perder la ocasión; que hay mujeres buenas y malas y que las "buenas" no deben ser sexuales; que debe medir su valor personal y masculino por el tamaño de su pene, por el número y duración de sus erecciones; que debe tomar el papel activo en la relación sexual; que lo importante es el coito y los órganos genitales y el resto del cuerpo no cuenta sensorialmente; que no debe tener sentimientos de ternura y temores, que siempre debe ser valiente, agresivo y peleador; que no debe ser virgen, pero que debe defender la virginidad de las

¹ El concepto de género fue revisado en el apartado correspondiente a los aspectos sociales y culturales de la sexualidad.

mujeres de su familia, que no debe hacer trabajos domésticos y que debe ser el proveedor económico (Giraldo, 1997)

Respecto a estos roles sexuales Gantier (1982) señala que en la cultura latinoamericana, estos se han condicionado de manera contradictoria ya que *"la sexualidad de la mujer estará presente a lo largo de toda su vida. Esta realidad es la base de lo que se ha dado en llamar "la doble moral sexual", que consiste en el compromiso sexual del hombre pero no el afectivo; en tanto que para la mujer si existe el compromiso afectivo, pero no el sexual"* p.67.

Desde esta "doble moral sexual" a la mujer se le exige que llegue virgen al matrimonio y no tener relaciones sexuales fuera de este, es decir debe ser fiel; mientras que el hombre debe tener el máximo de experiencias sexuales antes y durante el matrimonio (López, 1982).

Como ya hemos visto, es en la familia donde se reproducen las pautas y modelos de comportamiento asignados culturalmente a hombres y mujeres, sin embargo es necesario señalar que estas ideologías sexuales no son estáticas, por lo que muchas de ellas han sufrido modificaciones, tal es el caso de la conducta reproductiva.

Aunque en la actualidad la incorporación de la mujer al mercado de trabajo a permitido que los roles de género se modifiquen y esta tenga un control sobre su función reproductiva – gracias a los métodos anticonceptivos- es un hecho que dichos roles siguen teniendo un fuerte impacto en cuanto a su vida sexual.

Esto es posible observarlo sobre todo porque las mujeres frecuentemente comparten la creencia de que hablar sobre sexo y manifestar sus deseos sexuales, no es apropiado para las mujeres y podría derivar en dudas y preguntas sobre su moralidad (Egremy, 2001).

Lo anterior tiene impacto sobre todo en las relaciones sexuales, ya que como señala un artículo de Internet titulado "Mujer y SIDA en México (1999) muchas mujeres casadas no tienen la posibilidad de decidir si quieren tener relaciones o no, y mucho menos de pedir protección.

Sin embargo esto no solo se ve en las relaciones matrimoniales, sino también en que con mucha frecuencia las mujeres se sienten presionadas por sus parejas para tener relaciones sexuales como una "prueba de amor y de confianza", sin considerar la posibilidad de un embarazo y el riesgo de transmitir o contraer alguna infección de transmisión sexual (Ferrerías, 2001)

TESIS CON
FAT' A DE ORIGEN

Respecto a estas primeras relaciones sexuales Salazar (2001) señala que la edad de debut sexual tanto en hombres como en mujeres se ubica entre los 15 y 19 años.

Brito (2001) menciona que entre las mujeres la primera pareja sexual es el esposo, mientras que los hombres la tienen con amigas, además agrega que los hombres lo hacen por placer y las mujeres por amor.

En este sentido culturalmente la mujer a relacionado como un continuo infalible la confianza, la sexualidad y el amor, según Worth (1999) para las mujeres *"la conducta sexual no esta necesariamente orientada por una necesidad de satisfacción sexual, sino más bien por una necesidad de ser "amadas" por un hombre, a fin de sentirse completas. Para atraer el amor romántico, las mujeres suprimen sus propias necesidades sexuales en contra de su propia salud, contra su sobrevivencia física"* p.135.

Es así que para las mujeres un componente del sexo es conocer bien a un hombre y confiar en él antes de tener relaciones sexuales con él, esto ligado a la construcción social de la intimidad, vista por las mujeres por un exceso de confianza en la pareja (Weingarte, 1991; citado por González, 1996).

Este amor romántico supone ciertos peligros, ya que en nombre de el, no es percibido el riesgo que trae consigo tener relaciones sexuales sin protección por un lado, y por el otro los roles tradicionales de genero hacen difícil que la mujer pueda sugerir el uso del condón a su pareja sexual (Egremy, 2001; Ferreras, 2001).

Estas cuestiones derivan en que la mujer se exponga a un sin numero de infecciones de transmisión sexual, entre las que se encuentra el VIH/SIDA, aunque desafortunadamente en México sigue prevaleciendo la idea de que esta infección es un fenómeno restringido a grupos particulares y con frecuencia marginados, tales como las sexo servidoras, los homosexuales y los bisexuales. Lo que refuerza los prejuicios y la visión estereotipada sobre la identidad sexual y las relaciones sexuales "inmorales" asociadas al riesgo de infección, que impide a las mujeres reconocer que cualquier persona que no tome medidas preventivas esta expuesta a la infección (IMIFAP, 1996).

En relación a esto la homosexualidad en nuestro país sigue siendo inaceptable y dado que esta población es la más afectada por el VIH/SIDA, esta infección se torna invisible e inexistente para los heterosexuales.

Sin embargo es importante mencionar que en muchas ocasiones en una relación homosexual, el hombre activo no se siente homosexual, conserva su idea de macho por ser quien penetra, el agresor, el que somete al otro hombre, al homosexual, al que recibe, y por ello el que da no se siente en riesgo (Murillo, 2001).

Es por esta razón (la de salirse de la imagen del homosexual) que las mujeres comparten la idea de que a los homosexuales no les gustan las mujeres, por lo que no imaginan siquiera que sus maridos puedan tener relaciones sexuales con otros hombres.

En relación a esto Murillo (2001) señala que la presión social es tan fuerte que muchas veces un hombre con una preferencia homosexual, decide contraer matrimonio para guardar las apariencias, lo que seguramente derivará en que tenga relaciones extramaritales, algunas de las cuales serán de alto riesgo para él y para su esposa.

De igual forma el grupo de bisexuales tiene que mantener oculta esta preferencia, con las mismas probables consecuencias ya anotadas.

Este tipo de conductas, en nuestro país a funcionado como puente para el paso de la infección por VIH/SIDA de la población homosexual a la heterosexual, afectando de manera importante a las mujeres

Respecto a esto UNICEF (1991) nos dice en cuanto al número de casos de mujeres infectadas por VIH/SIDA la mayoría son el resultado de las relaciones heterosexuales con parejas regulares, generalmente entre un esposo infectado y la esposa. Además agrega que una mujer con VIH/SIDA no solo vive la angustia de que probablemente va a morir, sino que tiene que padecer el daño a su capacidad reproductiva y a su condición materna.

Heagarty (1990) señala también que no solo la reacción ante la muerte complica la situación en las familias que se enfrentan al VIH, sino que también los sentimientos de culpabilidad y los reproches. *"Las mujeres infectadas por los hombres, tal vez los censuren por esto o por haber transmitido indirectamente el virus a sus hijos. Las desavenencias conyugales o familiares resultantes pueden provocar graves rupturas, a veces permanentes en la familia"* p.18.

En esto coinciden Rico y Liguori (1998) al decir que *"las mujeres desarrollan un enorme rencor cuando son contagiadas por sus parejas, si solo han tenido relaciones sexuales con ellos. Sin embargo cuando la familia se desintegra, generalmente es porque el hombre se va, Las mujeres*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

suelen perdonar al marido aunque las haya contagiado; en cambio, si la mujer se infecta y el marido no, lo más común es que él abandone la familia. En cuanto al cuidado de los hijos enfermos de sida, al igual que con las demás enfermedades, la responsabilidad recae sobre las madres. Cuando el marido enferma, es también la mujer quien lo cuida y si son varios los miembros de la familia afectados, la mujer los atenderá y antepondrá el cuidado de los demás al suyo propio" p.42.

Lo anterior tiene sus bases como lo hemos venido señalando a lo largo del capítulo, en que la madre constituye un eje central en la familia mexicana, de la cual depende en general la vida hogareña (Carrizo, 1982).

Así pues *"la infección por VIH afecta a las mujeres no solo individualmente, sino también en su papel de madres, esposas, educadoras, sostén económico y depositarias de la cohesión familiar"* (OPS, 1993; p. 39).

"En este sentido una persona con VIH/SIDA que se ha infectado por vía sexual, puede enfrentarse a la necesidad de revelar no solamente su enfermedad, que es muy estigmatizada, sino también revelar aspectos de su sexualidad que socialmente no son aceptados, tales como la homo o bisexualidad, o bien, el encontrarse involucrada en prácticas de riesgo, tales como el tener diversas parejas sexuales o ejercer el trabajo sexual. Incluso si la persona no ha sido infectada por vía sexual puede sentirse obligada a justificar su actividad sexual que a partir de ese momento se encontrará "bajo sospecha y limitara su rango de posibles parejas". (Velasco, 2000; p. 69).

Por tal razón el plano sexual en una persona que vive con VIH/SIDA se ve afectado, ya que en algunos casos se pierde el interés por las relaciones sexuales, en otras ocasiones el deseo sexual permanece pero por miedo a infectar a otras personas o a reinfectarse se puede decidir no ejercer la sexualidad (CONASIDA, 1993; Velasco, 2000).

Por otra parte las graves consecuencias psicológicas y afectivas de esta enfermedad, se complican aún más por el rechazo social y la discriminación que suele provocar el SIDA. Por temor al rechazo muchas personas piensan que deben ocultar la enfermedad a sus parientes, amigos y a los vecinos, de tal manera que se van aislando (Heagarty, 1990).

Finalmente el VIH/SIDA considerado como una "enfermedad social", nos hace remitirnos a la construcción histórico, social y cultural de la sexualidad para dar cuenta de cómo esta infección

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por estar estrechamente ligada a la sexualidad tiene repercusiones en diversos planos de la vida de una persona que son permeadas por toda esta carga socio-cultural.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO CUATRO.

EL ENFOQUE CLINICO SOCIAL COMO MARCO TEORICO METODOLOGICO.

4.1. La aproximación clínica como metodología de investigación.

La aproximación clínica dentro del marco de las ciencias humanas y sociales, surge no como una disciplina en particular, sino que retoma categorías conceptuales de diferentes disciplinas (como la psicología social, la psicología clínica, la sociología, la antropología, la etnografía, etc.), para comprender mejor al sujeto social (Rhéaume, 1995).

Dicho acercamiento clínico entendido como método de investigación permite abordar por un lado problemas sociales complejos, profundizando en situaciones singulares y concretas, reaccionando así ante situaciones sociales de sufrimiento y malestar social, y por otro lado caracterizando dicho acercamiento como una actividad interactiva entre el investigador y el sujeto de investigación (Rhéaume, 1995).

Al hablar de complejidad se hace referencia a que el sujeto humano esta atravesado por múltiples dimensiones, es decir, como un individuo que se encuentra ubicado en relación con otros, y que forma parte de un orden de instituciones en una sociedad (Rhéaume, 1995).

A su vez De Gaulejac (1999) señala que el sujeto esta en cruce con tres universos teóricos, a saber: 1) el universo de la ley, del lenguaje y de lo simbólico; 2) el universo del inconsciente (la fantasía, las pulsiones y lo imaginario); y 3) el universo de la sociedad, de la cultura, de la economía, de las instituciones y de las relaciones sociales. El sujeto se constituye a partir de la articulación de esto universos.

Basándonos en la epistemología de la aproximación clínica, tenemos que existen dos concepciones del sujeto social. Por un lado se encuentra la que considera al individuo no solo como producto de la historia, sino también como actor y productor de esta, por lo que al entrar en esta complejidad el sujeto esta "condenado" a elegir entre los múltiples determinismos y contradicciones, de tal modo que afirmará su autonomía (De Gaulejac, 1993).

Por otro lado, el nivel inconsciente que exponíamos anteriormente, nos remite a la cuestión subjetiva, por lo que la aproximación clínica retoma la subjetividad en las relaciones sociales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Rhéaume (1995) al respecto menciona *"el objeto de las ciencias humanas, es ese sujeto que habla, que actúa y que además y eso es de vital importancia, ese sujeto son varios. Y que por lo tanto una actividad científica en Ciencias Humanas tiene que tener acceso a esa conciencia subjetiva y transubjetiva de los sujetos sociales"* p.34.

De la misma forma De Gaulejac (1997) señala *"tomar en cuenta la subjetividad es aceptar interrogarse sobre la dimensión existencial como elemento ineludible para comprender las conductas, los comportamientos, las actitudes y las relaciones sociales"* p. 24.

Así pues, para la aproximación clínica el individuo es visto como un sujeto socio histórico que obedece a leyes particulares que el mismo contribuye a producir, además de que su subjetividad es un elemento fundamental en la construcción de su realidad.

Finalmente nos posibilita aclarar las determinaciones y subjetivaciones en las relaciones entre investigador e investigado, así como el campo de la implicación en el quehacer del investigador.

4.1.1. Antecedentes del enfoque clínico social.

El enfoque clínico social aparece recientemente como una rama en construcción de la sociología, sin embargo la aproximación clínica está presente en esta disciplina desde sus inicios. Ejemplo de ello es la obra de G. Tarde, quien incluyó los procesos psíquicos como tema de interés en el análisis de las relaciones sociales, y sobre todo estudio las formas de sociabilidad y la influencia que tienen las fuerzas psíquicas, en particular el amor y el deseo de sumisión. G. Tarde tuvo entre sus interlocutores a G. Le Bon, quien fue uno de los primeros en desarrollar una visión clínica de la sociedad. Las ideas de G. Tarde en un inicio fueron criticadas por autores como Durkheim, aunque más adelante este en su última obra *"las formas elementales de la vida religiosa"*, intento mostrar los nexos que existen entre psiquismo individual y psiquismo colectivo, y el papel que juegan las creencias y las pasiones en la vida social (Enríquez, 1993).

Más adelante fue Marcel Mauss quien también se intereso en el análisis del psiquismo en la conformación de lo social.

Las ideas de estos autores tuvieron cierta influencia sobre los integrantes del Colegio de Sociología Sagrada, quienes se proponían establecer los puntos de coincidencia entre la psicología individual y la sociología. A su vez dicho colegio pretendía encontrar todas las

manifestaciones de la existencia social, entre las que se encontraba la presencia activa de lo sagrado (de ahí su nombre, Colegio de Sociología Sagrada). De esta manera su estudio abarcaba tres problemas: el del poder, el de lo sagrado y el de los mitos (Enríquez, 1993).

Con estos planteamientos se puede observar que aunque se presentaban divergencias, se unían o convergían en querer hacer de la sociología el instrumento privilegiado para comprender los procesos sociales. Además de poner en evidencia *"que las instituciones sociales no pueden ser aprehendidas correctamente de ninguna manera si uno no considera la manera en que los individuos las viven, las sufren, se las apropian, las transforman"* (Enríquez, 1993; p.6.)

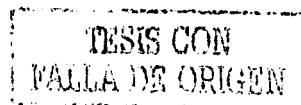
Sin embargo las ideas de Tarde, I.e Bon y el Colegio de Sociología Sagrada no tuvieron mucho éxito, no fue sino con los planteamientos de Mauss que la sociología empieza a desarrollar un nuevo enfoque, cuyo objetivo era retomar al sujeto y por lo tanto a la subjetividad. A decir de este autor esta aproximación al estudio del sujeto queda expresada en la noción de acto total, el cual no es simplemente una reintegración de aspectos discontinuos (familia, trabajo, religión, etc.) sino que es expresada en una experiencia individual (historia individual) que permita observar el comportamiento de los seres en su totalidad y no divididos en sus diversas facultades (Mauss, 1979 citado por Taracena, 1998)

Posteriormente fueron los sociólogos Max Weber y G. Simmel (con la sociología comprensiva y la sociología formalista respectivamente) quienes dan continuidad al enfoque clínico en la sociología. Para ambos es sumamente importante poner énfasis en el reconocimiento de la alteridad como elemento central del nexo social y sobre la necesidad de aprehender el sentido de las conductas humanas para comprender el funcionamiento colectivo (Enríquez, 1993).

4.2. Objeto de estudio del enfoque clínico-social.

Como ya se mencionó el enfoque clínico social tiene sus bases en la sociología clínica la cual surge de la necesidad de incluir aspectos sociales e individuales para dar cuenta de la realidad del sujeto.

En este sentido De Gaulejac (1993) señala *"la sociología clínica tiene por objeto desenredar los nudos complejos entre los determinismos sociales y los determinismos psíquicos en las conductas de los individuos y los grupos así como las representaciones que ellos se hacen de sus conductas."*



Se inscribe en el corazón de las tensiones entre objetividad y subjetividad, entre estructura y acción, entre el individuo producto socio-histórico y el individuo creador de historia, entre la reproducción y el cambio, entre las dinámicas inconscientes y las dinámicas sociales... " p.21.

Dado que la sociología clínica trata de aprehender la realidad combinando el análisis objetivo y la toma en cuenta de la subjetividad de los actores, es pues, el objeto de está las articulaciones que se dan en lo límites de lo subjetivo y lo objetivo, de lo psíquico y lo social, de lo concreto y lo abstracto, del poder y del deseo, etc., teniendo así una complementariedad en la psiquis individual y las estructuras sociales (De Gaulejac, 1993).

Este autor señala también que para entender la complejidad de los procesos que rigen las relaciones entre lo mental y lo social, la sociología clínica *"constituye un enfoque a la vez socio-psicológico, que tiende a analizar como determinados factores y transformaciones socio-estructurales condicionan las actitudes y los comportamientos de los individuos; y psicosociológico, que analiza la manera en que un sujeto interviene como actor y crea prácticas para afrontar conflictos y hacer frente a las situaciones sociales con que se encuentra"* p.99.

En relación a esto Enríquez (1993) nos dice que ya que el objeto de estudio de la sociología clínica es la relación entre el individuo y la sociedad actuante sobre el, es indispensable para su análisis que la intervención sobre el objeto de investigación tenga una colaboración activa de este.

Así pues desde el enfoque clínico-social se considera que para abordar problemas sociales complejos es necesario tomar en cuenta los procesos sociales que intervienen en la constitución del sujeto, lo cuál es necesario para la comprensión de la realidad.

Es por esta forma de definir el objeto de estudio que la metodología del enfoque clínico-social es retomado para abordar un problema social tan complejo como el VIH/SIDA, pues este incluye diversas dimensiones como lo cultural, lo social, lo psicológico y por supuesto lo individual, que pueden ser vistas de una manera más amplia a partir de este enfoque.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3. Metodologías utilizadas en la aproximación clínico social.

Dado que la aproximación clínica incorpora diversas disciplinas a fin de dar cuenta de la complejidad de los fenómenos sociales, ya que su objeto de estudio es la articulación entre lo psíquico y lo social, dicha aproximación retoma enfoques teórico-metodológicos que privilegian lo cualitativo.

La investigación cualitativa trata de descubrir no "la realidad", sino las estructuras y los sistemas que subyacen a los eventos observados.

En este sentido Taylor y Bogdan (1986; citado por Taracena 1998) establecen ciertas características a este enfoque cualitativo, a saber; que es inductivo; que el investigador ve al escenario ya las personas en una forma holística; los investigadores consideran el impacto que tienen sobre los sujetos de investigación, además de comprender a las personas en su contexto; diferencian sus propias creencias y opiniones de las de su objeto de estudio; todas las perspectivas son válidas, sus métodos son humanistas; validan su propia investigación y desde aquí todas las personas y escenarios son dignos de estudio.

En este sentido y dado que la sociología clínica intenta comprender al sujeto social complejo, esta aproximación retoma herramientas metodológicas que permitan dar cuenta de ello, entre las más utilizadas se encuentra la escucha en sus múltiples vertientes, la lectura, los testimonios, los escritos que permitan la historización de los sujetos participantes en relación al campo de investigación. Como ejemplo de esto encontramos: la novela familiar, la narrativa, la autobiografía, las historias de vida, las entrevistas en sus diversas modalidades y los estudios de caso (Taracena, 1998).¹

Además de estos dispositivos, la aproximación clínico social también utiliza la metodología de investigación etnográfica. Algunos de los instrumentos de registro clásicos en esta disciplina son la observación participante y el diario de campo, los cuales han sido utilizados para tener un conocimiento profundo de la realidad social.

El diario de campo consiste en una descripción detallada de acontecimientos, por lo que alude a una cuestión íntima que es recuperada por la misma palabra "diario", y se basa en la observación

¹ En relación a las historias de vida, estas se explicaran mas adelante.

4.3. Metodologías utilizadas en la aproximación clínico social.

Dado que la aproximación clínica incorpora diversas disciplinas a fin de dar cuenta de la complejidad de los fenómenos sociales, ya que su objeto de estudio es la articulación entre lo psíquico y lo social, dicha aproximación retoma enfoques teórico-metodológicos que privilegian lo cualitativo.

La investigación cualitativa trata de descubrir no "la realidad", sino las estructuras y los sistemas que subyacen a los eventos observados.

En este sentido Taylor y Bogdan (1986; citado por Taracena 1998) establecen ciertas características a este enfoque cualitativo, a saber; que es inductivo; que el investigador ve al escenario ya las personas en una forma holística; los investigadores consideran el impacto que tienen sobre los sujetos de investigación, además de comprender a las personas en su contexto; diferencian sus propias creencias y opiniones de las de su objeto de estudio; todas las perspectivas son válidas, sus métodos son humanistas; validan su propia investigación y desde aquí todas las personas y escenarios son dignos de estudio.

En este sentido y dado que la sociología clínica intenta comprender al sujeto social complejo, esta aproximación retoma herramientas metodológicas que permitan dar cuenta de ello, entre las más utilizadas se encuentra la escucha en sus múltiples vertientes, la lectura, los testimonios, los escritos que permitan la historización de los sujetos participantes en relación al campo de investigación. Como ejemplo de esto encontramos: la novela familiar, la narrativa, la autobiografía, las historias de vida, las entrevistas en sus diversas modalidades y los estudios de caso (Taracena, 1998).¹

Además de estos dispositivos, la aproximación clínico social también utiliza la metodología de investigación etnográfica. Algunos de los instrumentos de registro clásicos en esta disciplina son la observación participante y el diario de campo, los cuales han sido utilizados para tener un conocimiento profundo de la realidad social.

El diario de campo consiste en una descripción detallada de acontecimientos, por lo que alude a una cuestión íntima que es recuperada por la misma palabra "diario", y se basa en la observación

¹ En relación a las historias de vida, estas se explicaran mas adelante.

directa de la realidad, por eso se denomina "de campo". Por otra parte, la recopilación directa de datos se remite a dos fuentes básicas; la observación participante y el uso de informantes, estos últimos con el fin de abordar un campo amplio de la conducta social. En el momento de la observación el investigador registra palabras clave para recordar lo que sucede, posteriormente son desarrolladas con calma en el diario de campo. De esta manera el diario de campo permite observar en perspectiva la vida de la comunidad o grupo investigado (Gerson, 1979).

Por otra parte el enfoque clínico-social al incorporar la subjetividad permite una explicación de los motivos que llevan al investigador a elegir un tópico en particular, es decir considera la implicación del investigador en su investigación.

4.3.1. La historia de vida como herramienta metodológica.

Anteriormente se había mencionado que una de las herramientas metodológicas en el enfoque clínico-social son las historias de vida.

Al respecto de ellas De Gaulejac (1999) señala *"la historia de vida es una mezcla compleja de elementos. A través de la historia y el relato que el individuo hace se advierten el entrecruce y superposición de elementos culturales, sociales, económicos (ligados al contexto social y familiar), y elementos emocionales, afectivos, relacionales (ligados al funcionamiento psíquico consciente e inconsciente)"* p.1.

Visto de esta manera la identidad de un individuo se construye cruzando tres dimensiones: la de las relaciones con su inconsciente, la de su medio social y cultural y con el mismo, y la del trabajo que efectúa para producir su individualidad. Es pues el relato de la historia de vida la expresión de estas tres dimensiones.

Por otro lado la historia de vida contiene dos aspectos: 1) designa lo que "realmente" ha pasado durante la existencia de un individuo o grupo, es decir, los acontecimientos y elementos que han caracterizado e influenciado su vida, la de su familia y la de su medio; y 2) designa la historia que se cuenta sobre la vida de un individuo o grupo, es decir los relatos que el mismo produce (De Gaulejac, 1999)

En cuanto a las formas que permiten dar cuenta de estos diferentes cruces (lo inconsciente, lo social y lo vivido) (Léomant, 1992; citado por De Gaulejac, 1999) señala que se tienen que dar ciertas condiciones para esto a saber: 1) trabajar en sincronía para situar la historia individual con el contexto social y en diacronía considerando la individuo como producto de una historia personal, familiar y social; 2) adoptar una perspectiva dinámica, si el individuo es producto de una historia, es igualmente productor de ella; 3) articular lo individual y lo colectivo construyendo dispositivos que permitan profundizar en lo vivido individualmente y ajustarlos a otros relatos producidos por personas que compartan las mismas condiciones sociales de existencia.

En relación a esto De Gaulejac (1999) nos habla de los grupos de implicación y de investigación sobre diferentes temas (entre los que se encuentran la novela familiar y trayectoria social, novela amorosa, emociones e historias de vida), que permiten entender a sus participantes que son el producto de una historia, explorando los diferentes elementos que han contribuido a dar forma a su personalidad. El material producido colectivamente depende de la implicación de cada participante.

El dispositivo metodológico está organizado de manera que favorezca esta implicación personal a saber: por la utilización de mecanismos que faciliten la exploración, la reescritura y la emergencia de la historia de cada individuo; por la fluidez de la palabra y la escucha individual y colectiva; y por la transversalidad del trabajo donde cada historia entra en consonancia con otras.

Así pues según de Gaulejac (1999) dice que *"lo importante en la historia de vida no es relatarse. Lo importante escuchar, a partir de historias perfectamente singulares, lo que cada una de esas historias nos dice sobre la realidad. La realidad soterrada, escondida que existe en la sociedad. En definitiva, lo que cada historia nos permite comprender sobre la condición humana."* p. 6

4.4. Metodología utilizada a partir del enfoque clínico social.

Dado que el enfoque clínico-social esta enfocado en la investigación de problemas sociales complejos, en donde analiza las relaciones que existen entre lo psíquico y lo social, lo concreto y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

lo abstracto, lo colectivo y lo individual, lo objetivo y lo subjetivo, etc., tanto a nivel grupal, institucional y comunitario en la presente investigación se ha retomado como marco teórico esta aproximación, ya que al ser el VIH/SIDA un problema de índole social que trastoca a los individuos en diferentes planos de su existencia (social, económico, familiar, psicológico, sexual, etc), es pues una herramienta metodológica de gran valor que nos ayuda a comprender el peso que tienen cierto determinismos sociales en la historia particular de un individuo.

En esta investigación cuyo objetivo general fue investigar y analizar los factores que intervienen en la transmisión del VIH/SIDA en las mujeres mexicanas, se llevó a cabo un trabajo grupal con mujeres seropositivas en donde se vieron diferentes temas para facilitar la exploración de las historias de vida, para analizar los relatos en cuanto a su enfermedad, de tal manera que se retoman elementos personales para relacionarlos con las condiciones sociales.

Además se llevaron a cabo entrevistas clínicas semiestructuradas a profesionales de la salud que trabajan con gente que vive con VIH/SIDA, para dar cuenta de los objetivos particulares ya mencionados en la introducción.

Para llevar a cabo lo anterior fue necesario contactar una institución para poder realizar dicha investigación, por lo que a continuación se describe que es la Fundación Mexicana de Lucha Contra el SIDA A.C.

4.4.1. Caracterización del espacio de trabajo.

La Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA (FMLS), es una asociación civil no lucrativa, creada en 1987 como el primer organismo no gubernamental (ONG) para combatir los efectos y la propagación de la infección por el VIH y el SIDA.

Los objetivos que persigue la FMLS son dos, uno encaminado a la prevención de la infección por VIH o de las ITS, y el otro dirigido a la atención cuando ya se ha presentado alguna de estas infecciones. Estos objetivos son: a) proporcionar información actualizada, clara y precisa sobre VIH/SIDA e ITS a la población a través de talleres, cursos, pláticas, ferias informativas para que las personas que asisten a estas actividades puedan tomar decisiones informadas sobre su salud

sexual; y b) proporcionar atención a través de diferentes servicios (consulta médica externa, consejería espiritual, psicoterapia individual o familiar, enfermería, asesoría jurídica, nutrición y terapias alternativas como el reiki y las flores de Bach) para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH o alguna ITS.

En el área de psicología se llevan a cabo las siguientes actividades: consejería pre y post prueba, intervención en crisis, seguimiento psicológico, psicoterapia individual y de grupo, asesoría a familiares, amigos y/o parejas y atención psicológica en casa.²

Para poder realizar mi investigación entré a la FMIS llevando a cabo actividades que fueron negociadas al entrar en dicha ONG.³

La primera actividad que realice dentro de la FMIS fue tomar un curso de aspectos básicos del VIH/SIDA y otro curso de consejería para trabajar con pacientes seropositivos. Dichos cursos fueron realizados entre Febrero y Marzo del 2001.

Al término de éstos entre a observar a psicólogos de la FMIS para ver el trabajo que realizan dando consejería pre y posterior a la toma de anticuerpos de la prueba para VIH, ya que posteriormente yo realice esta función dentro de la FMIS.

Al mismo tiempo que realizaba esta actividad, tuve que entrar a una supervisión grupal de casos de pacientes que fueran a consejería, con el objetivo de que el encargado de esta actividad (otro psicólogo de la FMIS) me diera asesoría sobre la forma de trabajo con estos pacientes.

Estas actividades las llevé a cabo por un periodo de seis meses y posterior a esto trate de contactar mujeres seropositivas que participaran en las entrevistas individuales de historias de vida, sin embargo esto no fue posible ya que las mujeres no iban a la FMIS, por lo que opté por cambiar mi forma de trabajo.

Entonces decidí hacer la exploración grupal de las historias de vida de mujeres seropositivas primero y después las individuales, esto fue mediante un taller que se realizaría en la FMIS.

² Esta información fue obtenida a través de documentos internos de la FMIS.

³ El proceso de negociación de las demandas es descrito en el capítulo 1.

Para lograr esto se imprimieron volantes y se promovieron en diferentes instituciones que trabajan con pacientes seropositivos, sin embargo la respuesta no tuvo éxito, por lo que decidí ir directamente con uno de los médicos que trabajan en el Hospital de Infectología de la Raza para ver si me podía ayudar. Al llegar a esta clínica el médico no se encontraba, sin embargo cuando íbamos saliendo Kenia y yo del hospital, Kenia se encontró con un amigo seropositivo el que nos presentó con la trabajadora social Xóchitl Aragón quien trabaja con el grupo de mujeres de la institución, a la que le platicamos de este taller y se interesó mucho por él, pero nos dijo que sería mejor que lo hiciéramos directamente en la clínica del IMSS, ya que a las mujeres se les complicaría asistir a la FMLS, nos dijo que lo pensáramos y me proporcionó el número de teléfono de la clínica para que le diéramos una respuesta con respecto a esto.

Esto lo comentamos Kenia y yo, y le dije que por mí estaba bien ya que era una buena opción para trabajar con las mujeres dado que en la FMLS no habíamos tenido éxito.

La semana siguiente me comuniqué con Xóchitl y le dije que aceptábamos su propuesta y me dijo que el siguiente martes podíamos empezar a trabajar con las mujeres seropositivas.

4.4.2. Descripción de la metodología utilizada.

Para llevar a cabo mi investigación se realizó un taller para explorar la historia de vida grupal de las mujeres que viven con VIH, además de esto sé tenía planeado llevar a cabo entrevistas individuales de historia de vida a las mujeres, sin embargo ellas no quisieron participar en este trabajo, por lo que solo se retomaron para esta investigación los datos obtenidos por el taller.

La estructura metodológica del taller consistió en ocho sesiones semanales de dos horas aproximadamente, los ejes temáticos de este fueron: 1) Detección de necesidades; 2) Autoestima; 3) Revelación del diagnóstico; 4) Sexualidad; 5) Sexo seguro y sexo protegido; y 6) Perdón y muerte.

El escenario donde se dio este taller fue en un aula del Hospital de Infectología del IMSS, clínica La Raza.

Cabe señalar que el taller no lo impartí yo sola, tuve la colaboración de Kenia Porras como facilitadora del taller y la participación de Claudia Arce, quien fungió como observadora, además de que registro la información obtenida del taller en el diario de campo; aunque su participación solo fue durante las primeras sesiones, ya que ella tenía otros compromisos personales que le impidieron continuar con el taller.

Para facilitar el análisis de esta exploración se utilizó el diario de campo para el registro de los datos provenientes del taller.

Por otro lado se realizaron entrevistas clínicas a profesionales de la salud que trabajan con pacientes seropositivos para dar cuenta de los objetivos sobre el tratamiento y la prevención en esta área.

Estas entrevistas clínicas fueron semiestructuradas y fueron llevadas a cabo en los diferentes lugares de trabajo de estos profesionales.

Las entrevistas realizadas fueron seis (dos a psicólogos de la FMLS, dos médicos que son voluntarios en la FMLS, además de que trabajan en el IMSS, un trabajador social del IMSS y una a un profesional técnico en salud comunitaria que brinda asistencia médica en la FMLS) y para facilitar el análisis fueron grabadas con la autorización de cada uno de los entrevistados.

Además de estas herramientas de registro se llevo a cabo la observación participante y el análisis de documentos.

Cabe señalar que se pidió la autorización por escrito de las mujeres participantes en el taller para la publicación de los datos vertidos en el diario de campo.

En relación a las entrevistas hechas a los diferentes profesionales se pidió su autorización para poder audiograbar el material de dichas entrevistas.

De acuerdo a la información obtenida del taller y las entrevistas se elaboraron una serie de categorías que fueron analizadas desde tres niveles: lo intermedio relacionado con lo social, lo intermedio relacionado con lo institucional y lo individual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lo anterior con el fin de comprender en que medida la historia influye en la producción de subjetividades, cuales son las mediaciones que conducen de la historia social a la historia personal y como finalmente estas contradicciones sociales producen conflictos en la vida de una persona (De Gaulejac, 1987; citado por Sharim, 1999).

A partir de estas categorías de análisis, se establecieron unidades de análisis, que son fragmentos de la comunicación que se toman como elemento que sirve de base para la investigación. Dichas unidades pueden ser de variadas formas como palabras, periodos de frase, frases y párrafos (Ander-Egg, 1987).

CAPITULO CINCO.

RESULTADOS.

5.1. Categorías de análisis.

Como ya se señaló anteriormente para los fines del presente reporte de investigación se llevó a cabo un taller en donde se manejan temas que permitieron la emergencia de los relatos de la historia de vida de cada una de las participantes.

Las participantes en este taller fueron 15 mujeres seropositivas (aunque cabe señalar que algunas no asistieron a todas las sesiones), entre las características de estas mujeres encontramos que el tiempo de saberse infectadas fue desde los tres meses hasta los 9 años; su edad fluctuó entre los 19 y los 55 años de edad, el 46.6% de ellas son viudas (la causa de muerte del esposo en el 100% de los casos fue el SIDA); el 33.3% son casadas (en el 60% de los casos el marido esta también infectado por el VIH, mientras que el 40% no); el 13.3% son solteras y en el 6.7% de las mujeres se desconoce su situación.

El número de hijos entre las participantes fue desde uno hasta 4.

Por otra parte también se realizaron entrevistas clínicas semiestructuradas a diversos profesionales de la salud que trabajan con gente que vive con VIH/SIDA.

Cabe señalar que también se retomaron los datos en algunas subcategorías de tres trabajadoras sociales que participaron en el taller

Por otra parte como ya se menciono anteriormente para poder dar cuenta desde el enfoque clínico social de cómo se construye la realidad de un individuo, es necesario articular lo que pasa en relación del sujeto consigo mismo y el nivel social, en relación con lo que pasa con el individuo en la sociedad (De Gaulejac, 2000).

Para poder lograr esta comprensión se retomaron las categorías de análisis propuestas por Legrand (1993, citado por Sharim, 1999) el nivel macrosocial, el nivel intermedio y el nivel individual.

El nivel macrosocial se refiere a todos los sistemas en conjunto de una sociedad, es decir a todo aquello que la sociedad en conjunto dice y hace sobre cierto problema dado y que en ocasiones favorece u obstaculiza lo que se haga al respecto de ello, en este caso sobre el VIH/SIDA; el nivel intermedio se refiere a todos aquellos agentes mediadores, es decir a las diferentes instituciones que se encuentran en una sociedad (como la familia, las instituciones de salud, la escuela, etc.) y que ofrecen discursos con respecto a situaciones determinadas; y el nivel individual que ofrece la posibilidad de acceder a como se construye la identidad de un individuo, entrecruzando los diferentes universos que giran a su alrededor.

Sin embargo es importante señalar que dado que los entrevistados no se refirieron a cuestiones macro sociales, se tomó en cuenta el discurso que ellos dan no como políticas generales sino institucionales, por lo que solamente se retomaron las categorías del nivel de lo intermedio y el nivel individual.

Las categorías que se establecieron son:

Nivel Intermedio relacionado con lo social.

- Políticas con respecto al acceso de medicamentos de VIH/SIDA.
- Políticas con respecto al deshecho de material infectado.
- Políticas con respecto al manejo de pacientes seropositivos.
- Políticas con respecto a la prevención del VIH/SIDA.

Nivel Intermedio relacionado con lo institucional.

- El diagnóstico.
- Percepción institucional con respecto a la transmisión del VIH/SIDA en mujeres.
- Percepción institucional con respecto al uso del condón.
- Percepción institucional con respecto a las actitudes del personal hacia pacientes seropositivos.

Nivel Individual.

- El diagnóstico.
- Forma de adquirir el VIH/SIDA.
- Conceptualización de sexualidad.
- Relación con el propio cuerpo y el de otros.
- Ejercicio sexual.
- Impacto del VIH/SIDA.
- Miedo a revelar su seropositividad.
- Muerte.

Además de las anteriores categorías se tomaron en cuenta otras en el análisis de los trabajadores de la salud en VIH.

- Implicación del profesional de la salud en el trabajo con pacientes seropositivos.
- El quehacer del profesional de salud en el trabajo con pacientes seropositivos.

Es importante señalar que para facilitar la comprensión de la lectura se coloca al final de cada unidad de análisis el nombre o la abreviatura de la persona que hizo mención a ese comentario, además también se ofrecen porcentajes con respecto a las categorías, por lo que es importante hacer mención al final de cada porcentaje se coloca el número de personas que coincidieron en una situación determinada, ya que algunos de los porcentajes a simple vista parecen significativos, pero en ocasiones solo corresponden a una persona.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5.1.1. Nivel intermedio relacionado con lo social.

Para el análisis de esta categoría se retomo la información de las 6 entrevistas realizadas a lo diferentes profesionales de la salud, que de alguna manera dan cuenta de lo que se hace en nuestro país con respecto al VIH/SIDA.

Políticas con respecto al acceso de medicamentos de VIH/SIDA.

Respecto a esta categoría se pudo observar que un 33.3% (2) de los profesionales de la salud dijeron que solo las personas derechohabientes a alguna institución pública tienen acceso a los medicamentos para VIH/SIDA, mientras que el 33.3% (2) de los entrevistados señalaron que las personas que no están aseguradas tienen que ver otros medios para conseguirlos.

En relación a esto algunos comentarios fueron:

"la secretaria de salud , hace 10 años más o menos hizo que estos medicamentos entraran en el cuadro básico porque el número de casos ha ido incrementándose." (Agustín)

"los medicamentos los dan en el hospital general de zona." (Fidel)

Por otro lado los comentarios de la FMLS al respecto fueron:

"existen medicamentos para donación, esto es medicamentos que no tienen costo para la gente y que pueden proporcionarse en caso de existencia y bueno se les da sin ningún costo, es un hanco de medicamentos, el problema es que como es un hanco donado, es un hanco limitado que solo tiene algunos de los tratamientos que están disponibles en la actualidad... los demás los tienen que comprar o conseguirlos de otra manera." (Ismael)

"hay mucha buena gente y buena voluntad de estas gentes para decir ya me sobraron tres frascos de lo que me esta dando el seguro te lo regalo fundación y has con el lo que tu creas

conveniente, se les pasa a quienes no tienen acceso a este medicamento, pero quiero decirte hoy llegan 10 frascos y tenemos 20 que están esperando un frasco de esto [...] si tenemos otros medicamentos que también los donan diferentes voluntarios de la fundación.” (Javier)

Políticas con respecto al deshecho de material infectado.

Dado que el VIH/SIDA es considerado como una enfermedad altamente infecciosa, se tienen políticas generales en relación al material infectado, por lo que un 33.3% (2) de las personas entrevistadas comentaron lo siguiente:

“hace poco salió la norma oficial mexicana para el control de punzo cortantes, desechos quirúrgicos y este hospital ya adoptó la norma y ya se manejan recipientes rojos para prevenir ese tipo de casos [...] hasta donde yo sé, viene una compañía contratada subrogada para manejar el material, lo que hagan con él, no lo sé”. (Agustín)

“dentro de la fundación cuando trabajamos en el área de salud tenemos nuestros recolectores o sea las bolsas rojas donde va todo lo que es infeccioso, cada veinte días vienen a recoger este material que son las agujas, jeringas, torungas, por cuidado y obviamente es una reglamentación ya a nivel oficial y tenemos esta parte de la esterilización del material con el cual trabajamos hasta todo el material desechable [...] hay empresas que se encargan de recolectar el material infecto contagioso y lo llevan a unas celdas donde a partir de cloro de agua caliente lavan todo esto y los tiran a los basureros”. (Javier)

Políticas con respecto al manejo de pacientes seropositivos.

Además de las políticas relacionadas al deshecho de material infectado, es importante hacer mención a lo que se establece en relación al manejo de pacientes seropositivos, en esta categoría

sólo se incluyó lo que señalaron tres de los entrevistados, dado que ellos son los que manejan directamente a pacientes seropositivos en la consulta médica.

Al respecto de esto el 100% (3) comentaron cuales son las políticas en relación al manejo de pacientes:

"nosotros siempre que trabajamos con cualquier persona que se le tome la muestra sepamos o no si esta infectada y si viene con síntomas también trabajamos de la misma forma usamos guantes, bata, batas desechables, cuando estamos haciendo cualquier tipo de cirugía cubre bocas y lentes." (Javier)

"de no ser necesaria una intervención quirúrgica las medidas son las normales [...] no tiene porque haber diferencias en cuanto a la utilización de lo que se llaman técnicas quirúrgicas, eso es lo que sería en términos generales, que te tienes que lavar las manos antes de revisar a un paciente, que te las tienes que lavar antes de explorar a un paciente y que se tiene que utilizar guantes cada vez que vas a manejar secreciones pero esto es igual en todos los pacientes por que una situación que tenemos es que muchos de los pacientes que atendemos no sabemos que son VIH [...]" (Fidel)

Sin embargo un aspecto importante a señalar fue que un 33.3% (1) de los entrevistados comento que aunque conocía las medidas preventivas universales, no las utiliza y dice:

"[las medidas universales de prevención] pues usar bata, que si voy a hacer una exploración donde puedo estar en contacto con sangre o secreciones me pongo guantes, que nunca lo hago realmente [...] pues porque no tengo ningún riesgo, pues por eso, porque no hay riesgo." (Angel)

Políticas con respecto a la prevención del VIH/SIDA.

Uno de los aspectos importantes en la epidemia del VIH/SIDA es la prevención, al respecto de esta, también existen políticas que favorecen u obstaculizan su labor, por lo que en esta categoría se incluyen por un lado las políticas relacionadas con la distribución de condones y por otro lado las políticas en cuanto a los programas preventivos.

Con respecto a la subcategoría sobre las políticas relacionadas con la distribución de condones encontramos que un 16.6% (1) de los entrevistados mencionó que el uso del condón sigue siendo un medio para planificar la familia, además de que su uso se restringe por cuestiones de moralidad, por ejemplo:

"[en cuanto a la distribución de condones] es un programa prioritario a nivel nacional no tanto para la prevención de ITS, sino para método de planificación familiar, realmente como esta como tal, aunque lleve los dos fines." (Fidel)

Además de lo anterior otro 16.6% (1) menciona que el uso del condón se ve restringido por las políticas con respecto a su venta, ejemplo de esto:

"sico te vende un condón en la televisión pero nunca te manifiesta que es también de prevención para el VIH, por que obviamente decir SIDA en la tele es miedo, sexo y muerte, entonces no hay una mercadotecnia específica para vender un condón [...]". (Javier)

Por otra parte el 100% de los entrevistados señalaron que la distribución de condones es efectuada a través de la secretaría de salud, aunque un 16.6% (1) mencionó que la calidad de estos condones no es la misma que los que se venden en otras partes.

"No, no es la misma [la calidad de los condones de los hospitales públicos] muchas veces son donaciones que ya nos llegan caducas, son donaciones de organismos mundiales." (Agustín)

En relación a la subcategoría sobre las políticas con respecto a los programas preventivos el 83.3% (5) de los entrevistados comentó que al interior de las instituciones donde trabajan existen programas preventivos, con respecto al contenido de estos ellos mencionaron lo siguiente:

"en cuanto a esa información [de programas preventivos] si pues básicamente ya tenemos uno armado, que siempre decimos información básica pues eso es lo mismo que son aspectos fundamentales, aunque por supuesto que tenemos que manejar otra información adicional a esta." (Ismael)

"si existe información en carteles, en folletos y en algunas cosas que se dan directamente en las salas [...]". (Agustín)

"les damos aspectos de educación sexual, aspectos de las ETS y dentro de ellas el VIH y los aspectos de prevención y con respecto a estas a planificación familiar y ahí damos dentro de esto vemos la utilización del condón [...]". (Fidel)

Además de esto un 50% (3) comentó que conocen programas de otras instituciones y que estos son utilizados para complementar la información que ellos manejan al interior de la institución, además de que existe trabajo continuo entre estas instituciones, por ejemplo:

"[...] nosotros utilizamos desde los folletos hasta los carteles propios de CONASIDA, y es más [...] hay otras instituciones que hacen llegar a la fundación otra información como los contenidos de E.U.A. folletos para los drogadictos, etc., si lo usamos [...]". (Javier)

"[si conozco] programas y servicios, bueno servicios si porque buscamos que el paciente que vive con VIH se sienta a gusto [...] tenemos que orientar a la gente para que sepa que servicios pueden otorgarle [...]". (Adrián)

"[...] nosotros tenemos mucho trabajo con otras instituciones y algunas veces vienen a que los capacitemos nosotros." (Ismael)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mientras que un 33.3% (2) señaló que aunque conocen otra información en cuanto a prevención no es utilizada, las razones que dieron para esto son:

"No, porque por convicción muchas veces no es conveniente, es como si tratáramos de implementar un programa gringo en México, hay muchas características que no se adaptarían."(Agustín)

"No manejo información de ahí [de conasida o alguna otra institución]." (Angel)

5.1.2. Nivel Intermedio relacionado con lo institucional.

En este nivel se tomaron en cuenta los discursos que dieron tanto las mujeres seropositivas, como los profesionales de la salud para dar cuenta de lo que dicen o hacen los agentes mediadores, es decir las instituciones respecto al VIH/SIDA.

Cabe señalar que se retoma a la familia como institución en esta categoría debido a que es en ella donde se transmiten los procesos de socialización de un individuo, sin embargo también será retomada en el nivel individual debido a que en esta institución se establecen relaciones interpersonales que tienen que ver con las formas de relacionarse de los individuos.

El diagnóstico.

En esta categoría se incluyen los datos proporcionados por las mujeres (recolectados en el diario de campo) para poder contextualizar lo que la familia de ellas dicen y hacen respecto al diagnóstico de su seropositividad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En este sentido observamos que un 60% (9) de las mujeres dijeron que sus familias al enterarse de su seropositividad las apoyaron, entre las reacciones que tuvieron estas ellas comentaron lo siguiente:

"mi marido me apoya aunque la noche anterior lo escuche llorar en silencio." (M1)

"Uno de mis hijos, cuando se entero que era seropositiva se deprimió muchísimo [...] pero me apoya." (M2)

"yo les dije a mis hermanos, a mi mamá y a unos amigos, sus reacciones fueron de tristeza y de apoyo." (M3)

"mi cuñado me apoya, él es el primero que se entero." (M3)

"mi hija es muy positiva y me apoya mucho." (M4)

Sin embargo es de llamar la atención que 44.4% (4) de las mujeres que manifestaron el apoyo de la familia señalan también que ellos a su vez tienen reacciones de rechazo hacia ellas, por ejemplo:

"[...] no me toques porque me vas a infectar ¡estas sídosa!" (M1)

"mi madre me dice ya ves te lo dije." (M3)

"Mi hermana me discriminaba mucho en cuanto a las medidas asépticas [...]" (M4)

"Una de mis hermanas le dijo a sus hijas no tomen del vaso de su tía porque esta enferma [...]"
(M6)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado un 20% (3) de las mujeres comentaron también que otras personas (miembros de la familia u otros) tuvieron reacciones de rechazo al conocer su seropositividad, en este sentido ellas señalaron:

"Mi esposo me dijo que ya no servía para nada, que nadie me iba a querer así como estaba [...] él me decía que pronto me iba a morir [...] me dijo que estaba podrida por dentro." (M2)

"[...] mis amigas no me creyeron, mi amigo se enojó mucho, es más ni me habla." (M2)

"Mis hermanos no me hablan, me rechazan, me insultan, mi mamá se enteró de que estoy enferma, pero como no tiene estudios no sabe ni que es el VIH." (M5)

"A mi esposo le dio mucho coraje [...] antesayer me dijo que se iba a ir, me dijo que tal vez me da coraje que el no este infectado." (M5)

"mi suegra me dijo que ya nadie me iba a querer así como estaba toda jodida [...]." (M7)

Percepción institucional con respecto a la transmisión del VIH/SIDA en mujeres.

Además del discurso que ofrece la familia como una institución que transmite ciertos patrones, actitudes, etc., hacia el VIH/SIDA, existen también otros discursos de instituciones, como las que atienden a pacientes seropositivos que dan cuenta a su vez de lo que pasa en este caso con el VIH/SIDA, por tal razón en esta categoría y las que siguen a nivel intermedio se tomaron en cuenta los discursos que ofrecieron los diferentes profesionales de la salud.

En este sentido el 100% (6) de los entrevistados señaló que la transmisión del VIH/SIDA sigue siendo mayor en la población de homosexuales, pero que ha aumentado en el grupo de mujeres.

Mencionaron que la transmisión del VIH/SIDA en mujeres actualmente es por vía sexual y que el mayor número de casos se encuentra entre mujeres amas de casa y el medio de transmisión en estos casos es el marido, al respecto comentaron lo siguiente:

"Generalmente las mujeres que tenemos contagiadas en el país son mujeres amas de casa, el mayor número, el número de prostitutas o sexo servidoras que tenemos en el país no es muy alto realmente, esto quiere decir que el factor de transmisión es el esposo [...]". (Fidel)

"[...] es el hombre principalmente, porque de todos los casos que yo he estudiado, la mayoría de los hombres son los que han transmitido la enfermedad a sus esposos [...]". (Agustín)

"[sobre las mujeres] la mayoría casadas [...] invariablemente todas se han infectado a través del marido [...]". (Ángel)

"[...]bueno por ejemplo en mujeres la mayor parte de casos, son mujeres casadas, amas de casa [...] en cuanto a los medios de transmisión en mujeres son pocas las que se infectan al tener ellas varios compañeros sexuales, más bien se debe a que el compañero sexual es quien le transmite la infección a la mujer [...]". (Ismael)

Con respecto a la adquisición de la infección por VIH/SIDA en los maridos la percepción del 100% (6) de los entrevistados es que estos adquieren la infección por relaciones tanto con hombres como con mujeres, en este sentido se hicieron los siguientes comentarios:

"[...] el marido podría tener dos características o ser bisexual o ser un heterosexual reventado, pero sería más el bisexualismo.". (Ángel)

"[...] por lo regular son parejas (las mujeres) o de hombres que tienen muchas mujeres o de hombres que tienen relaciones también con hombres y también con la esposa [...]". (Adrián)

"[...] los maridos no le son honestos, hay chavos hombres bisexuales que se acuestan con el otro chavo, no sabiendo su serología al VIH, y al rato se acuesta con la chava [...] el 80% de la población que viene a la fundación es bisexual.". (Javier)

"[...] en este caso más bien he visto problemas de bisexualidad. El bisexual que infecta a la esposa y mantiene en secreto su preferencia bisexual ante toda la familia [...]". (Agustín)

"[...] desde el punto de vista de lo que tenemos en realidad se piensa que es a partir del esposo, que el puede tener relaciones extramaritales que pueden ser homo o heterosexual, o sea las relaciones homosexuales con los esposos son más frecuentes." (Fidel)

En relación a esta cuestión de la bisexualidad el 50% (3) de los profesionales de la salud se refirieron a que esto tiene ciertos determinismos culturales, por ejemplo:

"[...] lo que hablamos de la bisexualidad o sea por temor a decirlo sobre todo la homosexualidad masculina es muy sancionada en México culturalmente hablando, entonces el hombre tiende por esta cuestión de cultura a ocultarla y manteniendo una bisexualidad, una homosexualidad encubierta esto hace que sea más favorable o más fácil la transmisión [...]." (Ismael)

"[...] a veces son hasta mismos homosexuales, pero para tapar las apariencias se permiten casarse, ay ya esta casado y pues no puede ser, aunque se vea muy amanerado o que se vista diferente o cosas así, no es." (Adrián)

"[...] muchos bisexuales o muchos homosexuales que realizan una vida bisexual lo realizan también por cuestiones familiares." (Agustín)

Percepción institucional con respecto al uso del condón.

En esta categoría un 66.6% (4) de los entrevistados también hicieron referencia a que existen factores socio culturales que impiden o limitan el ejercicio sexual de la mujer y a su vez intervienen en la utilización del condón y por ende en la transmisión del VIH/SIDA, al respecto de esto encontramos:

"[...] hay mucho problemas porque realmente como esta muy sancionado, hay un estigma social muy importante respecto al VIH, sobre todo al ejercicio de la sexualidad de las mujeres, todo

esto hace que se vuelva más complicado para ellas y buscar apoyo e información entonces normalmente lo que ocurre es que viene la infección del esposo y secundariamente viene la infección de la esposa [...]". (Ismael)

"[...] esta sociedad, que no permite que la mujer goce sexualmente, si tuvieras el mismo derecho [...] que si lo tienes, pero sexualmente no lo ven así, entonces como vas a proponer tu un condón, hay si ya tienes mucha experiencia o con cuantos lo hiciste, entonces eso es un impedimento para la mujer [...]". (Adrián)

"[...] una mujer casada no tiene capacidad de negociar el uso del condón con el marido, es diferente con una sexo servidora [...] ese es el primer punto, el segundo es pues la doble moral en que vivimos [...]". (Angel)

"Si los factores culturales son primordiales, del factor cultural que el varón no quiere usar el condón es básico, por que no lo quiere utilizar y tampoco la mujer se lo exige [...] porque se cuestionaría el hecho de que ellas son fieles o no, no tanto el hecho de que ellos sean fieles o no, les tiran la pedrada al revés ellos.". (Fidel)

En este mismo sentido un 33.3% (2) comentaron que estas cuestiones culturales se reflejan sobre todo en la educación que la familia hereda a los individuos y que tiene influencia en su relación con los otros, por ejemplo:

"Todas estas cuestiones de cultura se reflejan en creencias [...] por ejemplo el caso concreto de México culturalmente nosotros tenemos una sociedad que maneja una doble moral, un doble discurso, por un lado se vuelve muy punitiva, muy coercitivo el aspecto del ejercicio de la sexualidad, pero por el otro lado la comentan mucho, como esta parte, sobre todo en el caso de los hombres donde hay mucha permisividad y no es así para las mujeres [...] entonces estos patrones culturales son muy importantes desde los mensajes que se envían a la gente respecto a la sexualidad, al uso del cuerpo, a la cuestión del uso del condón, respecto a lo que es en si, en general podemos hablar de todas las creencias culturales en cuanto a salud, y que no existe una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cultura preventiva, yo creo que esto también habla de un patrón cultural muy fuerte [...]."
(Ismael)

"Aquí entra más la sociedad [...] porque es la mujer ahnegada y dentro del estereotipo de madre mexicana pues se mantiene toda esta situación, entonces, yo creo que son mujeres [...] que no han podido encontrar su valor y poder hablar de su sexualidad abiertamente." (Adrián)

Sin embargo un 16.6 % (1) comento también que además de los factores culturales que impiden de alguna forma la negociación del condón, también existe el amor visto como un factor importante en las relaciones con otros, por ejemplo:

"[...] hay otro tipo de mujeres que le demuestran al marido que lo quieren no usando el condón sabiendo que el marido esta infectado, son de esas demostraciones de amor que matan."
(Angel)

Finalmente un 16.6% (1) señaló que la gran mayoría de los casos de personas infectadas por VIH/SIDA, después de saberse infectadas siguen manteniendo relaciones sexuales sin protección.

"[...] estamos encontrando que las personas que se diagnosticaron en promedio entre cinco y cuatro años como seropositivos al VIH siguen sin cuidarse, esto nos esta hablando de las personas después de que pasan por todo su proceso, digo su periodo de depresión, de angustia, etc., inician nuevamente su actividad sexual y por ende no con responsabilidad, sino con irresponsabilidad y lo que más llama la atención es que cuando se les presenta, en la consulta hablando dicen es que no me cuido, es que tuve sexo oral, sexo anal, sexo vaginal sin preservativo, aún sabiéndose que están infectados por VIH." (Javier)

Percepción institucional con respecto a las actitudes del personal hacia pacientes seropositivos.

Dado que el VIH/SIDA nos refiere una enfermedad estigmatizada y por tanto rechazada dentro de la sociedad, se incluye esta categoría para dar cuenta de la percepción que tienen algunos profesionales de la salud con respecto a las actitudes del personal que labora en instituciones donde hay trabajo en VIH/SIDA.

Así pues tenemos que un 66.6% (4) de los entrevistados señalaron que las actitudes de las personas que trabajan con pacientes seropositivos en sus instituciones son cordiales y respetuosas, para ejemplificar esto encontramos:

"Nosotros siempre hemos promulgado que debemos ser cálidos es la forma de cómo no cargar con la muerte en la fundación, [...] nos ponemos en el papel de quien viene, como me van a atender, quien me va a atender [...]." (Javier)

"[...] aquí en la fundación pues la actitud es muy amable, muy cálida, es aceptante porque hay una historia de un trabajo que hacemos desde que la gente entra, de sensibilización, de respeto y finalmente en si la institución mantiene estas actitudes de mucha calidez, de mucho contacto, de trabajar directamente con la gente de persona a persona." (Ismael)

"Familiares, cariñosas, sin tapijos [...] aquí es como una gran familia, donde los pacientes no son pacientes son nuestros amigos, nuestros compañeros [...] es como una pequeña burbuja donde hay tolerancia, hay comprensión, puede haber desacuerdos como en todo porque somos personas pensamos diferente, tenemos ideales diferentes pero creo esa es la parte que hacemos que la persona se sienta a gusto, que se sienta al contrario de cómo la sociedad a veces la recibe, rechazada [...]." (Adrián)

A su vez un 33.3% (2) señaló que dentro de sus lugares de trabajo existen tanto actitudes de apoyo como de rechazo hacia los pacientes seropositivos, estos comentarios se dieron principalmente en hospitales públicos, por ejemplo:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

"[...] no dudo que haya gente que tenga todavía un rezago profesional, un rezago mental, una cuestión educativa de los pacientes, se oyen comentarios que por maricón, que por joto, comentarios aislados y a la mayoría de la gente que trabaja aquí tiene una mentalidad de servicio de vocación." (Agustín)

"[...] yo creo que toda la humanidad de alguna manera siempre tenemos un nivel de xenofobia y esto a condicionado que desde el punto de vista de los valores de los trabajadores de la salud pongamos nuestros valores antes de la atención y no ha habido una adecuada sensibilización por parte del personal de salud para la atención de los pacientes [...]." (Fidel)

Por otra parte un 33.3% (2) comentó que estas actitudes siguen siendo de rechazo en otras instituciones diferentes a las que ellos laboran, por ejemplo:

"[...] si nos trasladamos a otro tipo de contextos como puede ser un hospital hay excepciones diferentes sobre todo porque se tiene otro tipo de pensamiento donde se tiende a ver mucho a los pacientes en general como si fuera una cosa y además existe toda una jerarquía dentro del hospital y existe ya toda una aceptación muy vertical sobre lo que se tiene que hacer y esto coarta mucho las relaciones entre los médicos y los pacientes y además no toda la gente que trabaja en los hospitales esta lo suficientemente sensibilizada respecto a muchas cuestiones no solo a VIH." (Ismael)

"[...] yo lo que veo mucho es que hay una discrepancia enorme entre lo que sabemos ahora acerca del VIH y lo que se lleva a la practica, ya sabemos que la infección por VIH dejo de ser una infección progresiva y mortal, que es una infección crónica, controlable y sin embargo la apreciación que tienen muchos médicos es de ya te fregaste, ya no hay nada que hacer, ya no importa que hagas, tú ya te vas a morir y ya no importa [...] yo sigo viendo rechazos, estigmatización, calificarte yo estoy bien tu estas mal, tu hiciste algo te lo mereces y sobre todo en personal de salud[...]lo veo en las clínicas familiares, en las unidades de medicina familiar, en hospitales generales de zona, en hospitales públicos, en la secretaria de salud y en hospitales privados [...]." (Ángel)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.1.3. Nivel individual.

En este nivel se retomaron principalmente los relatos que hicieron las mujeres con respecto a las categorías establecidas, lo cual permite dar cuenta de la particularidad de cada una de las historias dadas sobre el VIH/SIDA.

El diagnóstico.

De las mujeres que participaron en el taller el 100% (15) comentaron que cuando se les dió el diagnóstico de portadoras del VIH/SIDA esto fue muy doloroso.

El 76.6% (4) señaló que se enteraron de su condición de seropositividad por problemas de salud, por ejemplo:

"me sentía muy mal de la garganta, fui a ver a un amigo y le conté lo que me pasaba, me propuso hacerme unos estudios, al día siguiente le hable para decirle que me sentía muy mal, él me dijo que tenía que ir a su consultorio porque lo que tenía no era cosa de juego, ya no trabajé fui a verlo y me dijo que estaba infectada de SIDA [...]". (M2)

"[...] yo empecé con síntomas de gripe, me fui al hospital general estuvieron tratándome, me hicieron estudios porque teníamos antecedentes de hermanos con lupus [...] me mandaron hacer los estudios de ELISA para el VIH y me los fui a hacer ese mismo día confiada a que no tenía yo eso, pero mi sorpresa fue otra[...] al hablar me dijo que eran positivos[...]". (M3)

"Yo empecé con herpes y todavía no sabía que tenía el virus, le comente a una prima que es enfermera y me dijo "ya te fregaste", vete a hacer unos estudios de SIDA, fui a hacerme los análisis y ahí me confirmaron el diagnóstico.". (M4)

"me internaron por los síntomas que ya había presentado unos meses antes, como era caída de cabello, falta de peso y cansancio [...] yo escuchaba que los médicos murmuraban que tenía el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cuadro de una persona con SIDA, pero a mi se me hacia tan lejana esa enfermedad, que no la creía, hasta que mis resultados fueron positivos [...]". (M7)

El 13.3% (2) de las mujeres señaló que se enteraron de su seropositividad por el diagnóstico de sus esposos.

"[mi marido] me comento que tenía que ir a la Raza porque le iban a dar unos resultados porque en junio del 97 había donado sangre [...] Llego muy triste y abatido [...] después me dijo que no quería que gritara, ni que me pusiera como loca y me enseñó unos papeles que decían que era VIH positivo [...] al otro día me llevaron al doctor para que me hicieran el examen, después me confirmaron que yo era VIH positiva." (M1)

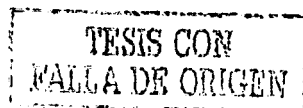
"[mi esposo estuvo internado] Llegamos a la ciudad de México para que le hicieran estudios; el ultimo estudio que le hicieron fue el de la prueba de VIH. Al final me dijeron que iban a cambiar a mi esposo de sala, a infectología porque estaba infectado de VIH y que probablemente yo también [...]". (M13)

Por otro lado el 100% (15) de las mujeres señalaron que el conocer su condición de seropositividad fue muy dolorosa, sin embargo las reacciones de cada una fueron diversas por lo que no podemos generalizar, sin embargo algunas de estas reacciones fueron:

"[...] después de oír lo que me dijo me puse a llorar, lloraba y lloraba tanto que no escuche todo lo que me decía [el doctor]". (M2)

"[...] me quise volver loca, corrí, lloré, grite [...] yo me resistía a creer y le decía (al medico) que prefería tener cáncer que esa maldita enfermedad, pero aunque repelara, multciera, no iba a remediar nada, así me fui a mi casa y no pude dormir toda la noche [...]". (M3)

"cuando me dieron el diagnóstico me sentí muy mal y muy angustiada." (M4)



"[...] cuando me los dieron (los resultados) ya no me impacto tanto la noticia porque yo quería saber que era lo que tenía [...]." (M7)

Además de estas reacciones al momento del diagnóstico, el 93.3% (14) de las mujeres mencionaron que han logrado asumir su seropositividad gracias a dos cosas, una al grupo y otra a cuestiones espirituales, al respecto ellas comentaron:

"[...] quiero volver a ser la misma. antes era feliz y después que me dieron el diagnóstico me volví triste. ya no tanto, antes mi mirada era más triste, en el grupo me siento bien, mi tristeza ha disminuido. desde que platico, me peleé con ellas: ellas son las únicas amigas que tengo." (M2)

"[...] el día que me dieron el diagnóstico llovió muy fuerte, para mí esa lluvia represento que Dios o alguien me dijo que no estaba sola." (M2)

"Gracias a mi enfermedad me he acercado mucho a Dios y he cambiado mucho, estoy feliz y he aprendido a vivir con la enfermedad." (M4)

"Gracias al apoyo de mis compañeras del grupo me siento bien, antes casi no dormía, pero ahora me siento mejor." (M5)

"a través del contacto con el grupo superé mi depresión." (M5)

"el grupo es el mejor espacio para sacar toda mi depresión." (M6)

"Yo estaba asistiendo a una iglesia y eso me ayudó a superar mucho la enfermedad." (M13)

Aunque los comentarios sobre Dios no son explícitos en todas las mujeres, esto pudo observarse ya que al final de cada sesión las mujeres se referían a esta frase:

"Gracias a Dios por permitirme estar aquí, primeramente Dios nos veremos la próxima semana."

Forma de adquirir el VIH/SIDA.

Del 100% (15) de las mujeres que participaron en esta investigación la vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual.

Sin embargo en un 86.6% (13) de los casos la forma de adquirir la infección fue por el esposo o la pareja sexual con la que se vivía en ese momento, mientras que un 13.4% (2) de las mujeres se infectaron por tener relaciones sexuales extramaritales.

En relación a esto es importante señalar que el primer grupo de mujeres (las que fueron infectadas por el esposo) no hicieron comentarios en relación a esto, no así para el segundo grupo de mujeres que señalaron lo siguiente:

"me da pena (hablarlo) todos se enteraron que yo anduve con esa persona." (M5)

"tuve que caer yo aquí por lo mismo...por tonta." (M9)

Por otra parte el 100% (15) de las mujeres señalaron no saber la forma en que sus maridos habían adquirido la infección por VIH/SIDA y dijeron:

"es difícil saber como se infectaron nuestros maridos porque es difícil preguntarles." (M3)

"no sé yo no puedo meter las manos a la lumbre por nadie, él me dijo una vez que si me había sido infiel, pero no sé." (M3)

"Mi marido cuando estaba en el hospital me quiso decir como se había infectado, yo le dije que no quería explicaciones." (M11)

Un 6.66% (1) de las mujeres mencionó tener duda respecto a la manera en que se infectó y dice:

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

"no sé cuál fue la forma en que me infecte, me gustaría saber, tengo dudas sobre si mi esposo me infecto porque nunca lo vi de loco o cosas así, no llegaba tarde, no cambio, pero tampoco metería las manos al fuego por él." (M7)

A su vez un 6.66% (1) opinó sobre la forma en que creían que sus esposos se habían infectado y señalaron lo siguiente:

"mi esposo tenía muchos amigos, entre ellos homosexuales y se la pasaba tomando con ellos y quien sabe ya tomados tal vez tuvo relaciones con ellos y a lo mejor se infecto con un hombre." (M2)

Por otro lado un 33.3% (5) mencionó tener sentimientos de odio y culpa respecto a la forma en que se infectaron, algunos comentarios en este sentido son:

"tengo mucho coraje y rencor hacia mi marido, siento que tengo que aprender a perdonarlo." (M1)

"[cuando me entere de mi diagnóstico] lo mire con odio." (M2)

"[...] ya no vi a mi esposo igual, lo veía con mucho rencor." (M3)

"me siento culpable por no haber sido responsable de mis actos." (M4)

"me siento culpable por mi seropositividad porque por esta enfermedad mis hijos se van a quedar sin su mamá." (M5)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conceptualización de la sexualidad.

Respecto a la conceptualización de la sexualidad encontramos que el 40% (6) de las mujeres seropositivas dieron una definición de lo que consideraban que era la sexualidad.

En este sentido observamos que sus respuestas fueron muy diversas, por ejemplo un 26.6% (4) se refirió a la sexualidad como un aspecto ligado a las relaciones sexuales, así tenemos:

"Intimidad con la pareja." (M2)

"Tener relaciones con la pareja." (M2)

"Relación sexual entre dos personas." (M3)

"Aprender a vivir con la pareja." (M4)

"la sexualidad es estar con mi pareja." (M5)

Así mismo un 6.66% (1) comentó que esa palabra era difícil de definir, y fue relacionada con la reproductividad, por ejemplo:

"No sé a lo mejor hacer niños, es una palabra muy difícil de explicar, es mejor actuar." (M10)

Además de esto un 83.3% (5) de las mujeres comentaron que en la sexualidad (como ellas la definen) existen ciertas características entre esas dos personas tales como:

"Amor."

"Comprensión."

"Atracción."

Por otra parte un 13.3% (2) de las mujeres también definió la palabra sexo como sinónimo de las relaciones sexuales, por ejemplo:

"Tener o hacer sexo." (M2)

"El sexo es identificar al ser humano y tener sexo con la pareja." (M4)

Finalmente un 13.3% (2) se refirió al sexo como la diferencia entre hombres y mujeres.

"Diferencia entre masculino y femenino." (M3)

"Masculino y femenino, hombre y mujer es lo mismo." (M5)

Relación con el propio cuerpo y el de otros.

En esta categoría se incluyen datos en los que se observa la forma en que se relacionan las mujeres seropositivas con respecto a su cuerpo y al de otras personas.

En este sentido un 26.6% (4) de las mujeres hicieron comentarios en relación a la desnudez propia y a la de otros, y los sentimientos que provoca esto, por ejemplo:

"Mis papás no se desnudaban ni cosas así, pero que a mi no me da pena, incluso en mi casa ando con un top y mi pantaleta enfrente de mis hijos y mi marido, [...] también mi esposo anda en trusa enfrente de mis hijos y además se mete a bañarlos y no le causa problema." (M1)

"Me cuesta trabajo esto, ni mis hijos me han visto o ellos han estado desnudos." (M2)

"Yo jamás vi a mi madre desnuda o así, pero yo si ando desnuda en mi casa o me salgo de bañar nada más con una toallita y mi mamá me regaña mucho, incluso mi mamá se enoja porque me cambie en el mismo cuarto que ella." (M3)

"Mi mamá si se viste y desviste enfrente de todos, sobrinos, hermanos, etc.[...] me da pena verla así." (M10)

Además de esto un 13.3% (2) se refirieron al tocarse y/o masturbarse como una posibilidad, por ejemplo:

"Yo si me meto los dedos para poder bañarme y limpiarme bien." (M3)

"[...] es valido [masturbarse] si un canijo lo hace porque tú no." (M6)

Sin embargo un 6.66% (1) señaló la dificultad no solo para tocarse por cuestiones de higiene y salud, sino también para masturbarse, para ejemplificar esto:

"[la exploración de mama] eso no sirve, yo solo me baño por encimita pero no me toco [...] solo me limpio por encimita, no me masturbo." (M2)

En ese mismo sentido un 33.3% (5) de las mujeres mencionaron que el poder hablar sobre su propio cuerpo era una vía para obtener placer no solo por ellas mismas, sino también con sus parejas sexuales, algunos ejemplos de esto:

"yo si sé lo que es un orgasmo, al principio de casada me costó mucho trabajo porque era muy fría, incluso no consentía que me tocara [su esposo] por eso tuvimos muchos problemas, pero con él dialogo se arreglaron las cosas y llegué a sentir placer con él." (M3)

"Yo si hago de todo con mi esposo, mejor hablo con mi esposo, incluso si veo a una chica o un chico guapo [...] le digo a mi esposo que vea, que no tiene nada de malo." (M1)

"Si yo no le digo a mi pareja que me gusta que me haga, como lo va a saber." (M12)

Finalmente un 6.66% (1) comento no saber lo que es un orgasmo y el no saber como es lo asocia con su infección

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"[...] nunca he tenido un orgasmo, siento que yo me infecte por querer saber lo que es un orgasmo anduve de relación en relación y lo único que conseguí fue infectarme." (M2)

Ejercicio sexual.

El 33.3% (5) de las mujeres mencionó que su primera relación sexual fue entre los 16 y 22 años de edad. De estas el 60% (3) fue con su marido, un 20% (1) con amigos y un 20% (1) más con su novio.

Sin embargo en el 100% (5) de los casos las mujeres manifestaron que esta primera vez fue desagradable, algunos ejemplos de esto son:

"Mi primera relación fue con un amigo, la cual no fue muy placentera [...] tenía como 22 años." (M4)

"Mi primera relación sexual fue a los 21 años y mi marido tenía 17, no fue muy agradable, cuando tuvimos una relación sexual completa no sentí nada, no me gusto [...]" (M12)

"La primera a los 20 años con el que fue mi esposo [...] no me gusto porque me dolió." (M14)

Además de lo desagradable de esta primera relación sexual un 40% (2) comento que esta se debió a la insistencia y/o a querer salirse de su casa por problemas.

"Mi primera relación sexual fue a los 16 años con mi marido, fue algo muy feo, yo no quería, pensé que al casarme iba a cambiar mi vida, yo me fui con él para salirme de mi casa porque mi abuela me golpeaba mucho [...]" (M2)

"Mi primera relación sexual fue a los 22 años con un novio que tuve que quise mucho y fue después de mucho insistir." (M3)

Por otro lado un 80% (4) de las mujeres señalaron que después de esta primera relación sexual las subsecuentes fueron placenteras, aunque cabe mencionar que algunas de estas (60%) fueron con parejas que conocieron después de la muerte de sus maridos, algunos ejemplos son:

"Mi marido tenía relaciones sexuales cuando él quería y no le interesaba si yo estaba satisfecha [...] después de 2 o 3 años de su muerte conocí a otra persona, con él sentí algo muy bonito, me sentía muy bien con él y me sentía seducida [...] para mí la manera en como me hizo el amor fue mi primera vez [...]." (M12)

"Después de que murió mi marido tuve otra pareja y tuve relaciones sexuales muy agradables, bonitas, con mucho cuidado." (M14)

A su vez un 6.66% (1) comentó que aunque sus primeras relaciones sexuales fueron con amigos y desagradables, después de estas la relación sexual con su pareja sexual fue placentera.

"Después viví en unión libre durante 14 años (ella no se casó, sus anteriores relaciones fueron con amigos) y en esta relación era muy placentera [...]." (M4)

Por otra parte el 100% (5) de las mujeres señalaron que sus primeras relaciones sexuales (tanto con novios, amigos y maridos) fueron sin utilizar protección. Al respecto del uso del condón y la posibilidad de infecciones ellas comentaron:

"No [use condón] porque pensamos que los maridos nos son fieles y vemos las infecciones lejos de nosotras." (M2)

"Es un error de las mujeres casadas o la gran mayoría piensan que sus maridos les van a ser fieles siempre, meten las manos al fuego por su marido." (M2)

"Con mi marido no lo utilice nunca, pero yo tampoco he sido una perita en dulce." (M2)

"Yo nunca anduve con uno y con otro, pero con mi marido no use condón." (M3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"A veces es difícil pedir el uso del condón, pero a veces a los hombres también les cuesta trabajo porque las mujeres piensan o nos podrían decir con quien andan." (M3)

"Había escuchado del VIH/SIDA en el radio pero lo veía muy lejos de mí." (M6)

"Yo nunca pensé que mi marido era fiel, pero por ignorancia no le pedía usar condón." (M12)

Finalmente el 93.3% (14) de las mujeres consideran el uso del condón en la actualidad para mantener relaciones sexuales y para evitar una reinfección, sin embargo un 6.66% (1) señaló que ha mantenido relaciones sexuales sin protección y otro 6.66% (1) se le dificulta su uso porque su esposo no lo acepta, aún sabiendo que la mujer está infectada por VIH/SIDA.

"[tuve relaciones sexuales] el no quiso utilizar condón." (M2)

"[...] no tengo completamente su apoyo pues no quiere utilizar condón." (M9)

Impacto del VIH/SIDA.

Uno de los aspectos que el VIH/SIDA impactó en un 60% (9) de las mujeres fue el de la sexualidad, ya que ellas consideran su infección como una limitante, en este sentido señalaron:

"[...] ahora ya no podría tener un orgasmo o una relación sexual satisfactoria, con mi esposo no sé ni porque sigo teniendo relaciones [...] tal vez es la costumbre." (M2)

"Ya no quiero saber nada de sexualidad y de relaciones sexuales." (M3)

"Me duele mucho que ya no puedo tener una familia, porque tengo miedo de infectarlos, yo si me quede con ganas de otro bebé [...]." (M3)

"[...] termine la relación porque tenía mucho miedo de comprometerme [...] considero que el ser positiva es un obstáculo, el también tuvo mucho miedo de infectarse [...]." (M12)

Otro aspecto que el 100% (15) de las mujeres señalaron fue el de la salud, en general todas se refirieron a esto como el miedo a la enfermedad y algunos ejemplos al respecto son:

"tengo mucho miedo que me digan que tengo hepatitis." (M1)

"Yo quisiera ser como antes, me siento muy triste por mis hijos, mi familia no lo sabe, siempre quiero estar bien para los otros." (M2)

"[...] los medicamentos en un principio me cayeron muy mal y poco a poco lo he ido asimilando, hay días en que amanezco muy deprimida y otros días que ni en cuenta." (M4)

"Me impacto ver la muerte de mi esposo y saber que estaba infectada y embarazada." (M6)

"Me impacto ver la cantidad de medicamentos que me dieron y aún más saber que me lo tenía que tomar de por vida y con el asco que me producía, pues si fue horrible y difícil adaptarse a tener que tomar tanto medicamento, después de estar acostumbrada a no tomar nada y tener una vida muy acelerada." (M7)

Además de esto un 13.3% (2) señaló que también fue muy impactante el tener que realizarles la prueba para VIH a sus hijos pequeños:

"Lo más difícil fue cuando los médicos dijeron que ahora mis hijos tenían que hacerse la prueba." (M1)

"hasta ahorita mi hija es negativa pero si me queda la duda." (M6)

Miedo a revelar su seropositividad.

En esta categoría el 93.3% (14) de las mujeres señalaron tener miedo a que se conozca su condición de portadoras de VIH/SIDA sobre todo por el rechazo que esto pudiera tener sobre sus familias, en especial los hijos, algunos comentarios al respecto fueron:

"Yo más que nada lo hago por mis hijos porque luego no quiero que los anden señalando, los niños son muy crueles entre ellos, además no tengo porque andarlo gritando a los cuatro vientos." (M1)

"Tengo miedo de dar la cara porque mi familia me rechazaría." (M2)

Este miedo también se observó ya que las mujeres no permitieron que se videograbaran o audiograbaran las sesiones del taller, o siquiera que aparecieran sus nombres propios en este reporte, al respecto ellas dijeron:

"yo no estoy dispuesta a ser filmada o grabada [...] es una situación muy difícil para nosotras, a veces a muchas de nosotras nos cuesta trabajo llegar a un taller así, ahora si somos grabadas con mayor razón." (M2)

"Lo que sea escrito, no hay ningún problema siempre y cuando no se mencionen nuestros verdaderos nombres." (M3)

Finalmente un 40% (6) de las mujeres también mencionaron que una de sus preocupaciones o miedos es el cómo revelar su diagnóstico de seropositividad a su familia y en especial a sus hijos, ya que esto podría tener consecuencias de rechazo hacia ellas, por ejemplo:

"Una de mis preocupaciones centrales es la orientación y el apoyo de mis hijos, como decirles que soy seropositiva." (M6)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Una de mis angustias es como decirles a mis hijos que soy seropositiva, porque ellos piensan que cuando una persona tiene VIH es porque el papá se acostó con muchas y/o la mamá con muchos." (M7)

Muerte.

En relación a esta categoría un 33.3% (5) de las mujeres definieron a la muerte como el fin de la vida, aunque se refirieron a ella como otro mundo, algunos ejemplos son:

"Para mi la muerte significa dejar mi cuerpo inerte, irme a otro mundo que todavía no logro descifrar si es que allá hay otra vida como se dice." (M3)

"El fin de nuestra vida en este mundo." (M4)

"Para mí la muerte es el fin de todo." (M5)

"Impacto fuerte al final de todo." (M15)

A su vez un 40% (2) hicieron referencia a cuestiones "espirituales" al respecto de la muerte, por ejemplo:

"Si podré encontrarme con algún ser querido que ya no está conmigo." (M3)

"Si existe otra vida después de la muerte, si hay gloria si hay infierno." (M4)

Por otro lado el 93.3% (14) de las mujeres al relacionar su condición de seropositividad con la muerte manifestaron una preocupación principal por sus hijos, al respecto señalaron:

"todavía no supero completamente la situación de estar viviendo con VIH, pues constantemente pienso en la muerte y me quiero aferrar a la vida, tengo miedo de morir, sobre todo me duele mucho dejar a mis hijos." (M2)

"He aprendido a vivir con el virus pero me duele mucho, no me quiero morir." (M4)

"Tengo miedo a la muerte, a la enfermedad y a dejar solos a mis hijos." (M5)

"Me duele mucho morir, quiero seguir viviendo [...] no lo hago tanto por mí sino por mis hijos, por los que están detrás de mí." (M7)

5.1.4. Otras categorías.

Implicación del profesional de la salud en el trabajo con pacientes seropositivos.

Un aspecto importante en el trabajo con pacientes seropositivos es hasta donde el profesional de la salud se involucra con ellos, lo cual es importante en su trabajo, en este sentido tenemos que un 77.7% (7) de los profesionales de la salud se refirieron a los pacientes seropositivos como personas que le han dejado muchas experiencias, entre los comentarios encontramos los siguientes:

"[...] yo aprendí algo muy bonito, fuera de aquí, cuando lo hablo como que me enterece que fue aprender de la gente seropositiva a disfrutar de la vida, porque muchos pensamos dentro de 10 años, de 5 años, cosas así no, voy a disfrutar de la vida y ellos como que por saber que tienen VIH, sienten que están marcados para morir [...] y yo creo que eso es lo que uno aprende al trabajar con gente seropositiva, sacarle la esencia de la vida." (Adrián)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"[...] la experiencia me ha enseñado que es posible aprender a vivir con VIH, no se pierde ninguna cualidad del ser humano al contrario pueden surgir nuevas alternativas y realmente yo he recibido muchas enseñanzas de parte de la gente, gente que me ha enseñado muchas lecciones de valor de coraje y de querer seguir luchando." (Ismael)

"el grupo [el de mujeres] es privilegiado por su condición y por esto a veces me siento fuera del grupo, por eso en ocasiones no participo, pero el grupo me ha enseñado mucho como profesional y que me ha ayudado en mi crecimiento personal, yo las veo como gentes de quienes he aprendido mucho de su dolor." (Xóchitl)

Además de esto un 22.2% (2) de los profesionales refirieron que por esta implicación que tienen con los pacientes seropositivos se incluyen aspectos emocionales que son necesarios de trabajar sobre todo cuando hay pérdidas, por ejemplo:

"[el VIH me da la oportunidad] de ver de manera diferente los aspectos de pérdidas del ser humano, el manejo de todo lo que es pérdidas y de todo lo que serían los aspectos afectivos del ser humano, como influyen en el padecimiento en el aspecto biológico de la enfermedad y que no es adecuado deslindar los aspectos biológicos de los aspectos psicológicos y sociales del individuo[...]." (Fidel)

"[...] muchos de nuestros pacientes los conocemos y los conocemos no como pacientes los conocemos como seres humanos, chavos y chavas, hombres y mujeres que te platican como es su vida, que te platican como se infectaron, sobre sus proyectos y depositan en ti tanta confianza que dices oye y si te falló que hago y hemos fallado en dos veces, en dos ocasiones con ellos, porque ha habido dos muertos, hicimos hasta lo que pudimos como profesionales, pero nos parte el alma y obviamente también nos pueden emocionalmente[...]." (Javier)

Finalmente un 33.3% (1) de los profesionales de la salud que participaron en el taller señalaron la dificultad de implicarse en un grupo con ciertas características, por ejemplo:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"[...] como observadora me es difícil implicarme en un grupo homogéneo con la característica de la seropositividad [...] más que participante estoy como observadora [...] estoy más al pendiente del trabajo que ustedes realizan al frente del grupo." (Claudia)

Otro aspecto importante a señalar en relación a la implicación del profesional de salud es que un 11.1% (1) hizo referencia a que el trabajo con pacientes seropositivos ha tenido cierto impacto en el plano sexual de estos, por ejemplo:

"[...] refuerza mi orientación sexual, mi sexualidad y mis cuidados[...]" (Javier)

Finalmente otro 33.3% (1) de los profesionales que fueron participes en el taller de mujeres hizo referencia a cuestiones sexuales en su persona, las cuales dijo han sido posible hablarlas gracias a la confianza que tiene y siente en el grupo.

"me cuesta trabajo él tocarme o siquiera desnudarme frente a otras personas, cuando me voy a cambiar de ropa o a ponerme pijama lo hago sola, me da pena desnudarme frente a mi esposo, por ejemplo cuando mi pareja me da un "arrimón" o un apapacho a mí me molesta, estoy chapada a la antigua y todas mis hermanas son así, por ejemplo nunca vi que mis papás tuvieran relaciones sexuales, solo se daban "demostraciones discretas de afecto", pero nada más, nunca vi desnuda a mi mamá o a hermanos y me cuesta trabajo, uno de mis hijos el más chico es muy pícaro y pregunta mucho el porque de las cosas, mi otro hijo se apena y se agacha cuando por ejemplo de casualidad me llega a ver desnuda, mi hijo más pequeño hace preguntas que no se como responder por ejemplo una vez me pregunto sobre como tienen hijos los animales, yo le pregunte que para que quería saber eso y me hice la loca y le dije que después le explicaba, aunque nunca le explique después, el que lo hace es mi esposo porque es más concreto y abierto, mucho de esto depende de la educación que me dieron mis padres."
(Xóchitl)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El quehacer del profesional de la salud en el trabajo con pacientes seropositivos.

Para esta categoría se retomaron los datos obtenidos por las entrevistas para conocer que hacen los profesionales de la salud en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA,

En cuanto al quehacer de los médicos estos coincidieron en un 100% (3) en que el trabajo que se hace en consulta con pacientes seropositivos no es diferente al de otras personas que asisten a una consulta médica, así mencionaron:

"asesorarlos sobre cosas que no entienden sobre ajustar dosis de medicamentos, proponer a los médicos tratantes nuevos sistemas de tratamiento, tener algunos diagnósticos que el médico tratante no ha tenido, etc." (Angel)

"revisar al paciente, la entrevista, ver los aspectos sintomáticos que puedan tener los pacientes y revisarlos desde el punto de vista médico para llegar a algún diagnóstico, esto es lo que se hace normalmente con cualquier paciente [...] las actividades son asistenciales, de asistencia médica, ver a los pacientes, reajustarles un poco las dosis de medicamentos, ver los problemas agregados que tienen, darles algún tipo de tratamiento para esto." (Fidel)

Además de esto un 33.3% (1) de los entrevistados señalaron que en ocasiones se dificulta el tratamiento médico y/o psicológico en las mujeres dado que no asisten a consulta en muchas veces, por ejemplo:

"antes que ellas, antes de atenderse ellas, esta el marido, los hijos, la casa, el trabajo, la comida y al ultimo ellas [...] yo creo que es un rollo muy emocional no me puedo enfermar porque tengo que sacar todo adelante [...]" (Javier)

En lo que respecta a los psicólogos el 100% (2) señaló que las actividades que realizan con pacientes seropositivos son de pre y post- consejería, así como un seguimiento en donde se incluye la terapia, algunos ejemplos de esto son:

"nosotros tenemos que hacer una entrevista que le llamamos de consejería pre-prueba y que es todo un modelo basado en la psicología del counseling para poder brindar apoyo emocional, para dar información y ayudar a que la gente tome una decisión informada respecto a la prueba, aquí si se decide tomársela tenga ese apoyo, si después de que la gente se toma la muestra recibe su resultado que lo llamamos de consejería post prueba, nosotros entregamos el resultado, básicamente todo este apoyo gira alrededor de brindar un asesoramiento y una atención emocional, porque la prueba supone pues muchísimas cosas de terapia psicosocial, no, desde cuestiones emocionales, cuestiones legales y bueno esto hace que sea necesario este tipo de apoyo, ya una vez que la gente es detectada como VIH positivo, podemos intervenir también de muchas maneras, trabajando con ellos en psicoterapia individual y de grupo, y sobre todo haciendo referencia o canalización a otras áreas, lo que pretendemos es dar un servicio, una atención integral que cubra diferentes aspectos de la situación.". (Ismael)

"hago todavía prueba y post prueba, rara vez, ahorita casi por lo regular son terapias, seguimientos con personas que viven con VIH debido a que nada más vengo un día, entonces, atiendo a veces 3 o 4 pacientes [...].". (Adrián)

"atención en casa y psicoterapia individual o de grupo, pareja o familia, y también hacemos terapias alternativas como reiki y flores de bach, y también el área social que incluye lo que es capacitación y tienen diferentes programas.". (Ismael)

"[...] El psicólogo empieza a manejar emociones con el paciente al que se le entrega el resultado de VIH con todo esta parte de ir cambiándole si es trágico saberse infectado, si es lamentable saberse que se ve con VIH, pero también si te están quedando 10, 15 o 20 años, o 10 días, entonces vamos a disfrutar los diez días, empízate a cambiar como el rollo, quiero decirte que son diferentes las etapas por las que pasa el paciente y obviamente hay que ver en cual se esta enfrascando, y trabajar en ella para salir y al mismo tiempo es hacerle la invitación a la atención clínica.". (Javier)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo las actividades de consejería y terapia no son exclusivas de los psicólogos, ya que también lo médicos y los trabajadores sociales (16.6%) (1) realizan estas actividades, por ejemplo:

"un proceso que va desde lo que es una entrevista inicial con el paciente, una entrevista educativa, como un corte educativo en el que vamos proporcionando información impresa, este, información a través de películas, videos a el y a la familia ¿por qué? Porque muchas veces como el SIDA ha sido tan estigmatizado el paciente piensa que saliendo de aquí, todo mundo se va a dar cuenta que tiene sida, entonces hay que disminuir la ansiedad con el paciente, entonces este tipo de entrevistas van encaminadas a eso, el objetivo principal es disminuir la angustia [después ya en terapia] después nos vamos a otros objetivos como equilibrar el sentido de culpa, darle universalidad al problema ¿cómo? Pues hacerlo patente a los demás miembros de la familia con los cuales tenga buenas relaciones el paciente." (Agustín)

En relación a la prevención del VIH/SIDA un 50% (3) refirió que en esta área trabajan sobre talleres, pláticas, etc., algunos ejemplos de esto son:

"tenemos un taller que es para padres, uno que es para adolescentes y tenemos uno que es directamente para el propio personal, en el caso del de los padres y los adolescentes por el tiempo que ellos pueden acudir nada más en una misma semana por ejemplo les damos aspectos de educación sexual, aspectos de las ETS y dentro de ellas el VIH, y los aspectos de prevención y con respecto a estas a planificación familiar y ahí damos dentro de esto vemos la utilización del condón [...]". (Fidel)

"[...] lo que esta en prevención sería más bien capacitación a través de información para sensibilizar e informar y educación también." (Ismael)

"talleres de sexualidad para adolescentes con diferente orientación sexual [...] el m objetivo, la atención, la aceptación, de hecho el objetivo del taller es algo libre, es la apropiación de espacios tanto internos como puede ser la autoestima, el cuerpo que ahí vendría la prevención del VIH, el que te quieras, el que te cuides, el auto cuidado aunque tengas VIH es importante"

también el auto cuidado, que te puedas apegar a un tratamiento psicológico, médico, etc., y también apropiarse de espacios externos, no, como podría ser salir del closet, si lo consideran oportuno, buscar hacer algo por los demás, por las personas que también tienen la misma orientación sexual.”. (Adrián)

Finalmente un 16.6% (1) se refirió a la prevención de la infección por VIH/SIDA como una cuestión en donde se sabe que hacer para prevenir su transmisión por vía perinatal, pero que no sé esta realizando a pesar de esto, para ejemplificar esto encontramos:

“[...]si revisas una cosa que se llama seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas, te vas a las clínicas de embarazo y haces un estudio de cuantas salen infectadas, hace cinco años era 0.04% ahora es el 0.09% o sea se duplico en cinco años el número de mujeres embarazadas VIH positivas desde hace seis años sabemos como prevenir la transmisión perinatal y como evitar que esas mujeres VIH positivas que están embarazadas transmitan la infección al bebé, y lo que yo veo con los hospitales de ginecoobstetricia es que nadie esta moviendo un dedo para evitarlo y eso si me parece bastante tremendo, me pregunto cuantos niños VIH positivos han nacido que pudieron haberse evitado y te lo digo porque he tenido chance de ir en los últimos dos años a hospitales de ginecoobstetricia a dar charlas y lo he platicado con los médicos y esto que le estoy platicando se sabe desde el 96 y quiero suponer que ustedes ya han hecho algo, y díganme que han hecho nada, y son hospitales de concentración que no se dedican a otra cosa más que a eso, entonces yo lo que veo mucho es que hay una discrepancia enorme entre lo que sabemos ahora acerca del VIH y lo que se lleva a la practica [...]”. (Angel)

5.1.5. Síntesis de dos casos de mujeres seropositivas.

Para ejemplificar de una manera más amplia el relato de la historia de vida de las mujeres seropositivas participantes en el taller se considero pertinente retomar dos de los casos que al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

investigador le parecieron significativos para dar cuenta de cómo se cruzan las dimensiones de lo social y lo psicológico en un individuo, por tal razón a continuación se mencionan los casos de M2 y M4.

M2 es una mujer de 38 años de edad, casada con 2 hijos adolescentes. El tiempo de saberse infectada por VIH/SIDA es de 4 años. M2 es una mujer extrovertida, la cual durante el transcurso del taller siempre habló mucho y siempre se mostró interesada por los temas que se dieron, sin embargo contradictoria en su relato, lo que de repente me hacía pensar si ella realmente se ha dado cuenta de su infección.

El relato que ella hace al respecto de la forma en que se enteró de su diagnóstico es el siguiente:

" Me sentía muy mal de la garganta, fui a ver a un amigo y le conté lo que me pasaba, me propuso hacerme unos estudios, al día siguiente le hable para decirle que me sentía muy mal, él me dijo que tenía que ir a su consultorio porque lo que tenía no era cosa de juego, ya no trabaje fui a verlo y me dijo que estaba infectada de SIDA, después de oír lo que me dijo me puse a llorar, lloraba y lloraba tanto que no escuche todo lo que me decía. Salí del consultorio como si fuera en el aire, camine y camine mucho estaba a punto de atropellarme un carro, después decidí tomar un taxi, le dije que me llevara a mi casa, cuando llegue estaba mi esposo durmiendo, le conté lo que pasaba y se enojó mucho, dijo que el doctor estaba loco.

Ese día fui a ver a mi cuñado y le dije lo que pasaba, me hablo mucho de esta enfermedad, solo que a mi nada me consolaba, porque pensaba que mis hijos se iban a quedar solos. Lloraba y le decía a dios ¿porque a mí?, en ese momento me arrepentí de todo lo que había pedido, que me llevara con él en ese momento, ya no quería morir, era tanta mi angustia que me fui a la iglesia, ese día me paso algo muy bonito le pedí a dios solamente tres años mientras mi hijo terminaba su prepa, estaba en eso cuando vi una luz muy bonita y me desmaye, cuando volví estaba una señora conmigo y un señor me pregunto si estaba enferma y me dijo que solo para la muerte no había remedio, salí de la iglesia y como por arte de magia se me quito la angustia, ¡ese día fue cuando me cambio la vida".

M2 dio su opinión con respecto a la forma en que pudo infectarse su marido:

"mi esposo tenia muchos amigos, entre ellos homosexuales y se la pasaba tomando con ellos y quien sabe ya tomados tal vez tuvo relaciones con ellos y a lo mejor se infecto con un hombre."

Sin embargo ella también señalo que no sabe si realmente su marido fue quien la infectó, ya que ella ha tenido otras parejas sexuales en las que tampoco se protegió, al respecto comento:

"Con mi marido no lo utilice nunca, pero yo tampoco he sido una perita en dulce."

"No acuharía de relatar todas mis experiencias sexuales aunque tuviera un cuaderno."

Respecto a sus relaciones sexuales esta mujer comentó lo siguiente:

"Mi primera relación sexual fue a los 16 años con mi marido, fue algo muy feo, yo no quería, pensé que al casarme iba a cambiar mi vida, yo me fui con él para salirme de mi casa porque mi abuela me golpeaba mucho [...]".

"Yo no sabía lo que era perder la virginidad, me fui con mi novio (su marido) y fue una experiencia muy fea, nunca he experimentado un orgasmo, siento que siempre me utilizan en una relación sexual, siento que si he querido a mis parejas, pero nunca he sentido un orgasmo, siento que yo me infecte por eso por querer saber lo que es un orgasmo, anduve de relación en relación y lo único que conseguí fue infectarme."

M2 comento también que en su casa nunca se hablo sobre sexualidad, que solo le hacían comentarios que ella no entendía:

"mi abuela solo me decía cuidense mucho, la mujer es como un cristal, una vez que se quiebra ya no sirve."

Además de esto ella comentó que la desnudez era vergonzosa y que el tocarse su propio cuerpo le resultaba difícil.

"Me cuesta trabajo esto [la desnudez], ni mis hijos me han visto o ellos han estado desnudos."

"[la exploración de mama] eso no sirve, yo solo me baño por encimita pero no me toco [...] solo me limpio por encimita, no me masturbo."

M2 habla del porque las mujeres casadas no utilizan protección con sus esposos:

"No fuese condón] porque pensamos que los maridos nos son fieles y vemos las infecciones lejos de nosotras."

"Es un error de las mujeres casadas o la gran mayoría piensan que sus maridos les van a ser fieles siempre, meten las manos al fuego por su marido."

Esta mujer también habló de que cuando supo que su marido también estaba infectado lo miro con odio, así como también se separo de él debido a su falta de apoyo:

"inicialmente mi esposo no me apoyo [...] me separe de mi esposo, actualmente tengo una nueva relación de pareja. Mi esposo me decía que nadie me iba a querer así como estaba, después que me entere que el también estaba infectado [...]."

Sin embargo al transcurrir el taller esta misma mujer comento que estaba nuevamente con su esposo a pesar de la insatisfacción sexual que tiene con él.

"Ahora ya no podría tener un orgasmo o una relación sexual satisfactoria, no sé porque tengo relaciones sexuales con mi esposo, porque no siento nada [...] tal vez es la costumbre."

Además de este comentario, M2 habla de que su esposo la insulta, pero a la vez menciona que necesita del apoyo de su pareja, por ejemplo:

"Mi esposo me dijo que no servía para nada, que nadie me iba a querer así como estaba [...] como mujeres a veces necesitamos saber que nos quieren no solo las amigas, a veces necesitamos otro tipo de cariño [...] él me decía que pronto me iba a morir y nos es cierto [...] me dijo que estaba podrida por dentro."

Algo importante por mencionar es que esta mujer sabiéndose infectada y de la posibilidad de una reinfección, ella sigue manteniendo relaciones sexuales tanto con su esposo como con otros hombres, por ejemplo:

"[tuve relaciones sexuales con un amigo] el no quiso utilizar condón."

Por otro lado M2 señaló que su condición de seropositividad le preocupa sobre todo por sus hijos:

"Siento que todavía no supero completamente la situación de estar viviendo con VIH, pues constantemente pienso en la muerte y me quiero aferrar a la vida, tengo miedo de morir, sobre todo me duele mucho dejar a mis hijos, uno de ellos el de 17 años cuando se enteró que era seropositiva se deprimió muchísimo, casi no salía, estaba muy delgado tanto que yo pensaba si el no estaría infectado también, me siento muy angustiada por esta situación [...]."

Sin embargo M2 comenta también que debido a su condición ya no es la misma de antes, el apoyo del grupo la ha ayudado a salir adelante:

"[...] quiero volver a ser la misma, antes era feliz y después que me dieron el diagnóstico me volví triste, ya no canto, antes mi mirada era más triste, en el grupo me siento bien, mi tristeza ha disminuido, desde que platico, me peleé con ellas; ellas son las únicas amigas que tengo."

Finalmente M2 considera que el VIH/SIDA es difícil de aceptar para otras personas y por eso no quiere revelar su diagnóstico, por las consecuencias que podría tener para ella y su familia, además de que plantea su posición para la publicación.

"Tengo miedo de dar la cara porque mi familia me rechazaría."

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"yo no estoy dispuesta a ser filmada o grabada [...] es una situación muy difícil para nosotras, a veces a muchas de nosotras nos cuesta trabajo llegar a un taller así, ahora si somos grabadas con mayor razón."

M4 es una mujer de 55 años de edad, tiene una hija, es soltera y tiene 3 años de saber que es portadora de VIH/SIDA. Esta mujer es de un carácter muy amable, reservada, seria y conciente de su situación, durante el transcurso del taller siempre mostró un interés particular no solo en los temas vistos, sino también en los relatos que hacían sus demás compañeras, sin embargo hubo ocasiones en las que se mantuvo callada y con cierta pena para hablar sobre ciertas cosas de su vida personal.

El relato que hace ella de su diagnóstico es el siguiente:

"Yo empecé con herpes y todavía no sabía que tenía el virus, le comente a una prima que es enfermera y me dijo "ya te fregaste", vete a hacer unos estudios de SIDA, fui a hacerme los análisis y ahí me confirmaron el diagnóstico."

M4 señala que al enterarse de su diagnóstico se sintió muy mal :

"Cuando me dieron el diagnóstico me sentí muy mal y muy angustiada."

Sin embargo también hizo mención a que su enfermedad la ha ayudado mucho, aunque no deja de culparse en ocasiones:

"Gracias a mi enfermedad me he acercado mucho a Dios y he cambiado mucho, estoy feliz y he aprendido a vivir con la enfermedad."

"Me siento culpable por no haber sido responsable de mis actos."

Por otro lado M4 hace un relato sobre su vida sexual:

"Mi primera relación fue con un amigo, la cual no fue muy placentera y en la que no me protegí con nada. Tenía como 22 años. Después tuve relaciones con otros amigos en diferente tiempo, en los cuales sí me protegí con condón, tenía como 28 a 30 años. Después viví en unión libre durante 14 años y en esta relación era muy placentera, pero nunca imagine las consecuencias de esta relación, ya que me contagio del virus VIH."

Algo importante a señalar sobre esta mujer es que ella me hizo dos comentarios que no quiso exponer ante el grupo, uno que fue que durante su infancia sufrió de incesto y el segundo que una de sus parejas sexuales fue una mujer, es decir que ella es bisexual, pero que no quería que se comentara con las demás mujeres por que ella dijo que *"eso no lo iban a entender"*.

Por otra parte M4 al igual que las demás mujeres comentó que su preocupación principal es su hija, ya que aunque ella la apoya mucho, a M4 le preocupa su estado de salud, además de que ella se siente mal por que no puede realizar ciertas cosas debido a su enfermedad.

"Mi hija me apoya mucho en esto, yo quisiera hacer otras cosas, me duele sobre todo porque mi hija trabaja, se cansa mucho, tiene muchas responsabilidades."

Sin embargo M4 también comento que hay miembros de su familia que dicen que la apoyan, pero que tienen actitudes de rechazo hacia ella, por ejemplo:

"Mi hermana me discriminaba mucho en cuanto a las medidas asépticas [...]".

Finalmente M4 señala su posición frente a la muerte y el miedo que ella le tiene a esto.

"Para mí la muerte es el fin de nuestra vida en este mundo". Las dudas que tengo es que si existe otra vida después de la muerte, si hay gloria, si hay infierno."

"He aprendido a vivir con el virus pero me duele mucho, no me quiero morir."

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO SEIS.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Retomando las categorías de análisis anteriormente señaladas los resultados que se encontraron con respecto a estas fueron los siguientes.

Pudimos observar que los profesionales de la salud no se refirieron a cuestiones macro sociales, lo cual es de llamar la atención debido a la importancia que cobra el tener presente que es lo que esta haciendo la sociedad en general para frenar la epidemia del VIH/SIDA, que serviría de pauta para constatar si verdaderamente es real lo que se dice que se hace.

Sin embargo a partir de la retraducción de sus discursos encontramos que respecto a la categoría relacionada con las "*políticas sobre el acceso a medicamentos*" estos son distribuidos a las personas que son derechohabientes de una institución pública, por esta razón y tomando en cuenta los altos costos de los medicamentos para la infección por VIH/SIDA hablamos de que una gran cantidad de personas afectadas por este mal no tienen los medios suficientes para obtenerlos aunque existen donaciones de medicamentos otorgados por Organismos no gubernamentales que pueden darse a estas personas, estos resultan insuficientes y en cierta forma ineficaces dado que no cubren el cuadro completo de los medicamentos requeridos.

Además de esto es preciso señalar que muchas personas tienen derecho a instituciones de salud por corto tiempo por ejemplo una observación que se dio en el transcurso del taller para mujeres seropositivas fue que una de ellas dejo de asistir a este grupo dado que su seguridad social a la institución pública fue terminada, lo cual restringió su acceso a la institución y por ende al grupo y a los medicamentos.

Con respecto a las "*políticas sobre el deshecho de material infectado*" encontramos que lo que se hace dentro de las instituciones que trabajan con material infecto contagioso coincide con las políticas generales que se tienen que seguir según las normas oficiales Sin embargo también se pudo observar que en cuanto al "*manejo de pacientes seropositivos*" aunque se conocen las medidas universales de prevención, estas no son utilizadas en un 33.3% de los casos, ya que no se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

considera el riesgo de infección, esto se pudo percibir además de lo dicho en las entrevistas, ya que en una institución pública a la que acudimos a hacer una entrevista se observó que el personal que toma las muestras de sangre y los exudados de la garganta no utiliza ninguna medida preventiva. Lo anterior permite hacer una reflexión sobre el hecho de que algunos profesionales de la salud sabiendo que el VIH/SIDA es altamente infeccioso, aún así no utilizan medidas preventivas sobre todo cuando se van a llevar a cabo tomas de muestra en donde podrían entrar en contacto con secreciones que los pudieran poner en riesgo de infecciones, esto nos hace remitirnos a una pregunta importante ¿qué no perciben el riesgo? ó ¿creen que por ser expertos en esta área no se van a infectar?.

En relación a "*la prevención del VIH/SIDA*" encontramos que en las instituciones públicas se sigue considerando el uso y distribución de los condones con un fin casi netamente de planificación familiar, además de que se observó que esta distribución se hace solo cuando la persona va a un área específica de la institución y los pide, así como también es limitada su distribución a cierto número por persona. En este sentido sería importante señalar que porque si se considera que el condón es una de las medidas preventivas más eficaces para evitar la transmisión del VIH/SIDA por vía sexual, se sigue restringiendo su uso, permitiendo así que muchas personas infectadas o no sigan manteniendo relaciones sexuales sin protección.

Dentro de esta misma categoría se observó que solo la FMLS retoma diferentes programas de información a nivel preventivo, mientras que las instituciones públicas de salud no lo hacen, aunque cabe señalar que algunas de estas instituciones mantienen un trabajo permanente con organismos no gubernamentales.

Por otra parte al referirnos a las "*categorías ubicadas a nivel intermedio relacionado con lo institucional*" podemos dar cuenta de que los diferentes agentes mediadores de una sociedad determinada también ofrecen discursos relacionados al VIH/SIDA, aunque estos discursos son influenciados por las políticas generales que ofrece la sociedad. En este sentido encontramos que la familia al enterarse de la seropositividad de alguno de los miembros (en este caso de las mujeres) aunque manifiestan el apoyo hacia ellas, a su vez mantienen actitudes de rechazo, lo cual guarda una estrecha relación con los mitos que giran alrededor de la infección por

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIIH/SIDA, en el sentido de que todavía se piensa que una persona se podría infectar por utilizar los mismos utensilios que una persona seropositiva, por ejemplo "*[...] no tomen del vaso de su tía porque esta enferma [...]*". Además de que se encontró que las personas que rechazan tajantemente a las mujeres infectadas consideran la infección como un impedimento para establecer relaciones futuras, por ejemplo "*mi suegra me dijo que ya nadie me iba a querer así como estaba toda jodida [...]*" ó "*mi esposo me dijo que ya no servía para nada, que nadie me iba a querer así como estaba [...]*".

Lo anterior permite establecer que la familia al mantener estas actitudes contradictorias, hace que las personas con una condición "inaceptable" como el VIH/SIDA, busquen personas en igualdad de condiciones, donde se sientan que pertenecen y que sean aceptadas por sus características.

En relación a la "*percepción institucional con respecto a la transmisión del VIH/SIDA en mujeres*" el 100% de los entrevistados comentaron que las mujeres se infectan a través del marido en su mayoría, lo cual coincide tanto con los datos estadísticos proporcionados por CONASIDA, como con la forma en que las mujeres participantes en la presente investigación se infectaron, aunque cabe señalar que aunque efectivamente la mayoría fueron infectadas por sus esposos o parejas sexuales estables, un 13.3% (2) se infectó a través de relaciones sexuales extramaritales y otro 13.3% (2) tiene dudas con respecto a si su esposo fue el medio de transmisión.

En este mismo sentido los profesionales de la salud consideraron que la vía de infección de los esposos es la bisexualidad y aunque esto coincide con los datos reportados por CONASIDA, es necesario señalar que las mujeres infectadas no tienen la certeza de la manera en que sus esposos se infectaron debido a que en muchos de los casos el diagnóstico se dio poco antes de la muerte de los cónyuges, además de que esto no es preguntado por las mujeres en los casos en donde la pareja sexual vive aún. Esto considero que podría ser por un lado por la represión que tienen tanto hombres como mujeres para hablar de aspectos de tipo sexual, donde podría cuestionarse sus valores y tal vez enfrentarse a discusiones; y por otro lado tal vez por el dolor que podría sentirse al saber cual fue el medio de transmisión de la infección, por lo que se evita hablar de esto para protegerse.

Por otro lado respecto al uso del condón tanto las entrevistas con los profesionales de la salud como los relatos que dan las mujeres infectadas coinciden en que es difícil que las mujeres propongan el uso del condón debido a cuestiones de tipo cultural, ya que como menciona Egremy (2001) esto derivaría en dudas en cuanto a la moralidad de las propias mujeres.

En relación a esto sería importante reflexionar sobre él porque de este hecho. Porque a las mujeres se les tiene que cuestionar sobre su sexualidad al solicitar protección y dudar sobre el número y tipo de experiencias sexuales que pudieran haber tenido, y no así para los hombres a los que se les permite vivir su sexualidad más abiertamente. Además en muchas ocasiones los varones no utilizan protección poniendo de esta manera en riesgo a sus esposas o parejas estables. En mi opinión este fenómeno tiene que ver con los roles de género en los que la mujer no habla de su sexualidad y mucho menos exige protección, ya que se espera que las mujeres no expresen sus necesidades sexuales, además de que se considera que la mujer debe tomar un papel pasivo en las relaciones sexuales.

Sin embargo esto no es solo en el caso de las mujeres que están casadas, también en el caso de las mujeres que tuvieron relaciones sexuales extramaritales y que resultaron infectadas por la dificultad de pedir protección, no se habla con los esposos de esto solo hasta que se ve deteriorada la salud física y la posibilidad de que la pareja sexual estable pudiera infectarse también.

En este sentido los entrevistados mencionaron que la sociedad a través de diversas instituciones entre las que se encuentra la familia heredan la cultura que es manifestada a través de conocimientos, creencias, costumbres, actitudes, normas y pautas de comportamiento respecto a la sexualidad, lo cual hace posible que exista una "doble moral", en la que por un lado una persona puede ser vista como una persona "decente" y por otro lado expresar y actuar a escondidas su sexualidad por no ser tachado como inmoral o indecente.

En cuanto a la *"percepción institucional con respecto a las actitudes del personal hacia pacientes seropositivos"* se observó que dentro de las instituciones públicas se manifestó el hecho de que el personal que ahí labora mantiene actitudes de rechazo hacia las personas infectadas por VIH/SIDA, mientras que en la FMI.S las actitudes son de cordialidad y respeto.

Esto nos hace detenernos a reflexionar sobre porque muchos de los pacientes que viven con VIH/SIDA prefieren acudir a instituciones en donde no se les juzgue y se les traté con respeto, cosa que no hacen en la gran mayoría de instituciones de salud públicas, lo cual hace desde mi punto de vista que la imagen de estas instituciones se deteriore cada día más.

Por otra parte en relación al *nivel individual* se analizaron las categorías de diagnóstico, la forma de adquirir el VIH/SIDA, la conceptualización de la sexualidad, la relación con el propio cuerpo y el de otros, el ejercicio sexual, el impacto del VIH/SIDA, el miedo a revelar su seropositividad y la muerte.

En cuanto a la categoría del "*diagnostico*" el 100% de las mujeres comento que el enterarse de su seropositividad fue muy doloroso. La forma en que se enteran de esto fue diferente entre ellas, en este sentido un 76.6% se entero por problemas de salud y un 13.3% por el diagnóstico de sus maridos, en relación a esto es importante señalar que en ninguno de los casos de mujeres infectadas el diagnóstico se dio por iniciativa de realizarse la prueba por una cuestión de prevención, sino más bien por problemas de salud o por la muerte de su pareja sexual. Lo cual nos permite pensar que entre las mujeres no hay percepción de riesgo en cuanto a infecciones de transmisión sexual, pues se sienten seguras con sus maridos por estar casadas, además de que nos habla de la falta de interés de las mujeres por cuidar su salud física.

Además de esto las mujeres señalaron la dificultad de aceptación del diagnóstico en un principio, aunque mencionaron que en la actualidad esto ha sido posible gracias al grupo y a cuestiones espirituales, esto nos hace remitirnos al hecho de que una persona que se enfrenta a una enfermedad como el VIH/SIDA tan estigmatizada y rechazada socialmente requiere de adherirse a un grupo con características similares, en donde se sienta incluido y no rechazado, además de que el grupo sirve para contener la angustia de las mujeres, ya que se sienten en confianza para poder hablar con personas que están en las mismas condiciones. Lo anterior es debido en gran medida a los mitos que giran alrededor de la infección, ya que a pesar de hoy en día se sabe que el convivir con una persona seropositiva no presenta riesgo de infección, se siguen teniendo miedos a estar cerca de una persona VIH positiva, lo cual permite que estas personas sigan siendo discriminadas en los diversos ámbitos sociales

En relación a esto personalmente creo que aunque se tengan los conocimientos de las formas de transmisión de esta infección, en ocasiones te invade cierto miedo, los cuales no tienen fundamentos, pero que están presentes y que de alguna manera influyen en la relación que establezcas con personas en estas condiciones.

En relación a la categoría sobre la "*forma de adquirir el VIH/SIDA*" las mujeres que sostuvieron relaciones sexuales extramaritales y cuya consecuencia fue la infección por VIH/SIDA mostraron sentimientos de pena y culpabilidad sobre esto, en este sentido Fernández de González (1982) señala la connotación simbólica que tienen las conductas sexuales que están al margen de la institución del matrimonio.

En este mismo sentido en nuestra cultura existe una clara influencia de la iglesia, que ha introducido las nociones de pecado y culpa en torno a las manifestaciones sexuales, lo que se retraduce en castigos por haber faltado a lo que ordena esta institución, y muchas veces la infección por VIH/SIDA es vista como castigo divino por tener ciertas conductas que salen de las normas establecidas, además de que la iglesia influye en la utilización del condón, ya que el discurso de esta institución es que el matrimonio es el único medio para poder tener hijos, por lo que no se deben utilizar medidas precautorias para esto, ya que se debe recibir a los hijos que dios les mande en su unión.

Lo anterior también tiene que ver con la forma en la que se relacionan (en este caso las mujeres que tuvieron relaciones sexuales extramaritales) con las demás integrantes del grupo, porque esto de alguna manera influye en su forma de ser y de comportarse ante el grupo, debido tal vez a la culpabilidad que sienten, así como la pena que podría derivar en juicios de valor por haberse infectado de manera diferente a las otras.

En cuanto a la "*conceptualización de la sexualidad*" observamos que para la mayoría de las mujeres resulta difícil definir lo que es la sexualidad; generalmente esta es concebida como sinónimo de genitalidad (relación sexual genital) y esta asociada con conceptos tales como el amor y la comprensión.

Estos últimos conceptos en muchas de las ocasiones opacan la percepción de las mujeres en relación a que sus maridos o parejas sexuales estables puedan ser la vía de algún daño para ellas, lo que trae como consecuencia que las mujeres no pidan o utilicen el condón en sus relaciones

sexuales, esto es sustentado no solo a través de las observaciones sino también por lo que mencionan diferentes autores como Worth (1999) y Egremy (2001); lo cuales señalan que el amor y la confianza de las mujeres hacia sus maridos hacen que se supriman las propias necesidades poniendo en peligro su propia salud.

Sin embargo yo considero que esto no solo pasa en el caso de las mujeres, sino también en el de los hombres, porque ciertamente hay hombres que también confían en sus mujeres y que por esta razón no proponen la protección en sus relaciones sexuales.

Respecto a la *"relación con el propio cuerpo y el de otros"* un 26.6% de las mujeres hicieron mención de los sentimientos que provoca la desnudez en ellas, refiriéndose en su mayoría a la pena, lo cual también tiene influencia sobre las cuestiones de higiene, salud y el propio goce sexual. Sin embargo un 33.3% de las mujeres se refirió a estas cuestiones como una vía para obtener placer desde ellas mismas y desde otros.

En relación a esto podemos decir que debido a estos sentimientos que provoca no solo el tocarse, sino el hablar respecto a cuestiones sexuales, nos hace detenernos a pensar en que así como estas mujeres tuvieron una educación sexual ya sea implícita o explícita dentro de su núcleo familiar, ellas también actúan como agentes mediadores de las cuestiones culturales respecto a la sexualidad. Muchas de ellas no tuvieron la oportunidad de hablar sobre la sexualidad en la familia, sin embargo recibieron mensajes contradictorios respecto a la sexualidad sobre todo en el terreno represivo, por ejemplo una de las mujeres menciona lo siguiente *"mi abuela solo me decía cuidense mucho, la mujer es como un cristal, una vez que se quiebra ya no sirve"*. Como resultado de esto las mujeres también transmiten mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad con sus propios hijos, por ejemplo una de ellas menciona antes de iniciar una de las sesiones que ella les decía a sus hijas que tuvieran los novios que ellas quisieran, pero que si las llegaba a ver las iba a golpear.

Sin embargo sería importante señalar que el tocarse, masturbarse, etc., es un medio no solo de satisfacción, sino también una manera de conocer nuestro propio cuerpo y el de los demás, que nos servirá para reconocer cuando algo anda mal en nosotros o en los otros, y de esta manera ejercer el derecho de la responsabilidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otra parte, respecto a la categoría del "*ejercicio sexual*" se pudo observar que las mujeres en su mayoría tuvieron su primera relación sexual a edades muy tempranas, en todos los casos esta relación sexual fue desagradable, además de que esta fue con personas a las que ellas mencionaron querer o amar, por lo que no utilizaron protección alguna, en este sentido podemos señalar que uno de los componentes en las relaciones sexuales de las mujeres es el amor y la confianza hacia sus parejas sexuales, lo cual nos remite a la cuestión cultural de que la mujer es educada a sostener relaciones sexuales por amor y sin manifestar sus deseos sexuales y en muchas ocasiones a fingir un orgasmo para no lastimar a su pareja sexual.

Sin embargo estos componentes pudieron observarse a lo largo de la historia sexual de las mujeres, ya que al estar casadas las mujeres siguieron manteniendo prácticas sexuales sin protección aún percibiendo que sus maridos no les eran fieles, en este sentido el 100% de las mujeres hicieron referencia a la dificultad de negociar un condón por cuestiones culturales.

Además las mujeres al relacionar la sexualidad casi exclusivamente con la relación sexual genital o de penetración, tienen una carencia de información con respecto a las prácticas de sexo seguro y sexo protegido, lo cual limita su vida sexual en la actualidad o incluso mantiene la posibilidad de reinfección.

En este sentido si analizamos el "*impacto del VIH/SIDA*" en la vida de estas mujeres no solo para mantener relaciones sexuales con sus parejas u otras personas, sino también las repercusiones que tuvo dicha infección en su salud debido a los medicamentos y a los efectos secundarios que estos tienen, podemos darnos cuenta del sufrimiento y del miedo que les generaba revelar su condición de seropositividad no solo por el rechazo social que pudiera tener sobre ellas, sino también sobre sus familias y en especial sobre sus hijos, además se observó que el VIH/SIDA ha repercutido en el papel de madres que desempeñan las mujeres en la sociedad, lo cual también tuvo influencia en la asistencia de las mujeres al taller, ya que en ocasiones las mujeres faltaron debido a las actividades que tenían que realizar relacionadas con sus hijos, por ejemplo la escuela.

En relación a esto es importante agregar que algunas de las participantes manifestaron su frustración por no poder tener más hijos, ya que podrían infectarlos, en particular una de las mujeres al realizar una dinámica en el taller al decir esto se colocó una etiqueta en el área de los

genitales, lo cual nos remite al hecho de que aunque los roles de género han ido cambiando en muchas mujeres todavía se reproduce el discurso de la importancia de los hijos como un papel fundamental para las mujeres.

En este sentido sería importante agregar que gracias a los medicamentos existentes, hoy en día una mujer que vive con VIH si decide tener un hijo cuenta con mayores probabilidades de que su hijo nazca sin la infección, teniendo así la posibilidad de llevar a cabo sus planes.

Por otra parte también pudo sentirse la angustia que viven las mujeres al saber que tendrían que realizarles la prueba de VIH/SIDA a sus hijos más pequeños, y aunque los resultados de estas pruebas hayan salido negativos queda la duda entre las mujeres.

Esto es importante debido a que las mujeres en muchos de los casos deben enfrentarse a una realidad que es el pensar qué si ellas mueren deberán tener alternativas para dejar a sus hijos en un hogar en donde ellas no estarán, lo cual se complicaría si uno de sus hijos presenta la infección por VIH/SIDA en donde probablemente será rechazado.

En cuanto a la categoría de "Muerte" se pudo observar que las mujeres al ser portadoras de VIH/SIDA relacionaron la infección con la muerte, y manifestaron el temor a morir a lo largo de la investigación y sobre todo una preocupación relacionada con la muerte fue el dejar a sus hijos solos, manifestándose nuevamente el rol de género hacia la mujer, como la que tiene que ver por los hijos y la familia.

Además también se hizo mención a la muerte como un mundo diferente, en donde se relacionaron cuestiones de tipo religioso como la gloria y el infierno, lo cual nos habla de la cuestión cultural respecto a las creencias que se tienen en una sociedad determinada.

Esto tiene que ver en el hecho de que la gente que se encuentra en una situación en donde ve la muerte más cercana que los demás necesita tener a alguien real o imaginario que le permita seguir con los planes de vida que ella se había trazado y poder así minimizar su angustia, y poder en algún momento pactar con ese ser supremo.

Por otro lado, a través de la categoría de la "*Implicación del profesional de la salud en el trabajo con pacientes seropositivos*" pudimos observar que la mayoría de los entrevistados se refiere a su implicación de una manera positiva que ha ayudado en su vida profesional y personal, lo cual nos habla de la transferencia y contratransferencia que se da en el proceso de trabajo con personas

Sin embargo un 33.3% de los profesionales refiere ciertas resistencias a implicarse en el trabajo con pacientes seropositivos, teniendo en cierta forma consecuencias en el trabajo que ellos realizan dentro de instituciones.

En relación al nivel de implicación que los profesionales de la salud tienen con este tipo de pacientes se hizo referencia al requerimiento de apoyo psicológico por parte de ellos debido sobre todo a la cuestión de pérdidas humanas.

Otro aspecto importante a señalar dentro de esta categoría es que solo dos de los profesionales de la salud manifestaron que el convivir con pacientes seropositivos ha influido en cierta forma en su sexualidad, ya que uno de ellos comenta la importancia de hacerse más responsable de su ejercicio sexual gracias al contacto con estas personas.

Esto es de llamar la atención ya que yo no creo que al estar trabajando con personas que están en condiciones de sufrimiento y que de alguna manera el profesional de la salud funge como medio de contención de todas sus preocupaciones, sus vivencias, etc., mantenga una posición de inercia, de que no hay cosas que a él le afecten, más bien yo pensaría en la imposibilidad de hablar este tipo de cosas, ya que en el caso de los médicos al sentirse expertos y salvadores de vida, bloquean en cierta medida sus afectos por aparentar no ser vulnerables.

En relación al *"Quehacer del profesional de la salud con pacientes seropositivos"* en el ámbito de la prevención y tratamiento, se pudo observar que el tratamiento médico que se ofrece a las personas depende de la fase en la que se encuentre la persona, además de que las consultas médicas no son diferentes en relación con otro tipo de pacientes.

En lo que respecta a la participación del psicólogo se encontró que estos sobre todo en la FMLS tienen un papel decisivo, ya que son ellos los encargados de proporcionar información acerca del VIH/SIDA, así como los resultados de las pruebas para la detección de anticuerpos al VIH/SIDA. Sin embargo las anteriores actividades son realizadas por otros profesionales de la salud en instituciones públicas, ya sea los médicos o los trabajadores sociales, lo cual cobra importancia debido a que en estas instituciones no existen psicólogos.

En cuanto a la prevención se observa que existen programas dirigidos a ciertos grupos de personas, en los cuales se retoman los aspectos básicos del VIH/SIDA, sexo seguro y sexo

protegido y otros temas, sin embargo es importante señalar que no existen programas dirigidos al grupo de mujeres en particular.

Por otra parte al hablar específicamente de los dos casos de mujeres seropositivas, podemos dar cuenta de la problemática que cada una de ellas tiene, por ejemplo M2 desde mi punto de vista trae una problemática de violencia desde su niñez, lo cual considero que ha sido un elemento determinante en el establecimiento de sus relaciones no solo sexuales sino familiares y de amistad, además de que la construcción que ella realiza de sus relaciones en cierta forma son también violentas y carentes de valor para ella, lo cuál hace que ella se sienta usada e incapaz de hablar de lo que le gusta o le molesta.

En este sentido es importante mencionar que esta mujer vive muy confusamente el plano sentimental, por ejemplo el hecho de que ella comentó que su marido no la satisface sexualmente, además de que la insulta haciéndola sentir mal por su condición de seropositividad, pero que a pesar de esto ella sigue con él, aunque dice odiarlo y no sentir nada por él. Por otra parte también el hecho de que mantiene relaciones sexuales con un amigo que probablemente está infectado, el cual no quiere utilizar condón al mantener relaciones sexuales, y ella lo acepta sin objetar sabiendo las consecuencias que podría tener una reinfección, me hace preguntarme si realmente esta mujer estará conciente de su infección. Así como de la importancia de que esta mujer realice un trabajo terapéutico para poder hablar de todo esta carga que trae consigo, para que pueda tener una alternativa de valorarse como persona.

En este sentido podemos decir que hay cosas que se alteran con la enfermedad pero que seguramente tienen que ver con cuestiones sexuales que ella no ha podido trabajar. Lo cual podría ser según los planteamientos de la teoría sexual freudiana, al paralelo que Freud estableció entre el desarrollo del individuo y el desarrollo de la humanidad, que para acceder al mundo social y de la cultura, siempre existe un proceso de renuncia a la satisfacción de las pulsiones sexuales, que tienen que subordinarse a la pulsión del yo; es decir al principio de la realidad.

Finalmente en el caso de M4 es preciso señalar que aunque ella es una persona que acepta su condición de ser portadora de VIH/SIDA, si creo que es importante el hecho de que ella pueda tener un espacio donde pueda hablar más abiertamente de cuestiones como el incesto o su bisexualidad, sin temor de ser juzgada por sus compañeros, ya que como ella lo menciono el

grupo aunque ha sido muy importante en el proceso de aceptación y recuperación, considera que el hablar ciertas cosas no lo podrían entender.

Así pues podemos ver con estos dos casos que el problema del VIH/SIDA tiene una estrecha relación con la sexualidad en un sentido más amplio y que moviliza las contradicciones ya existentes.

CONCLUSIONES.

Como hemos venido mencionando a lo largo de la presente investigación el VIH/SIDA esta influida por lo social, incluso autores como Sepúlveda (1989)) la considera como una "enfermedad social", ya que no solo afecta a los individuos que la padecen sino que también afecta diversas esferas de la sociedad, tal es el caso de la economía de los países, ya que al presentarse esta infección en gente en edad productiva las consecuencias económicas se reflejan en la cuestión laboral, además de que los costos de las instituciones para otorgar los tratamientos a estas personas son muy altos.

Incluso en los países en donde el número de casos de personas infectadas por VIH/SIDA es muy alto como África, el problema se agrava debido a que no existen recursos suficientes para adquirir medicamentos y mucho menos para elaborar programas de prevención para combatir esta infección, por lo que el número de muertos por este mal se incrementa día a día.

Esto nos hace remitirnos a las cuestiones macro sociales, es decir a lo que hace y dice la sociedad en conjunto en relación a la infección por VIH/SIDA.

En este sentido tenemos que la sociedad maneja discursos contradictorios respecto a esta problemática, ya que por un lado se dice que es importante frenar esta epidemia con diferentes estrategias que incluyan a los diversos grupos sociales, y por otro lado tenemos que se siguen reproduciendo discursos que limitan estas estrategias, tal es el caso de lo cultural y lo religioso con respecto a la sexualidad.

Es de vital importancia señalar que la sexualidad ha sido y sigue siendo un tema complejo y polémico no solo en la vida de los individuos sino también en la expansión de la epidemia por VIH/SIDA, ya que al ser esta vía la que ocupa el primer lugar de casos por esta infección, se considera necesario hacer cambios con respecto a su ejercicio.

Sin embargo podemos señalar que el Estado a decir de Foucault (1987) se encarga de reglamentar la vida erótica y sexual de los sujetos, reprimiendo así las pulsiones sexuales de acuerdo a las necesidades de la sociedad y no de las necesidades de los sujetos que la integran.

Lo anterior es logrado a través de los diferentes agentes mediadores que siguen ofreciendo discursos que dificultan establecer cambios en relación a la sexualidad, tal es el caso de la familia y la religión.

Por un lado la familia en nuestro país es vista como la principal institución que organiza la vida sexual de los individuos, en ella se reproducen las pautas o modelos de comportamiento asignados a hombres y mujeres, y aunque algunos valores se han ido modificando otros tantos siguen prevaleciendo. Dichos modelos de comportamiento son transmitidos a través de acciones y verbalizaciones.

Por otro lado encontramos a la religión y en nuestro país en especial al catolicismo, quien introduce las nociones de pecado y culpa para poder conformar la sexualidad de los individuos, por lo que la vida sexual de las personas se encuentra permeada por toda esta carga simbólica de reprobación o aprobación.

Así pues tenemos que en nuestra cultura mexicana la sexualidad a decir de Dórin (1989) se vive con miedo, vergüenza, culpa y en general poco placentera.

Además de que esta es expresada diferencialmente entre hombres y mujeres, lo cual ha repercutido en que el ejercicio de esta se vea trastocado por infecciones de transmisión sexual y en especial el VIH/SIDA que ha cobrado una gran importancia en nuestro país.

En este sentido tanto las mujeres como los hombres se han visto afectados por dicha infección, por un lado tenemos que la sociedad mexicana al reprimir y castigar las conductas y practicas diferentes a lo establecido, es decir a lo heterosexual, provoca que sean ocultas conductas tales como la homosexualidad y la bisexualidad por lo que se mantiene una doble vida en ciertos casos, lo que ha conllevado a que la epidemia del VIH/SIDA siga extendiéndose.

Sin embargo aunque se ha dicho que la homosexualidad y la bisexualidad ha sido un puente importante en la transmisión del VIH/SIDA en las mujeres de nuestro país, considero que a partir de la presente investigación no se pudieron observar datos concluyentes en este sentido, por lo que es importante abrir más espacios de trabajo con las mujeres para poder establecer este tipo de datos y así poder llevar a cabo estrategias de prevención e intervención.

Por otro lado encontramos que la mujer mexicana al estar acostumbrada a no gozar de su sexualidad abiertamente le es difícil proponer el uso del condón, no solo como una forma de prevenir embarazos, sino también para prevenir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

En cuanto a esto cabe mencionar que muchas mujeres perciben el riesgo de embarazo al mantener relaciones sexuales y toman medidas de precaución para evitarlas, tales como los diversos

métodos anticonceptivos, sin embargo en relación a las infecciones de transmisión sexual no se percibe un riesgo, por lo que las medidas son nulas.

En este sentido cabe señalar que lo que se hace para difundir el condón como un medio de prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA es poco, ya que por ejemplo las campañas realizadas por las empresas que venden este producto también se ven influenciadas por lo que diversas instituciones opinan al respecto, tal es el caso de la religión, la cual sigue transmitiendo la creencia de que es malo utilizar condón y más si se hace dentro de la institución del matrimonio, ya que el fin de este es preservar la familia y por tanto debe recibirse con agrado los hijos que Dios mande, además de que bajo este discurso se castiga todos aquellos actos que no lleven consigo la finalidad de la reproductividad; aunque cabe mencionar que la secretaria de salud ha implementado campañas para que el uso del condón sea mayor entre la población mexicana.

En este sentido es importante señalar que las campañas que existen actualmente con respecto a la prevención del VIH/SIDA solo toman en cuenta el uso del condón masculino por lo que su proposición por parte de las mujeres hacia los hombres está limitada, por lo que en muchas ocasiones la mujer tiene que aceptar tener relaciones sexuales en estas condiciones, por lo que sería importante abrir más la información del condón femenino por un lado como una alternativa para las mujeres y que puedan así protegerse de múltiples infecciones, y por otro lado involucrar a los hombres en este tipo de campañas informativas para que ellos puedan ver y conocer las ventajas de este condón, como por ejemplo que al estar hecho de poliuretano resiste más el frotamiento y se puede utilizar otro tipo de lubricantes a diferencia del masculino, en el que forzosamente se tienen que utilizar lubricantes a base de agua; que puede ser colocado hasta con ocho horas de anticipación para obtener un menor tiempo en su colocación y lograr así que el hombre ponga como pretexto que se siente diferente y que pierde el ritmo en el acto sexual; y finalmente que permite prevenir el contacto con el área externa de los genitales y por ende de infecciones de transmisión sexual que se localicen en esas regiones.

Por otra parte es importante hacer mención que aunque en la actualidad ha habido más sensibilización respecto al VIH/SIDA en instituciones públicas se siguen manteniendo actitudes de rechazo y estigmatización hacia las personas que son portadoras de esta infección, lo cual nos hace pensar en que todavía se siguen reproduciendo las ideas que se tenían al inicio de esta

infección, es decir que solo a ciertos grupos de personas puede afectar esta enfermedad, además de que se cuestiona el trato que es otorgado a estas personas.

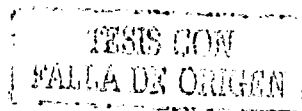
Lo anterior nos hace detenernos a reflexionar en que no hasta con que la gente tenga una amplia información en relación al VIH/SIDA, ya que a pesar de ella se siguen teniendo temores a entrar en contacto con personas seropositivas, por lo que se propone hacer más investigación respecto a la atención que se otorga en instituciones públicas y privadas, para evitar de esta manera que se sigan violando los derechos de los pacientes; además se propone que se abran espacios de investigación e intervención enfocados a los profesionales de salud.

Por otro lado las organizaciones no gubernamentales que se encuentran trabajando en esta área, tienen un trato hacia las personas seropositivas muy diferente al que yo percibi dentro de instituciones públicas, ya que desde la primera cita se trata a las personas con respeto y amabilidad, tomando en cuenta los deseos de los pacientes y algo que se me hace muy importante de señalar es que los profesionales que atienden a estas personas se presentan de manera formal, es decir diciendo su nombre y la labor que ellos realizarán, algo que no se hace en las instituciones públicas en donde un paciente es visto más como una cifra.

Por otra parte el trabajo que se realiza en cuanto a prevención es mucho mayor que en las instituciones públicas, pareciendo que en estas ultimas solo importa la atención cuando ya las personas están infectadas, por lo que considero necesario que se abran espacios en estas instituciones para poder llevar a cabo estrategias en conjunto con las organizaciones no gubernamentales para incidir en la epidemia.

En relación a esto cabe aclarar que esto no es característico de todas las instituciones públicas, ya que por lo menos en la clínica en donde se llevo a cabo el taller para mujeres seropositivas hubo una apertura importante desde nuestra entrada, aunque si podemos apuntar la importancia de la inclusión de diferentes profesionales como los psicólogos en la atención a pacientes seropositivos, así como la importancia de un trabajo multidisciplinario para lograr una mejor calidad en el trabajo con pacientes seropositivos.

En este mismo sentido es importante agregar que la participación de las ONG's se ve limitada debido a que estas se sostienen principalmente de donativos, por lo que en muchas ocasiones los proyectos que estas organizaciones tienen tanto a nivel preventivo como de intervención se ven



obstaculizados por esta razón, además de que los financiamientos que son otorgados a este tipo de proyectos son muy bajos, por lo que es necesario que se generen más recursos para frenar la epidemia, y que se analicen a fondo los proyectos que realmente ayuden a combatir esta infección, ya que en muchas de las veces se otorgan financiamientos a proyectos que ya se han realizado, pero no se otorgan a aquellos proyectos que son innovadores y dirigidos a poblaciones diferentes a las de hombres que tienen sexo con otros hombres, como las mujeres, hombres heterosexuales, familias, niños con VIH/SIDA, etc.

Otro punto importante a destacar es que dadas las consecuencias psicológicas y sociales que trae consigo la infección por VIH/SIDA es de suma importancia un trabajo psicológico con las personas que presentan dicha infección y sobre todo hacer énfasis en lograr una mejor calidad de vida, en vez de pensar en una calidad de muerte, ya que al enfrentarse a esta infección en donde se ve más cercana la muerte debido al deterioro físico, muchos de los programas son vistos en procurar una calidad de muerte digna, pero se dejan de ver en su mayoría las posibilidades de lograr alternativas para que esa persona tenga una mejor calidad de vida.

Lo cual puede ser posible si es visto al ser humano de una manera integral, es decir donde se considere a las personas como seres en movimiento que entran en consonancia con diversas dimensiones como lo social, económico, cultural, sexual, laboral, etc., que continuamente construyen y reconstruyen su realidad.

En relación a esto también es necesario implementar dispositivos que ayuden a las personas que trabajan con pacientes seropositivos dado que la carga afectiva que se mueve alrededor de este problema es muy fuerte y aunque en su mayoría los profesionales de la salud no aceptaron esto yo creo que el trabajar con personas en situación de sufrimiento y malestar genera angustia, fantasmas, etc., lo que hace necesaria la participación del psicólogo para trabajar en relación no solo a los pacientes que los profesionales de la salud atienden, sino también un trabajo personal.

Por otra parte también es importante señalar que los profesionales de la salud que laboran en esta línea de trabajo deben de mantener una ética profesional tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de este tipo de pacientes, esta propuesta surge a partir de que en la mayoría de los casos del diagnóstico de las mujeres este fue dado bajo circunstancias en donde no se dio

información y asesoramiento psicológico de la enfermedad, por lo que las reacciones de estas mujeres no fueron contenidas emocionalmente, por lo que considero de suma importancia el papel que funge el psicólogo en este tipo de trabajo, ya que mi experiencia en asesoramiento pre y posterior a la prueba de anticuerpos para VIH me dice que una persona que va a realizarse la prueba necesita del acompañamiento de un profesional de la salud que lo ayude a considerar alternativas en su situación.

Por otro lado la presente investigación cobra importancia, ya que al retomar el enfoque clínico-social como marco teórico metodológico nos permitió articular de que manera la dimensión subjetiva de las relaciones cobra sentido en la articulación de lo social y lo individual, especialmente la manera en que las mujeres interiorizan todas las construcciones culturales y de que manera influyen estas en la realidad y en la transmisión del VIH/SIDA.

Consideramos que a partir de esta investigación se abren diversas líneas de investigación y reflexión acerca de las mujeres que viven con VIH/SIDA, sobre todo porque las investigaciones realizadas sobre mujeres son pocas y más si se trata de mujeres que son portadoras de esta infección, las cuales restringen en cierta forma su participación debido al miedo que les genera hablar sobre esto.

En este sentido se propone a partir de la presente investigación la necesidad de abrir más el tema de la sexualidad en nuestro país, sobre todo por que se ha visto que la principal vía de transmisión del VIH/SIDA actualmente es la sexual, por lo que es necesario deconstruir ciertos patrones, valores, creencias, etc., que permitan la creación de espacios de reflexión acerca de este tema.

A su vez se propone incluir la perspectiva de género en la prevención e intervención del VIH/SIDA, ya que a partir de ella podremos dar cuenta de cómo tanto hombres como mujeres al ser educados como lo establece la sociedad, se crean ciertos patrones de comportamiento, los cuales obstaculizan en gran medida el llevar a cabo estrategias eficaces para frenar la infección y reinfección del VIH/SIDA.

Sin embargo lo anterior difícilmente será posible si no se crean espacios en donde se pueda investigar en este caso a las mujeres, es necesario señalar que el trabajo con mujeres resulta de

difícil acceso, pero no es imposible, al inicio de esta investigación mi plan era trabajar con historias de vida individuales, pero las mujeres se negaron, no dieron una razón específica, pero yo considero que se sienten vulnerables al hablar de cuestiones personales, sobre todo por el hecho de que sienten miedo de que se vaya a revelar su identidad, por lo que es importante que los profesionales que quieran o se interesen en esta línea de trabajo mantengan su ética profesional, recordando que tal vez nosotros pudiéramos estar en una situación similar, por lo que hay que reaccionar ante esta situación de sufrimiento con mucha prudencia, y no dejar que el interés por hacer investigación sea pretexto para violar los derechos de las personas.

Por otro lado es necesario que la sociedad en conjunto proporcione herramientas para lograr una cultura de prevención tanto en hombres como en mujeres no solo de la infección por VIH/SIDA sino también de otras enfermedades como el cáncer de mama, de próstata, cervicouterino, etc., ya que lo que se pudo observar en la presente investigación es que las mujeres no asisten a una revisión médica periódica, sino que esta es aplazada hasta que se presentan síntomas de alguna enfermedad.

En relación a esto cabe agregar que en la mayoría de los casos las enfermedades son asintomáticas, por lo que solo un examen puede arrojar resultados confiables; lo cual traería beneficios no solo para la persona que se realiza la prueba, sino que además se prevendría por un lado el nacimiento de niños portadores de enfermedades o infecciones de transmisión sexual; y por otro el gasto económico que se tiene que hacer para tratar a las personas afectadas.

Además de esto debe tomarse en cuenta que el VIH/SIDA no es la única infección de transmisión sexual que se tiene actualmente, sino que con la aparición de esta han surgido otras ITS que se pensaba que estaban controladas, tal es el caso de la sífilis o los diferentes tipos de hepatitis, lo que se hace más frecuente en la gente que vive con VIH dado su deterioro inmunológico, por lo que es necesario hacer más énfasis en las consecuencias de posibles infecciones y reinfecciones.

Por todas las razones antes expuestas se considera necesario abrir nuevos espacios de reflexión y educación no solo para hombres, sino también para las mujeres, independientemente de su orientación sexual, ya que ambos están siendo trastocados por la infección del VIH/SIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En relación a los casos de mujeres seropositivas participantes en el taller es importante agregar que las instituciones públicas en su mayoría no cuentan con ayuda terapéutica individual, y cuando existe es otorgada por otros profesionales que muchas veces chocan en su manera de trabajo con los pacientes, por lo que es importante que las instituciones públicas de salud consideren la posibilidad de generar empleos para los psicólogos, quienes pueden realizar múltiples actividades como las ya expuestas anteriormente.

La presente investigación solo es una forma de leer la realidad y aunque concordamos con la aproximación expuesta, no invalidamos otras formas de acercarse al objeto de estudio.

Finalmente y de acuerdo con la propuesta de intervención-investigación del enfoque clínico-social se hará una devolución de los resultados tanto a la FMLS, como al IMSS clínica la raza, tratando de contribuir a la reflexión de la problemática del VIH/SIDA en las mujeres.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

REFERENCIAS.

- AFP y DPA (2001) "¿Llama la ONI a eliminar la discriminación contra enfermos". En; La Jornada. México. 28 de Junio de 2001. p. 28 y 52.
- Amuchástegui, H. A. (1998) "La construcción social de la heterosexualidad y la homosexualidad: elementos para una reflexión política". <http://www.aids-sida.org/diversidad03.htm>. (29 de mayo de 2001).
- Ander-Egg, F. (1987) Técnicas de investigación social. México. Ed. Humanitas. p. 327-336.
- Arce, R. C. (2001) Significados culturales, simbólicos e imaginarios de la sexualidad en el centro de atención integral Piña Palmera A.C. · Un enfoque clínico-social. México. Tesis. UNAM. FES Iztacala. p. 11,43-89.
- "Mujer y SIDA en México". http://sida.udg.mx/guia_info/mujer/mujmex.html (08 de febrero de 1999).
- Brito, A. (2001) "Entrevista con José Ángel Aguilar Gil, coordinador de la red democracia y sexualidad". Letra S. Suplemento mensual de la Jornada. No. 61 Agosto de 2001. p.6-7.
- Calles, R. N. (2001) "Profilaxis posterior a la exposición al VIH y precauciones comunes". En; Programa de estudio para los trabajadores de salud de VIH. México. Baylor College of Medicine y Hospital Infantil de México. p. 33-40.
- Cárdenas, N. I. (1994) Comparación de la percepción del funcionamiento familiar entre pacientes heterosexuales con VIH/SIDA y pacientes homosexuales con VIH/SIDA. México. Tesis. Universidad de las Américas. p. 81-119.
- Carrizo, B. H. (1982) "Familia y sexualidad". En; La educación de la sexualidad humana Familia y sexualidad. (1982) México CONAPO. Vol. 2. p 21-54

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Carrizo, B. H., López, J. A. y Dávalos, G. F. (1982) "Sociedad, cultura y sexualidad". En: La educación de la sexualidad humana. Sociedad y sexualidad. (1982). México. Vol. 1. p. 23-28.
- Carrizo, B. H., Murga, R. y Schlosser, R. (1982) "Familia y pareja". En: La educación de la sexualidad humana. Familia y sexualidad. (1982). México. -CONAPO. Vol. 2. p. 57-72.
- CONASIDA (1989) El médico frente al SIDA. México. p. 15-23; 98-105.
- CONASIDA (1991) Preguntas y respuestas sobre SIDA del personal de salud. México. p. 4-11.
- CONASIDA (1993) Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA. México. p. 1-24; 44-47.
- CONASIDA (1997) Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. México. p. 13-15.
- CONAPO (1982) La educación de la sexualidad humana. Sociedad y sexualidad. México. Vol. 1. p. 23-28.
- CONAPO (1982) La educación de la sexualidad humana. Educación y sexualidad. México. Vol. 4. p. 19-32.
- Dörin, H. Ma. T. (1989) El mexicano ante la sexualidad. México. Ediciones y distribuciones hispánicas. p.13-25.
- Egremy, M. G. (2001) "Mujeres, poder de negociación y VIH/SIDA". <http://www.aids-sida.org/diversidad03.htm>. (29 de mayo de 2001).
- Egremy, M. G. (2001) "Mujeres y VIH/SIDA en México". <http://www.aids-sida.org/diversidad03.htm>. (29 de mayo de 2001).

TESIS CON
TALLA DE ORIGEN

- Enríquez, E. (1993) "*La aproximación clínica: génesis y desarrollo en Francia y en Europa del Oeste*". En; Benedetti, A., Ruiz, M. y Secco, R. (compiladoras). Materiales de sociología clínica. Montevideo. Publicación del grupo de sociología clínica. p. 5-12.
- Enríquez, E. (1993) "*El análisis clínico en ciencias humanas*". En; Benedetti, A., Ruiz, M. y Secco, R. (compiladoras). Materiales de sociología clínica. Montevideo. Publicación del grupo de sociología clínica. p. 13-19.
- Fernández de González, D. G. (1982) "*Los canales de socialización de la sexualidad*". En; La educación de la sexualidad humana. Sociedad v sexualidad. (1982) México. CONAPO. Vol. 2. p. 183-215.
- Fernández, R. P. (1999) Manual para el buen morir para enfermos de sida. México. Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA. p. 9-18.
- Ferrerías, B. E. (2001) "*El condón femenino, del cuidado al autoplacer*". Letra S. Suplemento mensual de la Jornada. No. 56. Marzo 2001. p. 3.
- Flores, P. F. y Parada, A. L. (1998) "*Las sexualidades y las ideologías*". En; Antología de la sexualidad humana. (1998) México. Ed. Porrúa. p. 203-218.
- Foucault, M. (1987) Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. México. Siglo XXI Editores. p. 194
- Gantier, G. M. (1982) "*Sociedad, cultura y sexualidad*". En; La educación de la sexualidad humana. Sociedad y sexualidad. (1982) México. CONAPO. Vol. 1. p. 58-72.
- de Gaulejac, V. (1993) "*Introducción a algunos elementos de la sociología clínica*". En; Materiales de sociología clínica. Traducc. de Argéne Benedetti (1998) Montevideo Publicaciones del grupo de sociología clínica. Uruguay p. 20-21.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- de Gaulejac, V. (1997) "*El sujeto entre el inconsciente y los determinismos sociales*". En; Materiales de sociología clínica. Traducc. de Argéne Benedetti (1998) Montevideo. Publicaciones del grupo de sociología clínica. Uruguay. p. 22-26
- de Gaulejac, V. (1999) "*Articulaciones entre lo social y lo psicológico*". En; Psykhé. Traducc. Sharim, D. y Cornejo, M. Vol. 9, No. 1. p. 107-112.
- de Gaulejac (1999) "*Historias de vida y sociología clínica*". En; Temas sociales. No. 23. Boletín del programa de pobreza y políticas sociales del sur. p. 1-6.
- de Gaulejac, V. (1999) "*Historias de vida y sociología clínica*". En; Historias y relatos de vida: investigación y práctica en las ciencias sociales. Propositiones 29 (1999). Chile. Ediciones Sur. p. 89-101.
- Gerson, B. (1979) "*Observación participante y diario de campo docente*". En; Perfiles educativos. México. CISE-IJNAM. No. 5. Julio-Agosto-Septiembre 1979. p. 3-22.
- Giraldo, N. O. (1997) Explorando las sexualidades humanas. Aspectos psicosociales. México. Ed. Trillas. p. 50-74.
- Gómez, A. R. (1993) "*Epidemiología del SIDA y la infección por VIH*". En; Vélez, A. H., Rojas, M. W., Borrero, R.J. y Restrepo, M. J. (1993) Fundamentos de medicina. SIDA. Colombia. Corporación para investigaciones biológicas. p. 23-41.
- González, S. R. (1996) Apoyo familiar y depresión en personas seropositivas al VIH. México. Tesis. Universidad de las Américas. p. 5-25.
- Gwynne, F. M. (2001) "*Prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH: Progreso actual y desafíos futuros*". En; Programa de estudio para los trabajadores de salud de VIH. México. Baylor College of Medicine y Hospital Infantil de México p. 53-58.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

-Gwynne, F. M. y Cashat, C. M. (2001) "La epidemiología del VIH/SIDA en México". En; Programa de estudio para los trabajadores de salud de VIH. México. Baylor College of Medicine y Hospital Infantil de México. p. 3-8.

-Gwynne, F. M. y Keabaetswe, P. (2001) "Prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA". En; Programa de estudio para los trabajadores de salud de VIH. México. Baylor College of Medicine y Hospital Infantil de México. p. 43-48.

-Heagarty, M. C. (1990) "Consecuencias psicológicas y sociales". En; Salud Mundial. Noviembre- Diciembre 1990. p. 18-19.

-Hernández, V. S., Sánchez, M. L. y Serrano, L. T. (1998) Un estudio de género: análisis de la violencia doméstica que viven las mujeres en el ámbito rural. México. Tesis. UNAM. ENFP Izatcala. p. 1-13

-Herrera, C. y Campero, L. (2000) "Mujer y SIDA". En; SIDA Hoy 2000. México. Publicación de amigos contra el SIDA A.C. p. 52-54.

-INDRE (INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS) (1990) Manual de vigilancia epidemiológica. VIII/SIDA. México. p. 22-29.

-IMIFAP (INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACIÓN, A.C.) (1996) Conducta sexual y prevención del SIDA en hombres y mujeres de la ciudad de México. México. p. 1-52.

-Lamas, M. (1996) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género". En; Lamas M. (2000) El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México. Programa Universitario de Estudios de Género. p. 327-364.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Lara, N. F. y Jaramillo, G. Ma. (1996) Una alternativa asertiva para la educación sexual. México. Tesis. UNAM. FNEP- Iztacala. p. 16-30.
- Letra S.(2001) Suplemento mensual de la Jornada. No. 61 Agosto 2001. p. 6-7
- Letra S (2001). Suplemento mensual de la Jornada. México. No. 62. Septiembre 2001. p. 3.
- Letra S (2001) "Tratamientos, ¿Cuándo iniciarlos?". Suplemento mensual de la Jornada. No. 64. Noviembre de 2001. p. 9.
- Letra S (2002) Suplemento mensual de la Jornada. México. No. 66. Enero 2002. p. 5.
- López, J. A. (1982) "Familia y sexualidad en México". En; La educación de la sexualidad humana. Familia y sexualidad. (1982) México. CONAPO. Vol. 2. p. 89-101.
- Macias, R. (1998) "La familia". En; Antología de la sexualidad humana. (1998) México. Fd. Porrua. Tomo II. p. 165-199.
- Masters, H.W., Jonson, E. V. y Kolodny, C. R. (1995) La sexualidad humana. Barcelona. Ed. Cirijalho. Vol. 3. p. 650-656.
- Miller, D. (1989) Viviendo con SIDA v HIV. México. Ed. El manual moderno. p. 21-39.
- Murillo, D. A. (2001) "Homofobia y SIDA". <http://www.aids-sida.org/diversidad03.htm>. (29 de mayo de 2001).
- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) (1993) SIDA. La epidemia de los tiempos modernos.
- Petros-Barvazian, A. y Merson, M. (1990) "La mujer y el SIDA: un desafío para la humanidad". En; Salud Mundial. Noviembre-Diciembre 1990. p. 2.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Pick, S., Givaudon, M. y Díaz, I. R. (1998) "Panorámica de la investigación en sexualidad en México". En; Antología de la sexualidad humana. (1998) México. Ed. Porrúa. Tomo I. p. 97-121.
- Rhéaume, J. (1995) "Ponencia de Jaques Rhéaume". Primer encuentro de sociología clínica, Uruguay, 1995. En; Materiales de sociología clínica. Traduce. Psic. Claudia Peña. p. 32-35.
- Rico, B. y Liguori, A. L. (1998) "Mujeres y VIH/SIDA: reflexiones sobre la situación actual y algunos retos legislativos". En; SIDA/ETS, 1998, 4 (2), p. 40-47.
- Rossi, I. (1989) "Asistencia psicológica a pacientes infectados por VIH". En; Sepúlveda, J., Bronfman, M., Ruiz, G., Stanislavsky, E. y Valdespino, J. L. (1989) SIDA, ciencia y sociedad en México. México. Ed. Fondo de cultura económica. p.205-215.
- Salazar, A. G. (2001) "Jóvenes y sexualidad. La primera vez, no es por vicio ni fornicio...". Letra S. Suplemento mensual de la Jornada. No. 60. Julio 2001. p.6.
- Sepúlveda, J., Bronfman, M., Ruiz, G., Stanislavsky, E. y Valdespino, J. L. (1989) SIDA, ciencia y sociedad en México. México. Ed. Fondo de cultura económica. p.17-29.
- Sharim, K. D. (1999) "Dimensión subjetiva del género: Una aproximación desde los relatos de vida". En; Historias y relatos de vida: investigación y práctica en las ciencias sociales. Propositiones 29 (1999). Chile. Ediciones Sur. p. 82-88.
- SIDA/ETS (1995) Vol. 1. No. 2 Octubre.
- Taracena, R. E., Basurto, P., Hernández, I. y otros (1998) "Programa de investigación subjetividad y sociedad". Mimeo. ENEP Iztacala. UNAM. p. 1-6.
- Tiefer, I. (1980) Sexualidad humana: sentimientos y funciones. México. Ed. Harla. p. 18-31.
- UNICEF (1991) Los niños y el SIDA. Una calamidad inminente. p 15-20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

-Velasco, V. (2000) "*El ejercicio de la sexualidad y el placer de las personas que viven con VIH-SIDA*". En; SIDA Hoy 2000. México. Publicación de amigos contra el SIDA A.C. p.68-72.

-Velazquez de V. G. (1993) "*Diagnostico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*". En; Vélez, A. H., Rojas, M. W., Borrero, R.J. y Restrepo, M. J. (1993) Fundamentos de medicina SIDA. Colombia. Corporación para investigaciones biológicas. p. 43-49.

-Weeks, J. (1998) "*La sexualidad e historia: reconsideración*". En; Antología de la sexualidad humana. México. Ed. Porrúa. Tomo I. p. 179-201.

-Worth, D. (1999) "*¿Qué tiene que ver el amor en esto?. La influencia del amor romántico en la conducta sexual de riesgo*". En; Aprendiendo sobre sexualidad. Una manera práctica de comenzar. Traduce. Sánchez S. y Vera Ma. I. Chile. Instituto chileno de Medicina Reproductiva. p. 135-151.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS.

MI IMPLICACIÓN.

Al inicio de la investigación yo tenía dudas con respecto a como realizaría mi trabajo con mujeres, al llegar a la FMLS y tomar los cursos de aspectos básicos y consejería de VIH/SIDA, estas dudas fueron desapareciendo, ya que al conocer la información sobre VIH más ampliamente me dio la oportunidad de ampliar mis conocimientos con respecto al tema, además de que aprendí a utilizar términos que solo había leído en los libros pero que no me quedaban claros del todo.

Sin embargo al entrar a trabajar propiamente con pacientes seropositivos, en un inicio me sentí muy ansiosa y angustiada, sobre todo al tener que entregar el primer resultado positivo a la prueba para VIH, afortunadamente esto fue desvaneciéndose con el paso del tiempo y la experiencia que fui adquiriendo en el manejo de pacientes.

Además de esto, al inicio de la investigación yo pensaba o fantaseaba sobre como sería una persona con VIH, creía que me iba a encontrar con un cuadro final de la infección, es decir el SIDA, sin embargo me di cuenta que esto no era la realidad en la mayoría de los casos, por lo que cambió mi forma de pensar, así mismo me di cuenta de que el que no se notara que una persona pudiera estar infectada, me hizo reflexionar acerca de que cualquier persona familiares, amigos e incluso yo podría estar infectada.

Por otro lado al entrar a trabajar con las mujeres en una institución pública diferente a la FMLS, me sentí muy nerviosa con respecto a si me dejarían publicar los resultados obtenidos de mi trabajo en esa institución, además de que la respuesta de las mujeres en un inicio la sentí como un impedimento para mi tesis, no obstante más adelante pude darme cuenta que no importaba mucho esto porque me sentía a gusto con el trabajo que estaba realizando en el grupo de mujeres, posteriormente las cosas mejoraron y las mujeres accedieron a la publicación del trabajo.

Además de esto en el trabajo propiamente con las mujeres mi implicación fue mayor, ya que por un lado al ser mujer yo también pude identificarme con algunas de las cosas que ellas relataron; a su vez la angustia de ellas por sus hijos al presentar la infección por VIH fue también para mi determinante, ya que hubo momentos en los cuales yo llegué a pensar que pasaría si yo estuviese infectada, que pasaría con mi hijo, mis metas, etc

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Todo esto hizo que de alguna manera yo me hiciera más conciente de mi salud, por lo que me realice pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual, la repercusión que tuvo esto en mi vida fue muy grande por lo que hubo cambios en mí, lo cual me llevo a comprender algo que había manejado a lo largo de mi tesis, el porque las mujeres casadas o con una pareja sexual estable de repente dejamos de percibir el riesgo de ITS incluyendo el VIH/SIDA, no pensando en las consecuencias que tiene esto sobre nuestra salud física y mental.

Para mí este reporte de investigación ha sido determinante no solo en mi vida personal, sino también en la profesional, ya que el compromiso que he asumido como psicóloga ha crecido tanto que me ha hecho buscar alternativas diferentes en mi campo de trabajo, tal es el caso del enfoque clínico-social que me permitió ver a las personas más que sujetos de investigación estáticos, como seres actuantes que van cambiando su forma de percibir la realidad según los diferentes momentos en los que se encuentre.

En este sentido también he cambiado mi forma de pensar respecto a ciertos grupos de población como la gente homosexual y bisexual, ya que al estar trabajando con ellos me ha permitido reconocer la importancia de mi trabajo y he vivido con ellos momentos muy satisfactorios, lo cual no hubiese sido posible si yo no realizara la presente investigación.

Por tales razones agradezco los conocimientos adquiridos por un lado a través de mi asesora Elvia Taracena y por otro los que adquirí a lo largo de la presente investigación (que a pesar de que fue muy larga y donde hubo momentos en los que quise abandonarla) fueron los conocimientos que más he apreciado y valorado desde decidí estudiar la carrera de psicología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FICHAS DE DATOS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES EN EL TALLER.

M1

Edad: 29 años.

Estado civil: Casada.

Número de hijos: 2

Tiempo viviendo con VIH/SIDA: 4 años.

M2

Edad: 38

Estado civil: Casada.

Número de hijos: 2

Tiempo viviendo con VIH/SIDA: 4 años

M3

Edad: 38

Estado civil: Viuda

Número de hijos: 1

Tiempo viviendo con VIH/SIDA: 5 años.

M4

Edad: 55

Estado civil: Soltera

Número de hijos: 1

Tiempo viviendo con VIH/SIDA: 3 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M5

Edad: 46

Estado civil: Casada

Número de hijos: 4

Tiempo viviendo con VIH/SIDA: 1 año

M6

Edad: 38

Estado civil: Viuda

Número de hijos: 3

Tiempo viviendo con VIH/SIDA: 6 años

M7

Edad: 31

Estado civil: Casada

Número de hijos: 2

Tiempo viviendo con VIH/SIDA: 1 año

M10

Edad: 21

Estado civil: Viuda

Número de hijos: 2

Tiempo viviendo con VIH/SIDA: 6 meses.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M12

Edad: 39

Estado civil: Viuda

Número de hijos: 3

Tiempo viviendo con VIH/SIDA: 9 años

M14

Edad: 46

Estado civil: Viuda

Número de hijos: 2

Tiempo viviendo con VIH/SIDA: 4 años

M15

Edad: 48

Estado civil: Viuda

Número de hijos: 4

Tiempo viviendo con VIH/SIDA: 1 año

M8, M9, M11 y M13 se desconocen sus datos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN.

Por medio de este conducto autorizo a las psicólogas Claudia Arce Rocha, María del Rosario García Mendoza y María Kenia Porras Oropeza a que hagan uso de la información obtenida y registrada durante el taller que fue otorgado en la clínica "La Raza" a partir del 31 de Julio del 2001 al 25 de septiembre del mismo año, para los fines que a ellas convengan.

NOMBRE Y FIRMA.

FECHA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIARIO DE CAMPO.**PRIMERA SESIÓN.****MARTES 31 DE JULIO DE 2001.**

Claudia, Kenia y yo llegamos a la unidad de infectología del hospital de la raza para impartir la sesión del taller para el grupo de mujeres infectadas por el VIH, que trabajan con la trabajadora social Xóchitl. Llegamos al aula correspondiente y solo estaba Xóchitl ordenando el material para la sesión, unos minutos más tarde llegó una de las mujeres del grupo que trabajan con ella, la saludamos y se fue a sentar. Kenia y yo ya conocíamos a Xóchitl, Kenia organizaba el material, yo le comente a Claudia sobre la posibilidad de audio grabar la sesión, hablamos de que para eso era necesario la autorización del grupo. Me dirigí a Xóchitl y le comente lo que estábamos platicando, Xóchitl dijo que para poder video grabar o audio grabar las sesiones primero era necesario pedir la opinión de las mujeres del grupo y después pedir autorización a su jefe y al jefe del hospital, pues es información del hospital y era necesario formalizar las cosas, por otra parte yo le dije que esa información iba a ser publicada en un reporte de trabajo para la fundación. Xóchitl comenta que pensaba que no era gran problema pero había que formalizar las cosas y que por otra parte, insistió en que era "Material humano del hospital" y que respecto a la grabación o filmación era necesario ponerlo a consideración del grupo. Le comente a Xóchitl que Claudia iba a participar como observadora, que iba a tomar notas durante las sesiones y le pregunto que si no había algún problema, Xóchitl dijo que no. Mientras esto ocurre, Kenia estaba dibujando en el pizarrón una figura humana para hacer una dinámica, por otra parte la compañera del grupo de mujeres que llevo primero salió del aula y posteriormente regreso con algo de comida, llegó otra de las mujeres del grupo, unos minutos más tarde llegaron otras compañeras, como el grupo era pequeño, el aula muy grande y las bancas fijas al piso, comente con Xóchitl la posibilidad de traer alguna sabana para colocarla en el piso y sentarnos en círculo para estar más cerca. Xóchitl lo comenta con las compañeras que ya habían llegado y una de ellas dijo que no podía sentarse en el suelo que le dolía mucho la espalda y que además el frío del piso le hacia daño a la garganta. Xóchitl, dos de las compañeras del grupo y yo fuimos por sillas, unos minutos más tarde se dio inicio a la sesión en ese momento habían llegado 5 compañeras del grupo. Xóchitl y yo

preguntamos al grupo que si autorizaban la video grabación o grabación de las sesiones, les comente que esa información era absolutamente confidencial y que solo era para una investigación, inmediatamente dos compañeras negaron con la cabeza y después una de ellas dijo que no, que ella no estaba dispuesta a ser filmada o grabada pues comento que es una situación muy difícil para ellas, que hasta a muchas de ellas a veces le s cuesta trabajo llegar a un taller así, ahora si son grabadas con mayor razón, dijo que ella no estaba de acuerdo, que esa era su opinión, las demás mujeres opinaron de la misma manera. Xóchitl comento que hay una regla en el grupo que dice lo que se comente en el grupo se debe quedar en el grupo. Por otra parte comente que el nivel de participación de Claudia en el taller era como observadora y que iba a tomar algunas notas que si no había algún problema, las compañeras comentaron que no, que por eso no había problema, siempre y cuando no mencionaran sus verdaderos nombres, comenzó la sesión, la primera actividad fue la presentación mediante la dinámica de la telaraña. Yo fui la primera en presentarme dije que era psicóloga, que tenía 26 años, que era casada y tenía un hijo pase el estambre a M1 quien comentó que tenía 4 años infectada, que era casada, tenía dos hijos (una de 11 años) y que tenía mucho miedo porque parece que le habían diagnosticado hepatitis, dijo que se sentía muy angustiada y triste, M1 le paso el estambre a M2 quien comentó que tenía 3 años de estar infectada, que era casada y tenía dos hijos (un adolescente de 17 años y otro mayor), comento que sentía que todavía no superaba completamente la situación de estar viviendo con VIH, pues constantemente pensaba en la muerte y se quería aferrar a la vida, comento que tenía miedo de morir, sobre todo que le dolía mucho dejar a sus hijos, dijo que uno de ellos (el de 17 años), cuando se entero de que era seropositivo se deprimió muchísimo, que casi no salía y que estaba muy delgado tanto que ella pensaba si el no estaría infectado también, dijo sentirse muy angustiada por esta situación y que quería que su hijo tomara una terapia (mientras hablaba de esto lloro) paso el estambre a Kenia quien se presento y dijo que era psicóloga, tenía 24 años, que hablaba mucho y le gustaba bailar. Kenia le paso el estambre del M3, esta compañera dijo que a pesar de sus circunstancias procuraba ser alegre que vendía zapatos, paso el estambre a M4 del grupo que tiene tres años de infectada dijo sentirse bien en el grupo que toda su familia la apoyado y se siente bien, paso el estambre a M5, tiene una año de infectada, es casada, tiene 4 hijos y su esposo no esta infectado, paso el estambre a Xóchitl, es trabajadora social y lleva 18 años trabajando en el hospital, es casada tiene 2 hijos y esta contenta con su trabajo, finalmente Xóchitl le paso el estambre a Claudia, dijo su nombre, edad, que era

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

psicóloga y comento su nivel de participación en el taller. Yo pregunte qué podíamos ver en la figura que sé había formado con el estambre, tras unos segundos de silencio alguien dijo que una telaraña, pregunte qué mas, una compañera dijo que unidad, otra dijo que apoyo, otra compañera dijo que veía que no estábamos solas "en esto", que estábamos todas "en esto", que eran "hermanas del mismo dolor", regreso de la telaraña, Claudia dijo que estaba contenta de estar ahí y que le gustaba apoyar en lo que podía, Xóchitl dijo que le gustaba aprender cada día de las experiencias con la gente, M5 dijo que a través del contacto con el grupo superó su depresión, M4 menciona que le gustaba el apoyo como grupo, le gustaba la música, el mar, la cocina, la naturaleza y los seres humanos, M3 comento que no le gusta el pollo, el pescado y la carne de res, Kenia dijo que le gustaba el pozole, platicar mucho, bailar, escuchar música y escribir, M2 del grupo dijo que le gustaba toda la comida, que era muy franca, se quedo unos segundos en silencio y después dijo que no hablaba mucho al principio de su enfermedad porque fue un proceso muy doloroso, siente que lo ha superado a medias, comento que inicialmente su esposo no la apoyo, ella se acerco a dios y se separo de su esposo, actualmente tiene una nueva relación de pareja, comento que al inicio su esposo le decía que nadie la iba a querer, después se entero de que su esposo también estaba infectado, comenta que ha aprendido a vivir con el virus pero que le duele mucho, antes se sentía mal por sus hijos, dice que no se quiere morir (en este momento llega otra compañera y unos minutos más tarde llega otra).

M1 comento que sé sentía mal física y moralmente, dice que parece que le habían detectado hepatitis, tiene dos hijas, una de 11 años y otra de 9, siente que sé esta muriendo y su hija mayor ya lo sabe (sabe que esta infectada por VIH), comento que sé sentía muy triste porque aunque su marido la apoyaba, la noche anterior lo había escuchado llorar en silencio, dijo que aunque quería echarle ganas a veces sentía que ya no podía, dijo también que tenia mucho coraje y rencor hacia su marido, que sentía que tenia que aprender a perdonarlo, dice tener mucho miedo de que le digan que tiene hepatitis. Se da por terminada la dinámica, se presentaron las compañeras que llegaron, M6 dijo que era seropositiva desde hace seis años, comento que ha aprendido a vivir con la enfermedad, es casada y tiene tres hijas (de 18, 15 y 6 años), las mayores ya saben de su enfermedad pero tienen miedo, comenta que siente que sus hijas necesitan apoyo psicológico pero con alguien que realmente sepa como abordar ese problema, considera que su mayor problema es el estado emocional de sus hijas y señala que el grupo es el mejor espacio para sacar toda su angustia, M7 comenta que le diagnosticaron VIH hace 8 meses, es casada y tiene dos

hijos (de 11 y 8 años), comenta que una de sus angustias es como decirles a sus hijos que es seropositivo porque ellos piensan que cuando una persona tiene VIH es porque el papá se acostó con muchas y/o la mamá con muchos, comenta que antes tenía una estética pero que ahora se cambió de casa y no ha buscado algún local.

Kenia dice que el objetivo de esta sesión del taller es tener un primer acercamiento con el grupo y ver cuales son los temas que quisieran que se trabajaran a lo largo del taller. Yo pregunto que si alguien tiene otras inquietudes o temas que quisieran ver, la mayoría coincide en que una de las preocupaciones centrales es la orientación y el apoyo de sus hijos, como decirles que son seropositivo, como hablar con ellos de la muerte, M7 dijo que le dolía mucho morir, que quería seguir viviendo y que se aferraba a la vida, agregó que no lo hacía tanto por ella sino por sus hijos ("por los que están detrás de mí") Kenia colocó en la pared un pliego de papel donde fue escribiendo cada uno de los temas que le interesaban al grupo, se habló del tema de la muerte, los hijos, la sexualidad, cuando se menciona este tema M3 inmediatamente dijo que ella ya no quería saber nada de sexualidad y de relaciones sexuales, otras compañeras M1 y M6 le dijeron que era muy importante tocar ese tema también, porque muchas personas pensaban que porque estaban infectadas ya no tenían derecho a tener una vida sexual activa o a tener un compañero, entre risas y comentarios ella seguía negando y diciendo que para ella eso no era importante, M2 le dijo que era muy importante la sexualidad, que por eso luego andaba toda histérica se propuso también el tema de la autoestima (hablar del amor, de la pareja también), otra de las inquietudes fue como hacer frente al rechazo de la familia y la sociedad. Kenia vuelve a retomar el objetivo de la detección de necesidades y plantea qué otros temas quisieran ver, M7 dice que le interesa que se hable de las enfermedades oportunistas, otra inquietud fue hacer un taller de orientación e información para los niños, en este momento llegó otra compañera al grupo M8 (tiene 3 o 4 años en el grupo), ella se presenta y dice que es muy importante dar la cara, no esconderse y dejar el miedo al rechazo; Literalmente dijo, "yo vivo para mí no para la gente, me vale madres, si mi familia me acepta tal como soy los demás no me importan hay que navegar, hay que seguir remando", dice que al inicio de su enfermedad ella se armó de valor para afrontar la situación pero que después lloró mucho, sin embargo ella misma se dijo que tenía que ser fuerte y con el apoyo de su familia salió adelante, comento que ha ido a entrevistas a la jornada, a algunos programas de radio y televisión, ella varias veces comento literalmente "yo estoy enferma pero se lo que tengo", comento que cuando ha sido entrevistada da su verdadero nombre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y no se anda escondiendo, M3 y M4 dijeron que para ellas era muy difícil, ella insistía en que había que dejar el miedo atrás. Xóchitl dijo que era un proceso personal, que muchas compañeras todavía no se sentían preparadas para afrontar públicamente su enfermedad, M6 y M7 comentaban que ellas no querían dar la cara más por sus familias y sus hijos, Kenia habló de respetar el momento en que cada quien se siente capaz de asumir el diagnóstico y volvió a retomar el objetivo de la detección de necesidades, apuntó el tema de la muerte, M3 que estaba frente a Claudia reacciono muy entusiasmada y dijo riendo "ay si mi tema favorito es la muerte, ese es el tema que más me gusta".

Kenia escribió en una hoja los temas:

Hijos (as), amigos (as), revelación del diagnóstico, muerte, autoestima, sexualidad, perdón, enfermedades oportunistas, condón y negociación, responsabilidades de las mujeres, pareja, salir de miedos.

Otra vez surge el tema de dar la cara, M2 dice que tiene miedo de dar la cara porque su familia la rechaza; yo hablo de la importancia de enfrentar a la familia, M4 se dirige a M8 quien se había presentado ante los medios de comunicación para hablar de su experiencia y le dijo "que bueno que en tu familia respetaron tu decisión y te apoyan, yo nunca diría nada, no me siento preparada para afrontar la enfermedad", M3 hace la observación de que de alguna manera han dado la cara cuando van a las marchas, las demás están de acuerdo, M1 comentó que ella escogía a quien decirle y a quien no y agrego "yo más que nada lo hago por mis hijos, porque luego no quiero que los anden señalando, los niños son muy crueles entre ellos, además no tengo que andarlo gritando a los cuatro vientos". En este momento llega otra compañera, M3 dijo "yo escojo a quien decirle y como decirle". Vuelvo a retomar la actividad de detección de inquietudes y pregunto que si ya no había otros temas, ahora había que ver en que orden querían que se vieran cada uno de ellos. Kenia sometió a votación cada uno de los temas, el que tuvo más votación fue el tema de autoestima, siguieron así: perdón, hijos, revelación y amigos, sexualidad, condón (negociación), pareja, enfermedades oportunistas (este tema lo va a dar un médico) y muerte. Después del tema de revelación y amigos una M2 propuso el tema de revelación y amigos, M4 propuso el tema de la muerte, sin esperar a que opinaran las demás Kenia dijo que generalmente este tema es el ultimo que se ve "porque es el que más trabajo nos cuesta aceptar", M4 insistió en que era importante desde ahorita irse preparando, Kenia volvió a decir que era mejor dejarlo al final y enfatiza que el orden de aparición de los temas no era fortuito, regresó a la lista y dijo que

generalmente los temas que nos cuestan más trabajo como sexualidad, pareja y muerte los dejamos al final, comento que como el taller era de seis sesiones y había 8 temas iba a ser necesario asociar unos temas con otros a fin de que se vean todos. Claudia propone que se haga la presentación de la compañera que llegó al final aunque el resto del grupo ya la conoce vuelve a presentarse, parece un poco tímida, M9 comenta que lleva tres semanas en el grupo es casada (su esposo no está infectado), tiene dos hijos (una niña de 10 y un niño de 8), dice que le gusta estar con las compañeras del grupo, se queda callada unos segundos y dice "tuve que caer yo aquí por lo mismo... por tonta" y comienza a llorar, comenta que ha tenido muchos problemas en su familia y relata las circunstancias de su contagio, dice que ella tuvo relaciones sexuales con otra persona y que sus familiares fueron lo que tuvieron que ver para que pasara esto, dice que ellos ya sabían que esta persona estaba infectada y que después que tuvo relaciones con el le dijeron (sus familiares) que este tenía SIDA, que se siente mal, se hace un espacio en la dinámica del grupo para escucharla, M2, M3 y M4 le externan su apoyo, hablan del perdón y de la fortaleza, M9 habla también de la relación con su esposo y comenta que no tiene completamente su apoyo, pues no quiere utilizar el condón, se le hace formalmente la invitación para que participe en el taller.

Finalmente Kenia habla de las reglas del taller, habla de la puntualidad, una compañera la interrumpe y dice que antes de eso está la asistencia, Xóchitl comenta que es muy importante el compromiso con el taller y en segundo lugar se habla de la puntualidad, Kenia dice que el taller es a las 12:00 hrs. y que a más tardar comenzará 10 minutos después, señala que mientras se inicie más temprano se aprovecha más el tiempo, Xóchitl interviene y dice que además cuando no hay puntualidad muchas compañeras interrumpen la sesión y se pierde la dinámica y la continuidad, Kenia comenta que otro aspecto muy importante es el respeto a las participaciones de cada quien (poner atención cuando alguien habla y respetar su comentario, no juzgar lo que está diciendo la otra). Yo comento que también el taller es una oportunidad para aprender de las experiencias de los demás, agrego que también es muy importante no interpretar las acciones de los demás. Kenia y Xóchitl señalan que otra de las cosas es que es muy importante siempre hablar en primera persona, M3 comenta que como reglas están muy bien pero que es importante llevarlo a la práctica (poner en práctica el reglamento) Kenia concluye diciendo que el respeto se traduce en libertad para hablar y libertad para escuchar. Xóchitl comenta que el grupo ya tiene su propio reglamento, M1 saca una fotocopia del reglamento, M2 y M6 comentan que es muy

importante que todas participen, Kenia hace alusión a algunas compañeras que no hablan mucho y dice "ellas tienen otras formas de comunicarse, de hablar", comentan que ya no hubo tiempo de trabajar con el dibujo que hizo Kenia, ella dice que será para la siguiente sesión, Xóchitl comenta que para que se vean todos los temas es muy importante centrarse en el tema que se está viendo, sin embargo M 3 comentó que también si alguien quiere decir algo personal que le está angustiando o deprimiendo es bueno que se le escuche. Xóchitl y Kenia dicen que en ese sentido también debe haber cierta flexibilidad en el grupo, finalmente se da por concluido el taller y nos despedimos de la manera en que el grupo acostumbra, nos tomamos de la mano, formamos un círculo y cada quien dice algo, la mayoría de las compañeras decían "agradezco a dios por haberme permitido un día más de vida y primeramente dios nos veremos la próxima semana". Al final muchas compañeras se acercaron M9 y le externaron su apoyo, regresamos las sillas al cubículo de Xochitl y nos despedimos de ella.

SEGUNDA SESION.

MARTES 7 DE AGOSTO DE 2001.

Antes de la sesión las integrantes del grupo ya estaban reunidas en otro espacio porque aún no se había abierto el aula.

Una vez en el aula empezamos a organizarnos para comenzar la sesión, Xóchitl se dirige a su cubículo por los materiales necesarios, Claudia y yo vamos por sillas al cubículo mientras Kenia se queda en el aula para hacer algunas anotaciones en el pizarrón para la primera dinámica.

La sesión da inicio con 9 compañeras, lo primero que se realiza es volver a comentar las reglas que se habían acordado la sesión pasada, después digo que según el orden que se le dio a los temas que se habían propuesto iniciamos con autoestima y para esto les reparto una hoja y pido que hagan un dibujo de sí mismas, algunas mencionan que no saben dibujar, Kenia les señala que no importa que no son clases de dibujo, mientras llevan a cabo la tarea se mantienen en silencio. En este momento llega una persona que dice ser mamá de M10 y que si se puede quedar, se le da una hoja para que participe también en la dinámica, pero dice que no sabe leer ni escribir, Kenia le dice que lo haga como pueda, se le hace su gafete y se le da para que se lo coloque. Algunas compañeras se burlan de sus dibujos y se les pregunta si ya terminaron y les doy la instrucción de

lo que deben hacer con su dibujo ojos: las tres cosas que he visto y me han impactado, nariz: lo que me gusta oler, manos: lo que he hecho y no olvidare, boca: lo que he dicho y me he arrepentido, estomago: lo que me da miedo, piernas: la peor metida de pata, corazón: lo que no me arrancarían.

Las compañeras permanecen en silencio como reflexionando sobre lo que pondrían en el dibujo.

Kenia y yo permanecemos de pie frente al escritorio comentando algunas cosas.

M3 nos dice que ella tiene muchas metidas de pata y que no sabe que poner, nosotras le pedimos que jerarquice cual cree que sea la más importante.

Xochitl sale por agua para el café. La mamá de M10 se levanta y dice que se tiene que ir y que si podemos dejar salir a su hija a las 13:00 hrs. porque tienen que ir a ver a un familiar enfermo.

Xochitl regreso con el agua y coloca la cafetera eléctrica. Algunas de las integrantes ya han terminado su dibujo.

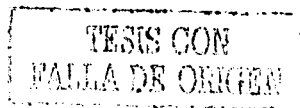
M3 al mismo tiempo esta cuidando que el agua hierva y hace bromas con respecto a esto, a la par menciona que no sabe escribir, las demás siguen en silencio, las que ya terminaron esperan a que las otras terminen (algunas hostezan). Kenia y yo mencionamos que se les darán unos minutos mas para que concluyan con la dinámica al transcurrir este tiempo pregunto que fue lo que les pareció la dinámica, señalan que fue muy complicada, M3 dice que todo se le complico mas la cabeza y las manos. Kenia pregunto que quien quería compartir su dibujo. M7 comienza con la cabeza y dice ser como soy, vivir mi vida y ser como quiero. Ojos- la muerte de sus padres, nariz- aromas, boca- malas palabras, corazón- sus hijos, padres y familia, estomago- muerte, piernas- haberse embarazado antes de casarse, en este momento permanecen en silencio, nadie quiere participar. Kenia dice que si les es difícil hablar de uno mismo.

M4 afirma esto y dice que es difícil reconocer sus errores pero va a compartir lo que escribió en cabeza- libertad, independencia y el amor, ojos- naturaleza y tecnología, nariz- aroma de las flores y la comida, boca- el haber ofendido, corazón- haber sido madre, amor y amigos, estomago- miedo a la enfermedad y la muerte, manos – tocar las cosas y abrazar a sus seres queridos, piernas – el no haber realizado las cosas que hubiese querido, aquí yo pregunto que cosa le hubiera gustado hacer, ella menciona que haber estudiado, de no tener esa enfermedad por muchas cosas como la ignorancia (comienza a llorar), aunque su hija la apoya en esto ella quisiera hacer otras cosas, le duele sobre todo porque su hija trabaja, se cansa mucho, tiene muchas responsabilidades, le preocupa su hija porque hace un año tres meses tuvo un brote

psicótico y a partir de ahí toma medicamentos, pero dice que ahí van saliendo, le pregunto si hay algo más que quiera decir, ella dice que no, se le da las gracias por su participación, M11 pide continuar y señala que en los ojos lo que más le ha impactado es ver que "día a día tenemos más gente enferma de esto, da tristeza que las mujeres infectadas se embaracen, ver que los jovencitos no tienen la precaución de cuidarse", dice también que ella no se siente mal, que no le duele nada lo único que siente es cansancio, nariz- oler flores, comida, cabeza – dijo me gustaría componer el mundo, pero no puedo, me puedo componer yo, cuidar a mis hijos y no dañar a terceras personas, manos – le gusta trabajar y hacer cosas con las manos, dice que algunas personas le han dicho que le envidian sus manos, ella cree que todos podemos hacer cosas con las manos, boca- cuando me enojo he lastimado más que nada a mis hijos, en una ocasión me mintieron dijeron que mi esposo le pego a mi mamá, yo fui con mi esposo y lo ofendí, sin esperar nada, sin motivo alguno, estomago- su miedo es que ahora en la actualidad los jovencitos son muy liberales entre ellos sus hijos, tiene miedo de que se vayan a infectar, piernas. el haber sobreprotegido a sus hijos y no haber tenido el valor de haberle dicho a su esposo que se protegiera al tener relaciones

Pregunto si alguien más quiere participar, nadie se anima, vuelvo a preguntar que porque les cuesta trabajo hablar de eso, M3 dice que ella no quiere hablar de muchas cosas, M11 da su opinión mencionando que es mejor hablar de lo que sentimos, que en el metro vio a unos jovencitos que se suben a dar información sobre el VIH, y que cuando se suben la gente los mira y los rechaza, ella se ha encontrado con gente que tiene VIH y que lo habla abiertamente, señala que perteneció al voluntariado nacional del ISTEE, que trabajó 32 años y que en ese tiempo siempre se dirigió a la gente infectada por VIH y que sus amigos le decían que hacía ahí, que se iba a infectar y sin querer o saber ella también estaba infectada. Cuando le dan la noticia de que era portadora fue muy fuerte para ella, su marido cuando estaba en el hospital le quiso decir como se había infectado, ella le dijo que no quería explicaciones que le echara ganas, pero el ya no quería y murió, sin embargo no le guarda rencor, le dijo la verdad a sus hijos desde un principio, es bonito que la ayuden a uno a llevar esta enfermedad, el 14 de febrero le quiso dar un infarto, pero sigue ahí.

Kenia y yo invitamos a las demás a participar, preguntamos que era lo que estaban pensando y sintiendo en ese momento. M6 dice que es doloroso hablar de unas cosas, pero que va a compartir algo de lo que escribió ojos – le impactó ver la muerte de su esposo y saber que estaba infectada



y embarazada, nariz- oler el bosque, flores y comida, boca- haber renegado de dios alguna vez y haberme enojado con mi mamá y ahorita ya no la tengo, manos- haberles puesto encima las manos a mis hijas, estomago- miedo a la muerte, a la enfermedad y a dejar solas a mis hijas. después se vuelve a hacer el silencio. Kenia y yo insistimos a las compañeras para que hablen, sin embargo ninguna lo quiere hacer. Kenia dice que para empezar a querernos hay que empezar por conocernos, por saber lo que somos y lo que hemos hecho, también señala el respeto hacia las personas que no quieren hablar, están en su derecho de no hacerlo; que se lleven ese ejercicio como una reflexión, que empiecen a reconocerse. Yo comento que es importante que piensen, que reflexionen porque no quisieron hablar, que fue lo que les costo mas trabajo, que era lo que les dolía en ese momento, porque no quisieron reconocer ese dolor, porque cuando lo deben hablar duele mas. Kenia señala crecer duele mucho, Xochitl menciona que es muy triste, que se siente triste, otras compañeras mencionan que también se sienten triste. Se hace un receso. M3 sale al baño, se prepara el café, todas las integrantes se levantan de sus asientos, algunas a preparar su café y tomar galletas, a la vez se hacen subgrupos que empiezan a hablar (M1, M2, M5, M6 y M11) (M3, M4, M7 y Xochitl) M10 permanece sola, pasados unos minutos se reinicia la sesión, M11 dice que se tiene que ir por sus nietos para prepararles de comer, dice sentirse comprometida con esto y señala que en otra ocasión tal vez vendrá. Kenia pregunta si ya están más repuestas del ejercicio anterior, que se van a hacer otros dos ejercicios un poco rápido para que se aproveche el tiempo. Kenia y yo repartimos etiquetas, Kenia da la instrucción que en ellas anoten las cosas que les han dicho y que les han dolido o lastimado (palabras o cosas). Tocan la puerta y sale Xochitl, las compañeras están en silencio y algunas reflexivas. M4 pregunta que si puede especificar el motivo por el que le dijeron algo, a lo cual le digo que si ella quiere si. Kenia dice que se pueden incluir también los insultos, M3 pregunta ¿con groserías? Kenia dice que si se refiere al reglamento y dice que si ¿ahí dice no decir groserías?.

En esta parte M4 se levanta de su asiento y me pregunta que si puede incluir algunas cosas que a ella de chica la afectaron mucho, yo le digo que si, vi las etiquetas y vi que puso algo sobre incesto, ella no comento esto al grupo.

Kenia y yo nos dirigimos a M2 afirmando que hoy estaba muy callada, ella se sonrió, algunas compañeras han terminado el ejercicio y solo faltan M5 y M6, llega otra compañera que es M13, yo menciono que por fin la conocemos (sus compañeras nos habían hablado de ella) se integra al grupo y Kenia le da etiquetas y le pide que ponga 4 cosas que le hallan dicho y dolido. Kenia pide

que se peguen las etiquetas en cualquier parte del cuerpo. M3 se pega una etiqueta en los pantalones, en los genitales, todas comienzan a reírse. Kenia empieza el ejercicio despegando sus etiquetas y dice que a veces esas cosas que nos dicen nos las creemos y nos las pegamos y que quien quiere empezar a decir lo que dicen sus etiquetas y a despegárselas. M2 empieza diciendo que su esposo le dijo que no servía para nada, que nadie la iba a querer así como estaba, pero ya me la quite porque no la aguanto; dice como mujeres a veces necesitamos saber que nos quieren no solo las amigas, a veces necesitamos otros tipos de cariño, hay alguien que me quiere, bueno eso creo. el me decía que pronto me iba a morir y no es cierto, yo creí que si me iba a morir pronto y me daba miedo por mis hijos, también me dolió mucho que mi esposo me dijera que "estaba podrida por dentro", Kenia le pregunto, M2 estas podrida por dentro? ella dijo que no. Una vez una persona con la que iba en una pesera me dijo eres "una pendeja", yo le dije muchas cosas más de lo que el me dijo. M6 dice me dolió mucho que una vez mis hermanas me dijeran "estas enferma y andas en la pura calle" pero si ando en la calle es porque tengo que salir a buscar medicamentos y otras cosas, Kenia pregunta que les diría "estoy enferma pero no imposibilitada" lo que más me dolió es que me hayan dicho "eres positiva" y una vez una de mis hermanas les dijo a sus hijas "no tomen en el vaso de su tía porque esta enferma". como si yo las fuera a enfermar, mas bien ellas me podrían enfermar a mi. Las hermanas de mi esposo dicen que yo fui quien lo contagio y yo quiero decirles que eso no es cierto, que fue al revés. Otra cosa que me ha dolido bastante es que me hayan dicho "eres positiva y estas embarazada", hasta ahorita mi hija es negativa pero si me queda esa angustia.

M3 continua y dice que ni modo ahora si tiene que hablar, nosotras le decimos que si no lo quiere hacer no lo haga, pero sigue adelante diciendo que cuando le dieron el diagnostico le dijeron que la quedaba poco tiempo de vida, otra cosa que menciona es que le duele lo que le dice su madre "de ya ves te lo dije", que ella desde siempre nunca estuvo de acuerdo con su matrimonio, y que pues ella no le puede contestar nada porque tiene razón, que le puede decir. (Llora). Otra cosa que le duele mucho es que ya no puede tener una familia, porque tiene miedo de infectarlos que ella si se quedo con ganas de otro bebé, que solo tiene una hija (este papel fue el que se pego en los genitales), otra cosa que le dicen es que es una chillona y una tonta (dice chillona si soy pero tonta no), dejé de estudiar porque me decían que era una tonta, la familia de mi esposo también me culpo por su muerte.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M10 dice que le duele que su familia le quiere quitar a sus hijos, le dicen que es una tonta porque sigue con su pareja. Ahora su familia habla mal de él.

Se vuelve a quedar en silencio el grupo.

M4 dice que ella empezó con herpes y todavía no sabía que tenía el virus, le comentó a su prima y ella le dijo que ya se había amolado, porque le insinuó que tenía VIH, después de que se hizo los análisis le dijo que tuviera cuidado (la pareja que la infectó murió), M4 ya no quiere hablar de sus otras etiquetas, pero si se las quito.

M12 continua y dice que lo que más le ha dolido es que le digan que no valgo nada, ahora sabría que responder, que valgo más que cualquier persona que anda diciendo a alguien que no valgo nada (yo me conozco muy bien y se lo que valgo), me dicen que soy muy gruñona, Kenia le pregunta ¿eres gruñona M12? ella dice que no es tanto eso sino que a lo mejor su tono de voz, o que habla muy golpeado, que antes sí era gruñona. Otra cosa que le duele es que le digan que no sabe querer y comprender, ella dice yo siento que hago mi mayor esfuerzo y yo siento que sí se querer.

M1, le duele que le digan que es una egoísta porque mucha gente la quiere y tiene atenciones con ella, otra cosa es que le dicen que no quiere a sus hijas, "para mí ellas son todo, ellas son el regalo más hermoso". Otra cosa es que dicen que soy muy celosa y que odio a mi familia. A veces en bromas me dicen "no me toques porque me vas a infectar" "estas sídosa", Kenia pregunta ¿eres una sídosa? se queda pensando y dice no.

Nadie habla, Kenia y yo decimos que si se van a quedar con las etiquetas, que si van a salir así a la calle.

M7 se anima y dice yo solo tengo una y es que mi suegra me dijo que ya nadie me iba a querer así como estaba "toda jodida" decidí ya no visitarla, pero se la estoy guardando.

Xochitl dice que hay una palabra que me ha dolido muchísimo porque me han dicho "que tengo un corazón muy duro" y no es eso, es mas bien que veo las cosas muy objetivamente, pero porque soy un sostén y un apoyo para mi familia, pero no soy insensible, hay que ver las cosas objetivamente. Yo siento que no soy dura sino que tal vez es la forma en como externo las cosas.

Otra cosa es que dicen que soy muy rencorosa, me cuesta trabajo perdonar a la gente que me hace daño y sobre todo si se lo quieren hacer mi familia. también me dicen que soy muy intransigente, a veces exijo más de lo que la gente me puede dar, quiero la perfección en mis

hijos, mi esposo me dice que les exijo mucho a mis hijos que pido cosas que no son adecuadas para su edad, quiero que sean perfectos cuando yo no lo soy.

M5 es la última y dice únicamente que le dolió mucho que sus hermanos se apartaron de ella cuando supieron que estaba infectada.

Se hace el cierre de la sesión yo comenté que el tema que se vio el día de hoy fue el de autoestima, es importante que primero nos conozcamos nosotras mismas para poder decir a la gente lo que soy, ya que en la medida en que nos conozcamos podemos empezar a poner límites con respecto a lo que nosotras queremos y somos.

Kenia dice si yo tengo claro como soy, si yo me acepto como soy, entonces aprendo a poner límites, a asumir y no etiquetarnos, yo soy así me siento así, aunque la gente me diga de otra manera, si yo no tengo claro quien soy voy a ser muy vulnerable ante lo que los demás dicen.

Esta sesión más que venir a decirles lo que hagan para subir su autoestima, fue más que nada para esto, para conocerse y se respeta los tiempos de cada quien en este proceso.

Yo comenté que a veces cometemos errores, pero más que verle el lado malo hay que verle el lado bueno, hay que aprender de ellos para que no cometamos esos mismos errores. Kenia dice que hay que aprender a disculparnos de lo que hacemos, porque a veces no nos damos ese chance.

Por último agradezco a las compañeras por haber venido. Xochitl pasa una hoja de asistencia y pide el donativo para la sesión y para el café y las galletas.

La despedida se hace de la manera en que acostumbra el grupo tomándonos de las manos y agradeciendo o dando unas palabras cada quien, en este momento llega la mamá de M10, ella fue la última y llora, su mamá le pide no llorar por que ella también lo hará, muchas comentamos que si ella lo siente que lo haga.

Regresamos las sillas al cubículo y esperamos a hablar con la jefa de Xochitl, después dos despedimos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TERCERA SESION.**MARTES 14 DE AGOSTO DE 2001.**

Al llegar a la institución vamos directamente a trabajo social y la jefa del área nos pide entrar a hablar con ella, nos saluda y nos dice que ya hablo con su jefe con respecto a lo de la publicación y dijo que no había problema, únicamente que cuando tuviéramos el trabajo tenía que pasar por el departamento de enseñanza de la institución, otra cosa que nos menciona es que ya no podemos pedir donativo a las mujeres del grupo, que el área se encargaría de esto, nos despedimos de la trabajadora y nos dirigimos al aula donde sesiona el grupo.

Al entrar al aula ya se encontraban M1, M2, M3, M7 Xóchitl y otra persona M13, que es nueva en el grupo. M2 nos dice que nos van a castigar por llegar tarde, nosotras le dijimos que habíamos llegado a tiempo, pero que pasamos a hablar con la jefa de trabajo social por eso nos entretuvimos, ellas nos dicen que esta bien que por esa vez no las pasan.

En este momento llega M4, Kenia pega las reglas del taller y dice que el tema que veremos el día de hoy es "revelación del diagnóstico", yo les digo a las compañeras que les voy a dar unas hojas y en ellas van a hacer un relato del día que les cambió la vida, que describieran todo lo que paso ese día, desde que despertaron.

Todas empiezan hacer el ejercicio, la mayoría en silencio, Xochitl comenta que hoy no va a participar que tiene un poco de flojera, que mejor se echa un sueñito, sin roncar.

M3 dice que también tiene un poco de flojera, hace el ejercicio, pero hace pausas para platicar con Xochitl.

M1 esta muy seria escribiendo, algunas compañeras le dicen que ya no escriba tanto. M3 dice que se va a hacer escritora, M1 se ríe y continua escribiendo.

Xochitl piensa mucho lo que va a escribir y se distrae con la cafetera.

En esta sesión el escritorio se encuentra situado cerca de las butacas que están frente a la puerta. Kenia y yo permanecemos de pie frente al escritorio.

M1 sigue escribiendo termina una hoja y toma otra para continuar su relato, Xochitl le comenta que era muy bueno que tuviera ganas de escribir, de esa manera se desahogaría.

Xochitl pregunta a Kenia y a mi si esta semana estamos muy ocupadas porque como los niños de las mujeres ya van a entrar a la escuela, querían ver la posibilidad de hacer una platica con ellos,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Kenia y yo le decimos que esta semana es difícil, pero que es cuestión de platicarlo y ponernos de acuerdo.

Algunas compañeras terminan el ejercicio, otras dicen que no recuerdan todo lo que hicieron ese día.

M1 escribió mucho y dice hace mucho tiempo que no escribía, y dirigiéndose a Kenia y a mi dice "esto nunca se nos va a olvidar, por más que queramos olvidarlo".

Xochitl y M3 platican de M10 que no asistió ese día, M2 pide otra hoja para continuar su relato.

M4 y M7 dicen que ya terminaron y platican en voz baja, aunque observo que releen su relato y lo complementan más.

Kenia se dirige a M3 y le pregunta que si ya termino, M3 se ríe y le dice que va a la mitad del día, pero que en realidad para ella las cosas cambiaron desde antes.

M4 y M7 comienzan a hacer una cuenta regresiva, nos reímos y yo les digo que no la presionen.

M1 le enseña a Xochitl un frasco de vitaminas, algunas le dicen que para que les va a dar vitaminas a sus hijas y se ríen, M1 nos dice que una de sus hijas es muy alta y la otra muy gordita.

Xochitl sigue pensando y dice que a ella se le dificulta mucho escribir. Kenia me pregunta la hora y les dice a las muchachas que tienen un minuto para terminar el ejercicio, las compañeras entre broma y broma presionan a M3 para que termine. M2 se dirige a M1 a decirle que trae muchas marcas en sus brazos que compre avapena para que se le quiten, M1 le dice que si porque tiene comezón, que se esta desintoxicando que le quitaron todo el medicamento desde que ingreso al hospital.

Pregunto si ya terminaron todas y que si alguien quiere compartir lo que escribió.

M2 es la primera en participar y leyó lo que escribió, comenzo diciendo que el día que le cambio la vida fue cuando le revelaron su diagnostico.

Literalmente puso " me sentía muy mal de la garganta, fui a ver a un amigo y le conté lo que me pasaba, me propuso hacerme unos estudios, al día siguiente le hable para decirle que me sentía muy mal, el me dijo que tenia que ir a su consultorio porque lo que tenia no era cosa de juego, ya no trabaje fui a verlo y me dijo que estaba infectada de SIDA, después de oír lo que me dijo me puse a llorar, lloraba y lloraba tanto que no escuché todo lo que me decía. Salí del consultorio como si fuera en el aire, camine y camine mucho estaba a punto de atropellarme un carro,

después decidí tomar un taxi, le dije que me llevara a mi casa, cuando llegue estaba mi esposo durmiendo, le conté lo que pasaba y se enojó mucho, dijo que el doctor estaba loco.

Ese día fui a ver a mi cuñado y le dije lo que pasaba, me hablo mucho de esta enfermedad, solo que a mi nada me consolaba, porque pensaba que mis hijos se iban a quedar solos. Lloraba y le decía a dios ¿porque a mi?, en ese momento me arrepenti de todo lo que había pedido, que me llevara con el en ese momento, ya no quería morir, era tanta mi angustia que me fui a la iglesia, ese día me paso algo muy bonito le pedí a dios solamente tres años mientras mi hijo terminaba su prepa, estaba en eso cuando vi una luz muy bonita y me desmaye, cuando volví estaba una señora conmigo y un señor me pregunto si estaba enferma y me dijo que solo para la muerte no había remedio, salí de la iglesia y como arte de magia se me quito la angustia.

Ese día fue cuando me cambio la vida”.

Después continua M1 y dice “fue el primero de octubre de 1997, para mi fue un día muy alegre porque me puse a lavar, hacer limpieza y cuando mi marido se despertó y me comento que tenia que venir a la raza porque le iban a dar unos resultados porque en junio del 97 había donado sangre y desde ese día hasta octubre no salían sus resultados, yo le pregunte si quería que lo acompañara y el me dijo que no, que me quedara a acabar lo que estaba haciendo, pero como estaba tan contenta no me enoje como siempre lo hacía. se paro, desayunamos, llevamos a las niñas a la escuela y se fue, después paso mucho tiempo y no llegaba hasta que eran las 6:30pm, llego muy triste y abatido pero no me dijo nada, fuimos con mi mamá y luego a visitar a una tía de él, después de las 9:30pm me dijo que nos fuéramos a la casa y recogí las cosas de las niñas y nos fuimos, llegando a la casa me dijo que las acostara y si fui y las acosté, después me dijo que no quería que gritara, ni que me pusiera como loca y me enseñó unos papeles que decían que era VIH positivo, yo no comprendí en ese momento nada y el me dijo que no quería que supiera nadie, pero yo corrí a la casa de mi mamá y como niña chiquita le gritaba que era verdad que el tenia SIDA, sin saber que era lo que estaba pasando mi mamá me abrazo muy fuerte y nos fuimos a la casa con mi hermana y empezó a platicar con el que que estaba pasando, que tuviera confianza que no nos iba a pasar nada y después se fueron mi mamá y mi hermana, y el y yo nos la pasamos platicando toda la noche hasta el otro día que me llevaron al doctor para que me hicieran el examen, después me confirmaron que yo era VIH positiva”.

Además de esto M1 agrega que lo más difícil fue cuando los médicos dijeron que ahora sus hijas tenían que hacerse la prueba

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Continua M4 y dice "el día que me cambió la vida fue cuando fui madre, ya que fue de tristeza y de alegría. también cambió mi vida cuando me diagnosticaron el VIH. la vida ya no es igual, es angustiante".

Agrega que gracias al VIH su vida también ha cambiado, pues ahora es más espiritual. comenta que cuando le dieron el diagnóstico se sintió muy mal y muy angustiada, dice que los medicamentos en un principio le cayeron muy mal y poco a poco lo ha ido asimilando, comenta también que hay días en que amanece muy deprimida y otros días que ni en cuenta.

Le pregunto que cuando supo ella de su diagnóstico, ella me dice que fue a hacerse unos análisis y que ahí le confirmaron su diagnóstico (anteriormente ya había mencionado que ella empezó con herpes y que una prima suya que es enfermera le dijo "ya te fregaste", vete a hacer unos estudios de SIDA).

Continua M3 y dice que su vida cambió desde antes "yo empecé con síntomas de gripe, me fui al hospital general estuvieron tratándome, me hicieron estudios porque teníamos antecedentes de hermanos con lupus, y dijeron que probablemente también tenía lupus en los pulmones, pero los estudios salían negativos, entonces el 24 de septiembre de 1996 me mandaron hacer los estudios de ELISA para el VIH y me los fui a hacer ese mismo día confiada a que no tenía yo eso, pero mi sorpresa fue otra, ya que le dije a la señorita del laboratorio que si me podía dar los resultados por teléfono y al hablar me dijo que parecía que eran positivos, entonces me quise volver loca, corrí, llore, grite, luego le hable a mi hermana y fueron a verme a la casa, me llevaron a otro laboratorio del hospital Santa Elena y ahí el del laboratorio platicó conmigo y me dijo que era peor un cáncer, pero yo me resistía a creer y le decía que prefería tener cáncer a esta maldita enfermedad, pero aunque repelara, maldiciera, no iba a remediar nada, así me fui a mi casa y no pude dormir toda la noche, al día siguiente me fui por mis análisis y de ahí me fui a conasida, allí estuve platicando con la psicóloga, me tranquilizó un poco, pero llegando a mi casa ya no vi a mi esposo igual, lo veía con mucho rencor. Me dieron pastillas para dormir".

M7 dice "en el mes de septiembre exactamente el 15 me internaron por los síntomas que ya había presentado unos meses antes, como era caída de cabello, baja de peso y cansancio desde esa fecha, pues físicamente me veía muy mal ya que tenía una pérdida de peso de 12 Kg, yo escuchaba que los médicos murmuraban que tenía el cuadro de una persona con SIDA, pero a mí se me hacía tan lejana esa enfermedad, que no la creía, hasta que mis resultados fueron positivos, pero cuando me los dieron pues ya no me impactó tanto la noticia, porque yo quería saber que era

lo que tenía y aun sabiéndolo pues ya lo único que me importaba era el medicamento para poder estar bien, pero lo que sí me impactó fue ver la cantidad de medicamento que me dieron y aun más saber que me lo tenía que tomar de por vida y con el asco que me producía, pues sí fue horrible y difícil adaptarse a tener que tomar tanto medicamento, después de estar acostumbrada a no tomar nada y tener una vida muy acelerada”

Ella también comenta que ella cree que su esposo no fue quien la contagio; que tiene la duda de que a lo mejor en alguna transfusión que le hicieron, sus hijos también son negativos.

M13 dice que a su esposo le dieron dos embolias, que estuvo internado en Pachuca, ella veía que su esposo seguía mal y lo volvieron a internar (tenía un tumor en el cerebro), pero nunca pensaron que tuviera VIH. su esposo se sentía muy mal, ya no caminaba por sí mismo. Llegaron a la ciudad de México para que le hicieran estudios; el último estudio que le hicieron fue el de la prueba de VIH. Al final le dijeron que a su esposo lo iban a cambiar de sala, a infectología porque estaba infectado de VIH y que probablemente ella también. Lo miro con odio, pero desde antes ella ya estaba asistiendo a una iglesia y eso le ayudo a superar mucho su enfermedad, ella da su testimonio, se dirige a las compañeras y les dice que confíen en el señor; en su grupo de iglesia ella les dice que hagan oración por ella pero no les dice porque. Ella le confió todo a un sacerdote y el la ha apoyado mucho. Vuelve a invitar a las compañeras a que se acerquen a dios, su esposo murió y nunca se entero que era seropositivo. Acaba de fallecer el sacerdote al que ella le confió su diagnostico, ella dice que no le ha comentado nada a sus familiares, solo a sus hijos. Kenia habla del momento en que se tiene que hablar del diagnostico, señala que antes de compartirlo con otras personas hay que reflexionar sobre como nos sentimos al vivir con VIH, comenta que a veces es muy difícil compartir como nos sentimos físicamente a causa de los medicamentos.

Kenia reparte unas hojas y pide a las compañeras que escriban los nombres de las personas a quienes les gustaría que supieran que están infectadas.

Muchas compañeras hablan de que no quisieran compartirlo por miedo al rechazo.

Xóchitl comenta que no se trata tanto de “que me gustaría que tal persona lo supiera” porque pues no es algo que me cause orgullo.

Otra chica comenta que ella solo se lo diría a un sacerdote. M3 dice que ella quisiera que su sobrina lo supiera, porque sabe que esta enferma pero no sabe de que.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Yo les digo que ahora anoten a las personas a las que ya les han dicho. M3 pregunta que si no podemos ir más rápido y decirlo verbalmente, Kenia dice que curiosamente cuando hablamos nos tardamos más. Xóchitl prepara los cafés.

M3 habla de las faltas de ortografía y Xóchitl hace un chiste acerca de esto.

Kenia pregunta que quien quiere compartir, M1 dice que con sus tías, con una amiga y con un amigo que dice que no le cree.

M2 dice que se lo dijo a un amigo, amiga y a sus hijos, estos últimos reaccionaron llorando (dice pensaron que me iba a petatear, que iba a colgar los tenis), sus amigos no le creyeron, un amigo se enoja mucho, es mas ni le habla. Uno de sus amigos tiene síntomas de VIH, el se hizo los estudios pero no fue a recogerlos porque tiene mucho miedo, su amigo no quiere saber nada del VIH, pero dice que se siente muy mal. Su amigo le ha comentado que si el tuviera SIDA se mataría.

M3 les dijo a sus hermanas, a su mamá, a su hija, a una amiga, a los amigos de su esposo, comenta que sus reacciones fueron de tristeza, de apoyo.

M4 dice que su hija es muy positiva y que la apoya mucho.

M7 les dijo a sus hijos, a una amiga, y su reacción fue de angustia.

M13 les dijo a sus 4 hijos y a un cuñado, el resto de sus familiares no lo saben y ella no quiere decirselos.

Kenia dice que de acuerdo a lo que se comento parece que provoca más rechazo el decirselo a una familiar que a un amigo.

Yo comento que esta parte de la revelación del diagnostico tiene que ver mucho con los miedos y temores y que lo retomaremos en la siguiente sesión.

Al finalizar esta sesión las chicas nos comentaron que el esposo de M10 había muerto y que se iban a poner de acuerdo para ir a verla a su casa, ya que esta necesitaba el apoyo de todas.

CUARTA SESIÓN.**MARTES 21 DE AGOSTO DE 2001.**

Llegaron a la sesión M1, M2 y M3, estuvimos hablando de los pagos de teléfono y después de la escuela y de los métodos pedagógicos, de la secundaria.

Kenia retoma el tema de la sesión pasada y pregunta que como se sintieron. M2 dice que muy chillona, M3 dice que si recordó todo y se sintió muy triste, que no le gusta recordarlo, M3 dice que el día en que le dieron el diagnóstico llovió muy fuerte, M2 dice que a ella le paso lo mismo, dice que para ella esa lluvia represento que dios o alguien le dijo que no estaba sola. M3 comento que cuando falleció su papá también llovió, acaba de ver un accidente(en este momento llego M5) M1 dice que es una cosa triste que va guardando en un baúl y quiere superarse y no sentirse enferma, que los rencores y el pasado se queden en el baúl. M2 dice que no siempre lo vamos a recordar, que olvidarlo seria no aceptarlo (llega M4). M2 dice que ella quiere volver a ser la misma, ella dice que antes era feliz y después que le dieron el diagnostico se volvió triste, ya no canta, antes su mirada era más triste, en le grupo se siente bien, su tristeza ha disminuido, desde que platica, se pelea con ellas; ellas son las únicas amigas que tengo. M3 dice que aquí han encontrado muchas amigas, M1 dice que tal vez nuestras antiguas amigas nos rechazarían. Antes ellas veían información sobre VIH en televisión, la oían en la radio, etc., pero que lo veían como algo muy lejano. M2 dice que ella quisiera ser como antes, ella se siente muy triste por sus hijos, su familia no lo sabe, siempre quiere estar bien para los otros, Kenia le dice que es lo que necesita para ser como antes, M2 dice que no sabe. Yo le pregunto a M5 si quiere comentar algo, M5 dice que quisiera hablarlo pero le da pena, M5 se hizo los estudios y salió positiva, todos se enteraron de que ella anduvo con esa persona; le duele mucho que sus hermanos no le hablan, la rechazan (llora), sus hermanos la insultan, mi mamá se entero de que estoy enferma, pero como no tiene estudios no sabe ni que es el VIH, además de sus hermanos, sus cuñados saben, su cuñado la apoya, el es el primero que se entero, le duele mucho que sus hermanos no la acepten, ella quisiera que sus hermanos le dijeran si no la aceptan por su diagnostico o porque le tienen mucho coraje. M5 les dijo de su diagnostico a sus hijas mayores (tiene 4 hijos), sus hijas no le han dicho nada a su esposo le dio mucho coraje, dice que según el lo perdono pero ella siente que realmente no, anteayer su esposo le dijo que se iba a ir. Todas las compañeras del grupo la

escuchaban. El le dijo que tal vez a ella le da coraje que el no estuviera infectado, M5 dice que gracias al apoyo de sus compañeras del grupo se siente bien, antes casi no dormía, pero ahora se siente mejor. Yo le pregunto a M4 que si quiere comentar como se sintió la sesión pasada, M4 dice que se sintió bien que saco muchas cosas que le dolían, dice que nadie tiene derecho a maldecir a nadie, dice que su familia la acepto bien, excepto su hermana (su única hermana), dice que ella la discriminaba mucho en cuanto a las medidas asépticas (tenía mucho cuidado con su ropa, sus utensilios), M4 dice que se molesta muchísimo porque todos somos seres humanos y cometemos errores y nadie tiene derecho a lastimar a otros. M2, M3, M4 y Xochitl hablan de que la gente siempre quiere hacer daño y que hay que aprender a que no nos hagan daño. M4 dice que gracias a su enfermedad se ha acercado mucho a dios y a cambiado mucho, dice que ella esta feliz; que ha aprendido a vivir con la enfermedad. M2 dice que mucha gente se ha muerto por falta de información, Xochitl comenta que la información existe pero que mucha gente no se acerca por desinterés. Kenia dice que hablar de vih/sida despierta muchos miedos, Xochitl retoma el caso de los hermanos de M5, hay que ver también lo que ellos están pensando, Xochitl habla de las visitas a las familias de los pacientes infectados. M2 dice que primero hay que ver primero por nosotros, hay que estar bien nosotros eso es lo más importante, se forma un dialogo entre M2 y Xochitl. Kenia retoma nuevamente el como se sienten ellas regresa a la reflexión sobre el por que se sienten enojadas, como se sienten ante el diagnostico y los familiares, Kenia dice que este taller se trata de decir lo que se tenga que decir y llorar lo que se tenga que llorar, también el sentir dolor nos hace aprender y asimilar, mucha gente tiene miedo a morir más no a la muerte. Kenia habla de damos chance de vivir el dolor, el enojo, la tristeza, la alegría, etc. Yo comento que por que a veces no disfrutamos las alegrías también, Kenia dice que todo se resumiría en dejarnos sentir todo. Kenia habla de parámetros para saber a quien decirle como, de que manera, que beneficios tendría decirle a otros y comento que antes de que termine la sesión se va a hacer un ejercicio y que va a participar quien quiera participar, se hará la dinámica de la silla vacía, en ella estará la persona a quien quisiera revelarle su diagnostico.

Pasa M2, se sentó en la silla cerro los ojos y dijo que iba a hablar con H1, dice que H1 es un amigo, M2 le dice a H1 que quiere hablar con el "no quiero que te enojés y que no tengas miedo, tu ayer me llamaste y me preguntaste que si estaba bien, pero no es cierto, quiero decirte que si tengo lo que me dijiste, que tengo VIH. H1 tiene mucho miedo. Kenia cambia a M2 de silla, H1 dice que se siente muy mal, que sé esta volviendo loco, que tiene mucho miedo, que tiene mucho

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

miedo a estar enferma, a estar contagiado, más por su hija y por su esposa. H1 dice que tiene mucho miedo. M2 le dice a H1 que no tenga miedo, que esta con él, que siempre va a encontrar en ella a una amiga, que vaya a ver a un médico y que ella lo quiere ayudar, M2 se cambia al lugar de H1 y dice que no quiere saber nada, la realidad tiene miedo se esta encerrando, se enferma solo, no quiere entender, no quiero porque tiene mucho miedo, M2 le dice a H1 que lo quiere mucho y que siempre puede contar con ella, quiero que me hables y que no tengas miedo” M2 regresa a su lugar, Kenia le pregunta como esta y H1 le dice que le duele el pecho, que siente angustia. M2 dice que salió con H1, que estuvieron juntos y cuando ella le revelo su diagnóstico, el se enoja muchísimo. M2 dice que siempre esta enfermo, H1 ha tenido muchas relaciones sexuales y tal vez sigue contagiado, a M2 le da mucha tristeza que H1 no quiere hacerse los análisis, porque ella sabe que si se atiende puede vivir mucho.

H1 no quiso utilizar el condón, le llamo ayer y le pregunto “¿cómo estas, estas bien verdad? ella no le puede decir bien como esta y desde cuando esta enferma, pero el no le ha dado la oportunidad. M2 dice que los hombres son muy cobardes, H1 le dijo que si era positivo el se iba a matar. ya no le duele el pecho.

M1 va a pasar, H2 tú eres el que siempre me has apoyado, pero tengo mucho miedo H2, por mis dos hijas, tú estas mejor que yo, tu le echas muchas ganas, sabes que a veces soy muy chillona.

¿A ver como le hacemos, yo se que tu siempre estas pensando que tienes miedo de llegar del trabajo y no encontrarme?, ella ocupa el lugar de H2, dice M1 (comienza a llorar), M1 tienes que echarle muchas ganas, no quiero que estés enferma, no tiene caso que yo este bien si tu no quieres estar bien, piensa en que tenemos dos hijas, piensa en tu mamá que te quiere mucho. M1 le responde a H2 que a veces no puedo, abrázame H2 por favor, Kenia abraza a M1 para que lllore, M1 le dice a H2 que si le van a echar muchas ganas, ahora que llegue mi mami me va a encontrar muy bien, M1 le dice a H2 que lo quiere mucho y que si le van a echar ganas, el le dice que se levante que no la quiere ver caída, el esta muy fuerte, a veces trabaja doble turno, M1 dice “el no quiere verme tirada nunca”, a veces ella se siente muy mal, M1 dice que se siente bien, que nunca le ha dicho cuanto lo quiere, es muy callado pero es una persona muy linda. M2 le habla a M4 y a M5. Kenia pregunta ¿qué les impide pasar? M3 dice que a su hermana le iban a hacer quimioterapia y hace un rato vio un accidente y no se siente bien. M1 y M2 dicen que el hablar ayuda mucho, se libera una de muchas cosas. M4 dice que no le gusta recordar, M5 dice que ella quisiera hablar si estuvieran realmente en la silla vacía Kenia dice que cada quien decidirá

cuando y con quien hablar, M2 dice que lo importante era sacarlo. M3 dice que ella siempre lo ha sacado con sus hermanos y sus cuñados. M2 le dice a M5 que se preocupe más por ella, le acaricia el cabello, le dice que no esta sola, que cuenta con todas, M5 agradece y dice que es difícil esto, Xochitl le lleva el café a M4 y a M5, termina la sesión y hablan del 14 de septiembre, organizan su convivio, hablan también del taller con los niños, el próximo martes se festejara mi cumpleaños.

QUINTA SESIÓN.

MARTES 28 DE AGOSTO DE 2001.

Al inicio de la sesión como estábamos esperando a que llegaran las demás chicas empezamos a hablar de algunas cosas como donde vivían y M3 hace mención que tiene un departamento, que esta rentando a un hermano, que no la dejan trabajar en su familia.

M3 menciona que del frente donde esta van a hacer un simposium en Guatemala y que hay posibilidades de que les paguen todo y a lo mejor se va, pero que su mamá no quiere por su hija que esta en la secundaria aunque menciona que sus hermanos le dicen que se vaya, que ellos van a recoger a su hijo a la escuela, que ellos no quieren que trabaje, yo le pregunte que si además de vender zapatos y ropa no trabaja en otro lado, ella dice que su cuñado a veces le da trabajo y que por eso ella esta asegurada. Yo le digo que si su esposo no la aseguro (ella menciono que su esposo trabajaba en salubridad y que muchas veces se iba de viaje con el, que conoció muchos lugares, pero que como se petateo, que ya no sale) le digo que si el no estaba asegurado a lo cual dice que no que como le daban contrataos eventuales que por eso, pero ella lo pensó por riesgo epidemiológico, porque iba a brigadas donde había infecciones como cólera u otras enfermedades y que por lo regular no le daban guantes para tomar pruebas, yo le pregunto que si de ahí él se infecto, ella dice que no sabe, que ya no puede meter las manos a la lumbre por nadie, que por que dice que el dijo una vez que si le había sido infiel, pero que no sabe.

Empezamos la sesión con Xochitl, M3, M5 y después llego M10 y M2, Kenia unas tarjetas y que pongan ahí lo que creen que sea la sexualidad, M3 termina, M5 comenta que para ella la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sexualidad es estar con su pareja, M10 dice que no sabe y comenta que a lo mejor hacer niños y una palabra muy difícil de explicar que es mejor actuar.

M3 comenta que su hija le comenta que una chica le dejaron de tarea hacer la diferencia entre una niña decente y una niña loca.

Después dice Kenia que pongan lo que es sexo, M3 y M5 mencionan que masculino y femenino, M2 dice que no que ahí dice que es tener sexo, yo les digo que cada quien ponga lo que quiera.

M10 dice que ella no sabe nada de eso que, que pone, yo le digo que ponga lo que quiera que aquí no se trata de calificar nada y esto se agrega a las reglas.

Kenia recoge las tarjetas y empieza a poner lo que se escribió en el pizarrón:

- relación entre dos personas.
- intimidad con pareja.
- tener relaciones con pareja.
- aprender a vivir con la pareja.

Kenia dice que hay entre esas dos personas, Xóchitl menciona que hay atracción su forma de ser, M3 menciona el físico, M2 dice que amor, Kenia dice que podemos hablar de que hay sentimientos, M5 dice que la comprensión, Kenia agrega el respeto, Xochitl afinidad porque dice que hay cosas en común: forma de ser, su cuerpo, sentimientos.

En este momento llega M4 con unas flores en la mano y me las da, se sienta junto a mí.

Kenia dice que al hablar de sexualidad hablamos de cómo me relaciono yo, con mi cuerpo y con la otra persona dice que a veces la sexualidad la reducimos a relaciones sexuales, la sexualidad es todo el conjunto de cosas que nos podamos imaginar el vestir, habla de cómo yo me siento hacia mi propio cuerpo, habla de los sentimientos hacia otras personas la diferencia sería como se vincula uno con lo erótico, con formas de relacionarnos, hay formas de expresar nuestra sexualidad (ropa, forma de comportarnos).

M3 sale al baño, se sigue con la otra pregunta, que es sexo:

- no sabe.
- diferencia entre masculino y femenino.
- tener o hacer sexo.
- el sexo es identificar al ser humano y tener sexo con la pareja

Kenia dice que el sexo esta insertado dentro de la sexualidad, sexo se refiere a una distinción entre ser hombre y ser mujer.

M5 dice masculino y femenino, hombre y mujer es lo mismo, M4 dice que si también pero la diferencia seria la preferencia sexual.

Xochitl ayuda a Kenia a pegar un papel bond, regresa M3 y le hacen la misma pregunta, M3 dice que si.

Xochitl pregunta que si aquí entraría lo que es sexo por asignación, Kenia pregunta que si conocen a mujeres masculinas, M3 dice que si ella.

Xochitl dice que la diferencia seria sexo lo orgánico y masculino y femenino seria cuestión de actitudes. Pregunto que como se dieron cuenta que eran mujeres, M4 dice que cuando reglo, Xochitl dice que desde niña, M2 dice que el doctor, M4 dice que por los genitales, Kenia dice que entonces la asignación se da por esto, pero que pasa cuando se nace con los dos sexos, y la educación que se nos da con respecto a esta asignación se habla de genero.

Sexo la diferencia entre como se ven nuestros genitales y como nos educan con respecto a esto. M5 contesta a la pregunta que hice de cuando se dieron cuenta que eran mujeres, M5 dice que ella se da cuenta cuando la atraen los hombres, ¿pero quien le dijo a ella que a las mujeres les deben gustar los hombres?, que pasa, Xochitl dice que su hijo le pregunto que si los hombres se pueden casar y le contesto que si pero que la iglesia y la ley no lo permiten, que entonces son homosexuales y no es normal, Kenia habla de quien nos dijo que eso era normal, hablan de la Biblia.

Llega M1 y M6, Kenia habla de quien le dijo a su hijo la palabra homosexual, ella dice que ella no, M2 dice que lo aprendemos de habladas de lo que dicen los demás.

Kenia habla de empezar a establecer estas diferencias por el sexo biológico y por el genero.

Kenia abre una revista y dice que es lo que ven, y dice que hay mensajes que nos dicen como deben ser hombres y mujeres, corta una página de la revista y nos dice que esto es lo que nos han dicho que somos mujeres con falda, medias, etc.

M2 dice que si vemos a un hombre con medias es maricón y aqui se hace mención de otra característica andrógina (ambigua).

M3 comenta de lo hereditario. En preferencia sexual cuales tenemos, Xochitl menciona la heterosexual, bisexual, M3 dice que eso no esta aceptada que un psicólogo le dijo que eso es que no se acepta como homosexual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Kenia dice que todos tenemos grados de bisexualidad, pero que depende si es erótico y/o afectivo. Xóchitl dice que manejar esto provocaría conflictos en tu persona.

Yo digo que la palabra gay y lesbiana se empieza a utilizar después del movimiento de homosexuales.

también comento que esta cuestión de genero, sexo y preferencia sexual también se va a vincular con la cuestión de cómo se vinculan sexualmente, a partir de aquí se hacen comentarios del uso del condón.

Aquí también se señala que ahora con su infección si deben pensar en el uso del condón, pero yo pregunto que si antes lo usaban, M3 dice que no porque piensan que sus maridos les son fieles y ven las infecciones lejos de ellas.

M2 menciona que con su marido no lo utilizo nunca, pero que ella tampoco ha sido una "perita en dulce".

M3 dice que ella nunca anduvo con uno y con otro pero con su marido no uso condón, Xóchitl habla de la parte que es por la cultura.

M3 también menciona que a veces es difícil pedir el uso del condón, pero que a veces a los hombres también les cuesta trabajo porque las mujeres piensan o le podrían decir que con quien andan.

La siguiente dinámica es "la ducha", les paso unas hojas a cada una y les pido que hagan un dibujo de ellas bañándose (M4 sale del aula). Algunas de las chicas refieren que no saben dibujar, a los que les digo que no vamos a calificar los dibujos.

Empiezan a hacer el ejercicio calladas, M3 dice que termino, aquí llega M1 y se le da una hoja para hacer el ejercicio, algunas terminan ya, M10 tapa su dibujo para que nadie lo vea, Xochitl dice que no quiere participar.

Se pregunta si terminaron todas y les digo que si alguien quiere compartir su dibujo con el grupo, M6 se anima y dice que se dibujo desnuda bañándose, con la regadera y el lavabo a un lado. pregunto si alguien más se dibujo desnuda, M3 dice que ella siempre se dibuja desnuda, M10 dice que se dibujo con una toalla ya saliendo, se quedan calladas y preguntamos que pasa porque les cuesta trabajo hablar, que pasa si alguien se dibujo senos y/o genitales, M6 dice que ella si, M3 dice que no porque le cuesta trabajo hacerlo, pregunto si cuando se bañan no se tocan o si se han hecho una exploración de mama, M2 dice que eso no sirve, que ella solo se baña pero no se toca, M3 le dice que si no se toca como se baña bien, M2 le dice que como ella si se toca y se rie,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M3 le responde que ella si se mete los dedos para poder bañarse y limpiarse bien, que si entonces ella (refiriéndose a M2) solo se limpia por encimita, que ella no se masturba, M6 le dice que que tiene que es válido que si un canijo lo hace porque ella no puede.

Xochitl comenta que a ella le cuesta trabajo el tocarse o siquiera desnudarse frente a otras personas, que cuando ella se va a cambiar de ropa o a ponerse pijama que lo hace sola, que le da pena desnudarse frente a su esposo, que por ejemplo cuando su pareja le da un "arrimón" o un apapacho que a ella le molesta, dice que ella esta chapada a la antigua y que todas sus hermanas son así, que ella por ejemplo nunca vio que sus papás tuvieran relaciones sexuales, que solo se daban "demostraciones discretas de afecto", pero nada más, que ella nunca vio desnuda a su mamá o a hermanos y que le cuesta trabajo, habla también de sus hijos que uno de ellos el más chico es muy pícaro y que pregunta mucho el porque de las cosas, que su otro hijo se apena y se agacha cuando por ejemplo de casualidad la llega a ver desnuda, que su hijo más pequeño hace preguntas que no sabe como responder por ejemplo que una vez le pregunto sobre como tienen hijos los animales, ella le pregunto que para que quería saber eso y que se hizo la loca y que le dijo que después le explicaba, aunque dijo que nunca le explica después, que el que lo hace es su esposo porque es más concreto y abierto, dice que mucho de esto depende de la educación que le dieron sus padres, M2 dice que también a ella le cuesta trabajo esto, que ni sus hijos la han visto o ellos han estado desnudos.

M3 dice que no es cierto porque ella jamás vio a su madre desnuda o así, y que ella si anda desnuda en su casa o que se sale de bañar nada más con una toallita y que su mamá la regaña mucho, dice que incluso su mamá se enoja porque se cambie en el mismo cuarto que ella, M3 dice que le dice que por que si tienen lo mismo, que alo mejor con sus hermanos si se taparía, pero no con mujeres, M10 dice que su mamá si se viste y desviste enfrente de todos, sobrinos, hermanos, etc. Kenia le pregunta que siente al ver a su mamá desnuda, ella dice que le da pena verla así. M1 dice que sus papás no se desnudaban ni cosas así, pero que a ella no le da pena que incluso en su casa anda con un top y su pantaleta enfrente de sus hijas y marido, Xóchitl le dice que a lo mejor porque son niñas, M1 le comenta que también su esposo anda en trusa enfrente de sus hijas y que además se mete a bañarlas y no le causa problema. Xóchitl dice que hasta hace unos años ella hacia lo mismo pero que su hijo pequeño a veces le preguntaba que porque ella no tenia lo mismo que "le colgaba a él y a su papá", ella dice que se sintió muy incomoda y que su esposo le dijo que entonces ya no se metiera a bañar con ellos, pero que su hijo también le

pregunta que porque tiene los pechos tan grandes y que ella se puso de mil colores y no supo que decirle.

M2 comenta que no sabemos que decirle a los hijos porque nosotras mismas no nos conocemos. Yo comenté que pasa con esta pena que siente al tocar o ver nuestro propio cuerpo al tener relaciones sexuales, que que pasa si a lo mejor nos gusta que nos toquen o hagan de una u otra forma y por esa pena que tenemos no lo decimos.

Xóchitl menciona que esto depende de la comunicación que tengamos con nuestra pareja, yo le digo que bueno si a nosotras mismas nos cuesta trabajo hablar de esto como podríamos hablarlo con la pareja, M3 dice que ella si lo platicaba con su esposo, que tenían buena comunicación.

Kenia menciona que porque cuando nos damos cuenta de que en nuestro propio cuerpo podemos encontrar placer porque no nos dejamos sentir esta parte. Yo menciono también la parte de que cuando tenemos relaciones sexuales no podemos hablar con la pareja, o si es satisfactorio o no la relación o incluso si hay orgasmos.

M3 dice que ella si sabe lo que es un orgasmo y que al principio de casada (3 o 4 años) le costo mucho trabajo porque era muy fría o incluso no consentía que la tocaran y que por eso tuvieron muchos problemas, pero con el dialogo se arreglaron las cosas y que llego a sentir placer con el.

Xóchitl dice que si hay que decirle a la pareja que a lo mejor no estuvo muy bien, pero hay que guiarlo, pero que a veces es difícil porque luego les dicen que porque piden eso.

M1 comenta que ella si hace de todo con su esposo, mejor ella habla con su esposo, incluso si ve a una chica o un chico guapo que ella reconoce y que le dice a su esposo que vea, que no tiene nada de malo.

Yo hablo de la parte de que a veces cuando cuesta trabajo hablar de estos temas, también cuesta un poco mas de trabajo negociar el condón, que se les quede de tarea explorar cuales son sus miedos para poder llegar a esa parte que nos demos chance de vernos al espejo de reconocer lo que somos y de aceptarnos así.

Termina la sesión, con una comida que me hacen por mi cumpleaños.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEXTA SESIÓN.**MARTES 4 DE SEPTIEMBRE DE 2001.**

Son alrededor de las 12:30 hrs. , solo han llegado tres compañeras a la sesión (M2, M3 y M14 – una compañera que asiste por primera vez al taller pero que conoce a las compañeras del grupo desde hace mucho-). Mientras esperamos a que lleguen otras de las chicas tomo algunos datos personales a las compañeras, Kenia esta sentada en el escritorio (M3 salió al baño), Xóchitl tiene gripe, M2 y M14 platican de sus problemas y estados de ánimo, hablan de la atención de la psiquiatra, mencionan que ella trabaja muy bien con el grupo de hombres pero con las mujeres choca mucho y que por eso no asisten con ella, que no les gusta su manera de trabajo. Las compañeras hablan de los talleres para sus niños y jóvenes, hablan de los condones, su uso y su precio. Llega M4 y comienza la sesión.

Retomo un poco del tema anterior y digo que ahora escriban cual es su relación sexual ideal para cada quien (Xóchitl fue por unos condones para trabajar) Kenia y yo también llevamos condones femeninos.

M3 ya terminó y dice que desde su punto de vista no hay parejas ideales, hablan del pozole, Xóchitl llevo con la jarra y el agua para el té.

Les pido que ahora escriban como fue su primera vez, a que edad, con quien, como fue. Dice M3 que a ella le cuesta trabajo escribir, Kenia dice que tiene hambre, las compañeras se rien de lo que están escribiendo. Mientras tanto yo estoy pasando los datos de las compañeras en unas hojas formateadas. M14 dice que como no trae lentes no escribe con mucha legibilidad. M2 dice que ella no acabaría de relatar todas sus experiencias sexuales aunque tuviera un cuaderno. Xóchitl dice que ella no va a participar. M2 dice que todas sus parejas están bien físicamente y ella no. M2 dice que M4 no va a terminar hoy y se ríe. M14 dice que hoy le pareció volver a ver a una compañera que tuvo relaciones sexuales con su marido, que al ver hoy a una chica que se parecía mucho a ella se sorprendió y dijo “ay ya también esta aquí”, y M3 dice “ lero, lero”.

Ya terminaron las compañeras, llevo M12, yo le explico lo que estábamos haciendo y la invite a participar,

M3 menciona que su pareja ideal es que fuera fiel, que le diera algún detalle, para tener relaciones sexuales que no tuviera problemas para usar el condón.

M14 dice que me gustara, que me sintiera bien con él, que fuera buena onda, que nos llevara todo a una relación bonita, ella tuvo experiencias sexuales diferentes con su marido y a parte con otra persona, después de que murió su marido tuvo otra pareja y tuvieron relaciones sexuales muy agradables, bonitas, con mucho cuidado, Kenia le dice que si nunca pensó que su marido le fuera a transmitir el VIH, ella dice que no. Xóchitl dice que le duele la muela y dice que después va a hablar. M14 dice que la relación sexual es algo muy bonito, sales con una sonrisa de oreja a oreja.

M2 dice que tuvo su primera relación sexual a los 16 años con su marido, dice fue algo muy feo, que ella no quería, ella pensó que al casarse iba a cambiar su vida, ella se fue con el para salirse de su casa porque su abuela la golpeaba mucho, ella no sabía que era una relación sexual, nunca le dijeron nada, su abuela solo le decía "cuidense mucho, la mujer es como un cristal, una vez que se quiebra ya no sirve". Ella no sabía ni que era perder la virginidad, se fue con su novio (su marido) y fue una experiencia muy fea, ella comenta que nunca ha experimentado un orgasmo, siente que siempre la utilizan en una relación sexual, aunque ella siente que si quiere a sus parejas, nunca ha tenido un orgasmo, ella dice "siento que yo me infecte por eso, por querer saber lo que es un orgasmo anduve de relación en relación y lo único que conseguí fue infectarme" Dice que ahora ya no podría tener un orgasmo o una relación sexual satisfactoria, dice que con su esposo no sabe ni porque tiene relaciones sexuales, porque no siente nada, yo le digo que entonces porque sigue con su esposo, ella me dice que no sabe, que tal vez es la costumbre. Kenia le pregunta que si ha pensado porque no puede sentir placer en las relaciones sexuales. M14 participa y dice que tal vez no queremos demasiado a una pareja, Kenia comenta que el orgasmo es una vivencia personal, que tiene que ver con el erotismo, los afectos, como vivimos nuestro cuerpo, M2 dice que ella nunca ha sentido eso. Kenia habla de que para disfrutar las relaciones sexuales hay que ver como estoy viviendo mi propio cuerpo. En la sesión pasada hablaron de que hay que reflexionar sobre porque muchas mujeres se sienten usadas en la relación sexual, yo hablo de cómo muchas veces no nos tocamos ciertas partes del cuerpo como los senos y los genitales, si no nos permitimos a nosotras mismas disfrutar de nuestro cuerpo ¿cómo vamos a permitir que otro me toque?.

M12 dice si "yo no le digo a mi pareja que me gusta que me haga, como lo va a saber", dice que a sus hermanas les dijo "a mi me gustan las flores, cuando me quieran regalar flores, regálenmelas ahorita no cuando este muerta, mi hermana lo escucho y ahora cada vez que me ve

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

me lleva flores". Ella tuvo su primera relación sexual a los 21 años y su marido tenía 17, no fue muy agradable, cuando tuvieron una relación sexual completa no sintió nada, a ella no le gusto, continuo con su vida sexual, ella era muy apasionada y su pareja no, su marido tenía relaciones sexuales cuando él quería y no le interesaba si ella estaba satisfecha, con el nunca tuvo placer en las relaciones sexuales, quedo embarazada, su marido falleció, después de dos o tres años de su muerte conoció a otra persona, con el sintió algo muy bonito, ella se sentía muy bien con el y se sentía seducida, se fue con él a un cuarto de hotel, para ella la manera en como le hizo el amor fue su primera vez, su compañero le pregunto que como le gustaba tener relaciones sexuales y ella le dijo que no sabia, el le dijo que era increíble, si ella era madre de 3 hijos que ¿cómo?. Con su marido todas sus relaciones sexuales fueron a oscuras, con el otro compañero experimento plenamente, disfruto mucho y se termino la relación porque ella tenía miedo de comprometerse. Con esta persona dice que descubrió cual era la relación sexual y la pareja ideal, en esa relación había mucho respeto. M12 considera que el ser positiva era un obstáculo, el también tuvo mucho miedo de infectarse, a pesar de esto dice que le dejo un muy agradable recuerdo, de su marido solo tiene tres hijos que son una bendición. Yo pregunto que si en todas las relaciones sexuales utilizaron condón, algunas dijeron que si, pero que no siempre. Comentó que muchas veces se veía a las ITS (incluyendo VIH) como lejanas.

M2 dice que es un error de las mujeres casadas (o la gran mayoría) piensan que sus maridos les van a ser fieles siempre, meten las manos al fuego por su marido. M12 dice que ella nunca pensó que su marido le era fiel, pero que por ignorancia no le pedía usar condón.

M2 dice que su esposo tenía muchos amigos, entre ellos homosexuales y que se la pasaba tomando con ellos y dice quien sabe ya tomados tal vez tuvo relaciones con ellos y a lo mejor se infecto con un hombre.

Se habla de cómo al principio de la infección se empezó a difundir el VIH entre esta población y como se encuentra a incidencia actualmente, es más fácil que la mujer se infecte por un hombre a que un hombre se infecte por una mujer. Hablan también de la dificultad de saber como se infectaron sus maridos por que es difícil preguntarles.

M2 dice que un médico le dijo que hay dos tipos de VIH, los portadores que son personas que son portadoras pero que no tienen SIDA, Xóchitl explica un poco y después Kenia explica en que consiste el proceso de infección por VIH y las fases de la infección hasta llegar al SIDA, también habla de la carga viral y conton de células CD4.

M2 agrega que también tiene que ver mucho el aspecto psicológico que tiene que ver un proceso llamado psiconeuroinmunidad, que tiene que ver con el estado anímico, se habla de que a veces la gente muere de tristeza, Xóchitl comenta que muchas veces cuando la gente esta deprimida es muy difícil que salga de su depresión.

Yo comento que si saben usar un condón, algunas dicen que si, Kenia abre un estuche. M3 comenta que el dildo de madera esta muy chiquito, Xóchitl dice que es muy golosa.

Kenia distribuye condones, yo explico como saber si el condón está en buenas condiciones, Kenia explica los lugares en donde se puede guardar el condón. Todas las compañeras abren el condón, Kenia y yo hacemos una demostración de cómo se coloca el condón, como retirarlo y como desecharlo, además de cómo darse cuenta de que el condón no se rompió. M12 infla su condón y dice el mío no se rompió, se habla también del lubricante que se debe utilizar con los condones a base de agua y no de aceites, se habla del nonoxinol-9 que en algún tiempo se pensó que desactivaba el virus.

M4 pregunta lo que opinábamos acerca de los óvulos, yo le comento que los óvulos solo funcionan como método anticonceptivo pero no para prevenir ITS. Kenia comenta que en las relaciones sexuales anales hay que usar un condón más resistente o bien uno para penetración vaginal pero con mucho lubricante, al decir esto las chicas hacen gesto de desagrado ante esta practica, yo comento que esto va a depender de los gustos de cada quien, también hablamos de los condones para sexo oral que hay de color, sabor y neutros para que les pongan lo que más les agrada, se rien de esto.

Kenia habla del condón femenino que esta hecho a base de poliuretano y explica el uso de este, además yo menciono que los homosexuales utilizan el condón femenino para relaciones anales, pero quitándole el arillo flexible para que no lastime, otra cosa que señalo es que es importante que se piense que le placer no solo se obtiene a través de la penetración que se puede complementar con otras cosas que nos agraden como caricias, flores, alimentos, etc.

Se da por terminada la sesión, se toma café.

SÉPTIMA SESIÓN.

MARTES 18 DE SEPTIEMBRE DE 2001.

Empezamos la sesión muy tarde cuando llegamos no había nadie, solo Xóchitl, comentamos que se nos hace raro que no haya llegado ninguna de las chicas.

Llega M3 y nos dice que nos dejaron plantadas por lo de la sesión anterior, después llega M5, aquí también llegan Claudia y Rocio que trabajan en el IMSS y vienen a un curso de capacitación para trabajadores sociales.

Más adelante llega M4. La sesión comienza al 5 para la una. Kenia habla de que en esta sesión se trabajara perdón y muerte, pasamos unas tarjetas para que contesten unas preguntas que Kenia anota en el pizarrón:

- ¿Me siento culpable de algo?
- ¿Me ata a alguien el resentimiento?
- ¿Me traería beneficios perdonar a alguien?
- ¿ Hay algo que necesito aceptar o liberar en mi vida?
- ¿Hay heridas que piden a gritos ser sanadas?
- ¿Adónde esperas tú en tu estilo de vida llegar a la muerte?

La última pregunta no queda clara para muchas en especial para Claudia que esta participando en esta sesión. Kenia aclara un poco esto se da tiempo a que se haga el ejercicio.

Después de terminado el ejercicio, pregunto si alguien quiere compartir lo que escribió.

M3 es la primera y habla de lo que no ha podido aceptar es su seropositividad, porque con ello no puede tener una relación, aunque ella no se siente culpable de su condición y la ultima pregunta la responde que le gustaría llegar a la muerte con dignidad.

Después sigue M4 diciendo que ella se siente culpable por no haber sido responsable de sus actos, aunque dice que su seropositividad la ha aceptado y la ha superado con la ayuda de Dios, habla también que los talleres la han ayudado en este proceso, que se acepta tal como es y que así espera llegar a la muerte.

Continua M5, diciendo que se siente culpable de su seropositividad porque por "esta enfermedad mis hijos se van a quedar sin su mamá"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aunque ella no quiere hablar de las demás preguntas M4 interviene y le dice que debería hablar y sacar todo lo que trae para que este más tranquila.

Xóchitl continúa y dice que para ella es difícil responder a estas preguntas porque ella revuelve toda su vida a diferencia de las demás que se encuentran en una condición específica, con un diagnóstico de VIH, que tendría que ponerse a analizar muchas cosas que en ese momento había hecho el ejercicio solo por la instrucción pero que realmente no sabe que decir.

Después continúa Claudia refiriéndose a M4 y diciéndole que aunque esta es la segunda vez que la ve que se le hace una persona muy centrada que se le ve que ha aceptado su condición y se hace un diálogo entre ella y M4, ella también habla de que le es difícil el ejercicio porque es un grupo homogéneo el de ellas, Xóchitl interviene y habla de que el grupo es privilegiado por su condición y que por esto ella a veces se siente "fuera del grupo" y que por eso en ocasiones no participa, pero que el grupo le ha enseñado mucho como profesional y que le ha ayudado en "su crecimiento personal", que ella las ve como gentes de quienes ha aprendido mucho de su dolor (aquí hay una interrupción).

Claudia después dice que quiere continuar con su participación en el taller, ella empieza a hablar de que más que participante esta como observadora y que el ejercicio le cuesta trabajo porque más que contestar las preguntas esta al pendiente del trabajo que nosotras realizamos al frente del grupo, habla también de que como observadora le es difícil implicarse en un grupo homogéneo "con la característica de la seropositividad", sin embargo hago referencia de que el grupo esta pensado para mujeres tengan o no VIH, ella insiste en su participación como observadora y Kenia le señala que porque le preocupa tanto esta parte, que porque simplemente no es participante, aquí se empieza a hacer un diálogo entre ambas, yo noté la forma en que se hablan al igual que las expresiones de las otras chicas, que se muestran "enojadas" al igual que yo por esta situación, Xóchitl se levanta y dice que esto nos esta desviando del ejercicio y que ella no esta de acuerdo con la posición de Claudia, que ella esta solamente por cuestiones de entrenamiento, pero que no le gusta esa actitud.

Pregunto a Claudia que si ella se va a quedar con el grupo de mujeres, a lo cual me dice que no (yo pregunto esto porque me preocupa la forma en que va a llevar dicho grupo, cuando dice que no, siento alivio por esto), después continúa diciendo que la última pregunta la contesta como que pone todo lo de mí para realizar mis sueños

Por último sigue Rocio diciendo que ella si entiende por lo que pasan, que ella también ha pasado por alguna enfermedad crónico degenerativa y que esta satisfecha por haber cumplido con sus sueños.

Debido al tiempo de la sesión, se termina y digo que los otros ejercicios que faltaron los retomaremos la próxima sesión y que por favor les dijeron a las demás que estuvieran todas y puntualmente, debido a que esa iba a ser la última sesión del taller.

Se termina la sesión de la manera en que acostumbran, tomadas de las manos y diciendo cada una algo.

OCTAVA SESIÓN.

25 DE SEPTIEMBRE DE 2001. SESION DE CIERRE.

Llegamos al salón y ya se encontraban Xóchitl, M1, M3 Y M15 (a ella era la primera vez que la veíamos) después llego M4, M5 y una de sus hijas.

Empezamos la sesión, yo hablo de que la sesión pasada estuvimos hablando de perdón y muerte, y que en esta sesión retomaremos estos temas, les digo que para esta dinámica les voy a dar una hoja y en ella van a escribir tres cosas: 1) el significado de muerte, 2) dudas o temores acerca de la muerte y 3) una carta a la muerte, esto lo anota Kenia en el pizarrón.

M3 inmediatamente pregunta que como una carta a la muerte, yo le digo que si en este momento le pudiera escribir a la muerte que le diría, M3 dice que no se la lleve todavía, sin haber amado.

Continúan haciendo el ejercicio, al termino se les pregunta que quien quiere compartir lo que escribió, M4 empieza diciendo que para ella lo que significa la muerte es el fin de nuestra vida en este mundo, que sus temores o dudas es que si existe otra vida después de la muerte, que si abra gloria e infierno.

En su carta a la muerte escribió "Quisiera que mi muerte fuera benévola conmigo, que no sufriera físicamente y que fuera rápida mi muerte y que a mi familia no le afectara mucho, porque la muerte es el final de la vida y es normal", a esto agrega que ella es muy cobarde que le teme al dolor y más con esta enfermedad, que uno no sabe como se va a poner.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M3 sigue aunque comente que no le gustaría morir en este momento, en su escrito señala "para mi la muerte significa dejar mi cuerpo inerte, irme a otro mundo que todavía no logra descifrar si es que allá hay otra vida como se dice".

En temores y dudas escribe, temores no tengo, dudas que si podré encontrarme con algún ser querido que ya no esta conmigo.

En su carta a la muerte "quisiera que ahorita no te hicieras presente, quiero seguir viviendo porque tengo una ilusión de seguir viva por mis familiares", después de esto raya lo que escribió. M15 continua y dice que ella no escribió mucho pero empieza a comentar acerca de que le dolería que su familia sufriera por mi muerte, relata que cuando se entera de su seropositividad se deprimió mucho que incluso no quería ver a nadie, ni a sus hermanos, que se la pasaba en la cama que se veía muy mal, pero que logro salir adelante gracias a que una de sus hermanas que vino de Cancún y que es de otra religión le decía que dios iba a decidir cuando se la llevara, que le lela la Biblia y que por eso salió de esa depresión, ella comenta también de la muerte de su padre que a ella le dolió mucho que su padre se cayo y que ya no podía hacer nada, que ninguna de sus hermanas quería verlo o ascarlo, que ella lo ayudo en lo que pudo y que a veces estaba muy cansada y que entes de morir le dio instrucciones de que el había enterrado dinero en una parte de la casa y que solo ella lo podía sacar, que porque a ella le correspondía, ella menciona que le daba mucho miedo (Xóchitl comenta que parece historia de terror), que cuando su papá murió ella le dijo a sus hermanos y que fueron a la casa para escarbar y sacar el dinero, ella y otra hermana comentaron que eso no estaba bien que por lo menos esperaran a que pasara el novenario pero que no le hicieron caso y fueron pero que no pudieron sacarlo porque se fue la luz, solo en esa casa y que cuando llegaron al rosario que vieron la imagen de su padre en una pared y esto sucedió en la casa de una hermana a la que le dijo su papá que nunca lo iba a olvidar. así siguió relatando esto y por ultimo yo pregunte que si siempre había desenterrado el dinero, ella dice que no que le daba mucho miedo y que incluso ya vendieron esa casa.

En este momento llegan M6, M7 Y M12. Después de esto se hace un silencio y M5 solo menciona que si le dolería por su familia.

Aquí empiezo a hablar de que es importante la cuestión de cerrar asuntos y también lo importante de dejar testamento de la voluntad de cómo morir.

Xóchitl dice que ella siempre le ha dicho a su familia que quiere que la cremen y que tiren sus cenizas donde sea y que su mamá le dice que esta loca.

Aquí hablamos de la importancia de la comunicación con sus familiares sobre la muerte. Xóchitl menciona que es difícil la muerte para muchas personas, que su abuelita por ejemplo murió y que ella quería que su muerte fuera tranquila, pero que tal vez hizo mal y que se siente culpable de cómo murió.

Kenia habla de la importancia de un apoyo tanatológico para morir con tranquilidad. Aquí yo hago la pregunta de que en alguna ocasión alguien me pregunto a mí si en este momento estaba preparada para morir y yo les hago esta misma pregunta, todas me dicen que no, solo el hijo de M7 dice que el sí, Xóchitl lo señala diciendo que el puede desprenderse fácilmente.

Aquí hago la apuntación de que habría que ver como ve un niño la muerte y como la vemos nosotros, Xóchitl dice que ellos lo ven más fácil, que incluso sus hijos a veces hablan de su muerte como si no la quisieran, yo le digo que nosotros a veces vemos la muerte con muchos temores y que esos miedos se los infundimos a los niños pero porque no ver la muerte como lo ven ellos.

En este momento les doy otra hoja en la cual les pido que hagan una carta de despedida, que piensen que están a punto de morir y que le escribieran a la persona (as) de quienes se quisieran despedir.

Kenia les dice que piensen que terminando la carta morirán, M15 dice en broma que entonces no la escribe que porque que tal si pasa, las demás se ríen y empiezan a hacer su carta. (M1 y M3 salen pero ya terminaron)

Se hace el ejercicio en forma silenciosa aunque el ambiente era triste, M4 lloraba y hacia pausas al escribir para limpiarse las lágrimas, M15 termina muy rápido y habla de ya "vamos llegando al cielo"

Kenia y yo cortamos unas hojas para hacer el siguiente ejercicio. Todas terminan y M12 lee su carta la cual dirige a sus hijos, habla de la felicidad al tenerlos, la satisfacción de verlos crecer, habla de su partida y pide disculpas por lo que pudo haber hecho.

Al terminar de leerla Xóchitl y M5 dicen que esta muy bonita su carta, que ellas la quieren.

Kenia pregunta como se sintió al escribirla, M12 le dice que bien que las palabras fueron saliendo y que no le costo trabajo que se siente bien y que va a mandarles esa carta.

Sigue M7 aunque su hijo la anima para leerla, la dirige a todos sus seres queridos, pero sobre todo a sus hijos, que el más grande cuida al pequeño y que este le haga caso, que se porte bien, habla de "mientras me recuerden no moriré"

Esto lo retoma M12 de que la recuerden como una persona alegre en su familia, que siempre ponía el ambiente en las fiestas y que eso lo recordara su familia cuando ya no este.

M4 dice solamente que la dirigió a su hija, y que esto la ayudo a sacar muchas cosas. M6 dice que a sus hijas siempre les ha dicho a donde moverse cuando ella muera, que ha hecho cartas para todos los de su familia y sobre todo para sus hijas, habla de los privilegios de ver la vida de diferente manera.

M1 y M3 llegan en este momento, pero dicen que no quieren hablar de eso.

M5 Y M15 no comentan nada.

Aquí hablamos de la parte de que porque esperarnos a morir y no hacer las cosas que tal vez pudimos hacer en vida.

Por último damos dos papeles a cada una de las chicas, incluyéndonos nosotras y les pedimos que en uno anoten lo que se llevarían del taller y en el otro lo que dejarían.

Al término se les pide que hagamos un círculo y Kenia dice lo que se lleva del taller es la experiencia, fuerza y lo que deja son los temores y este último papel lo coloca en un recipiente que esta en medio del círculo y le prende fuego.

Después cada una de las chicas quema lo que dejan y todas mencionan dejar el temor a su enfermedad.

Al último signo yo diciendo que al igual dejo muchos temores y lo que me llevo es la experiencia de haberlas conocido, el amor por mi carrera y el haber podido compartir con ellas algo de mi y su confianza en nosotras.

Nos damos un aplauso y aquí les hago mención de la importancia que nos den su autorización por escrito para poder publicar lo registrado en el taller, M12 pregunta que para que y Xóchitl le señala que esto ya se había hablado con anticipación y que todas habían estado de acuerdo en ello, hay dudas con respecto a si se van a mencionar los nombres de ellas, yo aclaro que desde un principio se dijo que se iban a utilizar nombres falsos, que algunos datos como la edad, número de hijos, etc., si iban a aparecer, pero los nombres verdaderos no, Kenia también señala que debido a que el taller fue vivencial los datos que se hablaron van a aparecer, pero solamente nosotros y ellas vamos a saber de esa historia y que solo con la identificación de esa historia nos vamos a dar cuenta que son de nosotras.

M3 dice que cuando se publique les avisemos para que lo lean (esto lo dice muy entusiasmada)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Yo les digo que por supuesto que incluso se va a venir a hacer una devolución de los resultados del taller y que esto de la publicación es importante para que se conozca el trabajo y sobre todo que se replique para el bienestar de ellas y otras personas que viven con VIH.

Nos dicen que les demos las hojas para firmarlas, Kenia la lee y cada una firma una de ellas.

Después de esto se hace la acostumbrada despedida y todas las chicas nos dan las gracias por haber otorgado este taller, que les hizo mucho bien, Xóchitl señala que en el momento que nosotras queramos ahí está el espacio y que con mucho gusto nos recibirán, nos dan las gracias por nuestra participación, nosotras también reiteramos el agradecimiento por habernos permitido entrar en sus vidas.

Después de esto se hace una comida para finalizar el taller.

NOMBRE: Agustín Betanzos López

EDAD : 38 Años

ESTADO CIVIL: Casado

ESCOLARIDAD : Lic. En Trabajo Social. ESPECIALIDAD: Psiquiatría.

LUGAR DE TRABAJO: Hospital General "Ignacio Zaragoza" ISSTEE
Hospital Psiquiátrico "Samuel Ramírez Moreno"

PUESTO QUE DESEMPEÑA: Encargado de trabajo social e infectología.

TIEMPO LABORANDO CON PERSONAS CON SIDA: 10 Años

INV. ¿Cómo es que ingresa a trabajar con personas con SIDA?

ENT. Empiezo a partir de mi servicio social, en 1988, cuando estoy haciendo mi servicio social, en el área de insectología de este hospital, es cuando llega nuestro primer caso de VIH por aquí en ese tiempo. Es un tipo masculino con características de homosexualidad en sus preferencias sexuales, y este todo lo que sabía del sida del 84 al 88 pues era muy poco, no había así un gran número de casos y pues este paciente, pues eh, sufrió en carne propia el hecho de ser identificado como VIH y ser el primer caso de aquí.

INV. ¿De este hospital?

ENT. Todo mundo pasaba con, si de este hospital, todo mundo pasaba con cubre bocas, gorros, guantes, batas, este, gorros y bata, se le revisaba con lentes, entonces el paciente se sentía peor que un animal, porque cuando se supo que había un paciente con sida todo el mundo quería verlo, enfermeras, médicos, todo mundo. Entonces imagínese la situación del paciente, entonces él empezó con síntomas que avisaban que era un probable VIH y le hicieron una serie de estudios, entre ellos el Elisa, el Western Blot y en aquel tiempo cual era otro, la inmunofluorescencia y los tres dieron positivo.

INV. ¿Y la inmunofluorescencia en que consiste?

ENT. Es una prueba en que se detecta a través de luz, pero esa fue de las primeras pruebas, por eso usted no la conoce.

INV. ¿Aquí como ingresan los pacientes, de donde los mandan?

ENT. Pueden ingresar de dos formas, uno es a través del servicio de urgencias adultos para pacientes que vienen con una crisis desencadenante, este y hace inestabilidad biológica para él,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

puede ser una enfermedad pulmonar o una enfermedad que este relacionada con gastroenteritis infecciosa, pueden ser síntomas de un problema infeccioso a nivel de nervios cerebrales.

INV. ¿Y solamente son derechohabientes?

ENT. No, si hemos tenido no derechohabientes, pero no les conviene el tratamiento aquí, porque el costo del servicio es muy caro.

INV. ¿Y a los derechohabientes no se les cobra?

ENT. No, eh, hay estudios que no tenemos aquí en el hospital, entonces esos estudios se tienen que realizar por fuera y uno de ellos es el conteo de células Cd4, entonces como el instituto no tiene ese aparato, instrumento, el soporte técnico para realizarlo se manda al INDRE o a CONASIDA.

INV. ¿Y aquí permanecen hospitalizados o se van a su casa?

ENT. Bueno la enfermedad es grave, es potencialmente riesgosa para su vida, se les interna cuando la enfermedad se realiza a través del servicio de urgencias, se da de alta y se envía a casa.

INV. Y este como, bueno ya me dijo como se canalizan los casos y ¿quién es el que da el diagnóstico de que tiene VIH?

ENT. Un primer diagnóstico, el médico.

INV. ¿Y usted no interviene en esto?

ENT. De hecho yo paso lista con él, entonces cuando se da el diagnóstico médico por primera vez, pues, en la mayoría de los casos los diagnósticos de primera vez que hemos encontrado aquí, ya han sido tratados en otras unidades nada más que el paciente presenta una fase de negación, una fase psicológica de negación en la que pues no aporta datos para su tratamiento entonces niega todo antecedente, pues cuando se le manda hacer los exámenes serológicos y sale positivo y se le dice, entonces para el es como echarle una nueva cubetada de agua fría, que el ya sabe su diagnóstico muchas veces ya viene manejado de conasida o de este, la secretaria de salud o de medio particular. Aquí realmente hemos tenido muy pocos casos de un primer diagnóstico hacia el paciente, sufre una crisis emocional muy tremenda no.

INV. ¿Y como es que después del diagnóstico, es que interviene usted con los pacientes?

ENT. Pues hago todo un proceso, un proceso que va desde lo que es una entrevista inicial con el paciente, una entrevista educativa, como un corte educativo en el que vamos proporcionando información impresa, este, información a través de películas, videos a el y a la familia ¿por qué? Porque muchas veces como el sida ha sido tan estigmatizado el paciente piensa que saliendo

de aquí, todo mundo se va a dar cuenta que tiene sida, entonces hay que disminuir la ansiedad con el paciente, entonces este tipo de entrevistas van encaminadas a eso, el objetivo principal es disminuir la angustia.

INV. ¿Y la entrevista inicial que aspectos abarca?

ENT. ¿Qué abarca?, bueno vemos principalmente los aspectos, eh, datos generales, aspectos laborales y dentro de los aspectos laborales nosotros empezamos a desarrollar un plan de trabajo con ellos, bueno nosotros, más bien yo en este caso, tenemos la maña de hablar en plural no, cuando el trabajo es de uno.

INV. ¿Y usted como ha visto que afecta a la familia?

ENT. Bueno, hay cuestiones culturales, como lo mencionaba usted en un principio, estas cuestiones culturales intervienen aquí que son muy ricas precisamente en el desarrollo de la misma enfermedad, por ejemplo cuando el paciente es una persona con un sentido machista en su sexualidad, este, la esposa, vamos a encontrar una persona abnegada, una persona que este va a cooperar, una persona que lo que venga ella es lo que dios dice, y en ese sentido se vuelve una buena red de apoyo para el paciente, pero cuando el paciente es bisexual y confiesa a su esposa en este caso soy bisexual entonces aunque la esposa tenga ese corte se rompe esa red ¿por qué? Porque pienso que a ninguna mujer le gusta que su esposo lo engañe con otro hombre, entonces ahí vienen cuestiones culturales ¿no?, si por muy tonta que yo sea no voy a pelear con otro hombre por esté.

INV. Entonces en su opinión cual es el factor de contagio más común.

ENT. El sexual.

INV. Pero digamos infidelidades, el bisexualismo, cual.

ENT. Pues es que mire, la infidelidad es un concepto muy grande, si nos ponemos a analizarlo, no es infiel un bisexual desde un principio que se casa con una persona heterosexual y no le avisa pues de estas preferencias, eh, vamos muchos bisexuales o muchos homosexuales que realizan una vida bisexual lo realizan también por cuestiones familiares si, hay un dicho que pues mal dicho pero pues es mexicano y se adapta a la realidad que hombre maduro, soltero maduro, joto seguro, entonces muchos para tapanle el ojo al macho se casan siendo ya personas maduras y en este casamiento yo he encontrado características de por ejemplo la mujer, que tienen menor grado escolar, que tienen una cultura pequeña, son factores que a este cuate le van a permitir tenerla subyugada y económicamente el tipo va a ser el principal abastecedor económico,

entonces infidelidad pues es el hombre principalmente, porque de todos los casos que yo he estudiado, la mayoría de los hombres son los que han transmitido la enfermedad a sus esposas y bueno si nos ponemos a analizar los casos que yo he visto, el rango de edad esta entre los 30 y los 45 años y si vemos la evolución del virus es de 10 años a 16 años, entonces hablamos de que estos tipos se infectaron a los 20.

INV. ¿Usted les da algún tipo de terapia a los pacientes específicamente?

ENT. Claro que si, de hecho le digo que cuando empezamos la primera entrevista, el objetivo es disminuir la angustia, si, después nos vamos a otros objetivos como equilibrar el sentido de culpa, darle universalidad al problema ¿cómo? Pues hacerlo patente a los demás miembros de la familia con los cuales tenga buenas relaciones el paciente.

INV. Entonces la terapia también la da familiar usted.

ENT. Claro, y bueno se maneja un modelo tanatológico, para apoyo ya en fase terminal del paciente.

INV. O sea ya los pacientes que están aquí ya están en fase terminal.

ENT. En la tercera etapa.

INV. Entonces ya nada más cubre esos aspectos de tanatología.

ENT. No, la tanatología se aplica ya cuando el paciente después de una serie de entrevistas, el paciente ha tenido varios reingresos y su estado de salud se ha deteriorado tanto que este es necesario por razones de salud mental, hablar con sus familiares de cual va a ser el proceso, desde el proceso de agonía hasta el proceso de muerte, si porque se evidencia de distinta forma la muerte de un hijo o la muerte de un padre o de un esposo, entonces, hay que buscar elementos que nos ayuden a identificar el destino de ese paciente cuando muera, la ayuda con la que cuenta, el soporte económico que tiene o no tiene, o sea identificar los recursos para que esta muerte sea lo más humana, tenga la mayor calidad posible en su viaje.

INV. Y las terapias que usted da son periódicamente o nada más cuando el paciente lo requiere.

ENT. Son periódicas, bueno yo calculo con cada paciente un promedio de cinco entrevistas desde el momento que ingresa hasta el final, un promedio porque hay veces que hago un seguimiento post-mortem.

INV. ¿Con los familiares?

ENT. Sí

INV. ¿Y ahí que hace?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENT. Bueno, pues desde el apoyo moral que significa ir al velorio, o sea la cuestión tanatológica se extiende a domicilio, hay veces que tenemos los aspectos que están intrínsecamente en la familia, como eso de que los hombres no llorar o las madres deben tener valor, la resignación y todo eso, es auxiliar a que se externen todo ese tipo de sentimientos.

INV. ¿Y bueno en el caso de los niños pequeños o de los menores también se asiste a este tipo de terapias?

ENT. Si, si principalmente cuando el paciente ya esta en fase terminal, se hace una entrevista con ellos para explicarles en que condiciones está su papá o su mamá, que se espera al pasar a una visita con ellos, muchos de ellos tienen la reacción de que pues no es, de que la imagen que están viendo no es la que tienen conceptualizada, verdad, porque muchas veces el paciente bueno la mayoría de los casos tienen un 50 % de desgaste físico, entonces el chamaquito cuando la vuelve a ver o lo vuelve a ver al paciente esa imagen esta deteriorada entonces el dolor que emerge es muy grande, pero es mejor así a que le digan pues tu papá ya se murió y no sabemos donde esta.

INV. Si todo el trabajo que debe existir antes y después de.

ENT. Si.

INV. Bueno usted cuenta con alguna capacitación anterior para dar asistencia a pacientes con SIDA.

ENT. ¿A que se refiere con eso?

INV. Diplomados, cursos, etc.

ENT. Bueno principalmente mi experiencia ¿no? La experiencia que he ido ganando en 10 años, pues se puede decir que no son pocos, no son muchos tampoco. El número de casos manejado si es elevado, yo hice mi tesis también sobre sida como le informe en un momento, se hicieron 100 casos en estudio social, o sea, 100 casos completamente manejados, las características de esos 100 casos, los resultados que se arrojaron y eso fue en 1994, los resultados que se arrojaron, a la fecha pues el número de casos se ha incrementado, entonces, si he tenido la necesidad de capacitarme, he tomado diplomados en atención a la familia, en atención social a la familia, diplomados en tanatología, diplomados en violencia familiar, diplomados en sistematización de las experiencias profesionales, diplomado en arreas sustantivas de mi profesión y finalmente la especialidad.

INV. ¿La especialidad es en?

ENT. En psiquiatría.

INV. Y también hizo su tesis de especialidad sobre SIDA.

ENT. Sí también.

INV. Y los diplomados a los que usted asiste ¿Quién los imparte?

ENT. Bueno mire, muchas veces han sido tomados por parte de instituciones que me respaldan, el hospital Samuel Ramírez Moreno, me han mandado a dos diplomados y de aquí del hospital tome la especialidad con beca, esto fue hace dos años, o sea que tengo poco de haber regresado y cuando tengo la oportunidad de pagarme mis cursos pues los pago yo.

INV. ¿Y regularmente donde son los cursos?

ENT. El último fue en la universidad, de los pocos que han sido por respaldo universitario.

INV. Bueno, usted hace un momento comentaba que ha aumentado el índice de casos de sida, en su opinión en que grupo de población se da más el contagio.

ENT. Si hablamos por cuestiones de derechohabencia aquí en el hospital encontramos el mayor número en los trabajadores, trabajadores en los dos rubros hombre y mujer, son los más afectados.

INV. ¿Trabajadores del hospital?

ENT. No, trabajadores al servicio del estado.

INV. ¿Cómo policías?

ENT. Bueno si hacemos un desglose por dependencias, encontramos en primer lugar a la secretaria de educación pública. Aquí la población es homogénea, estamos hablando de profesores, de gente con una alta escolaridad.

INV. O sea que el nivel cultural es:

ENT. Es alto.

INV. Y en los casos de VIH de las mujeres.

ENT. Pues si es el mayor número de casos, esta con una preparación alta, preparatoria, superior y postgrados.

INV. Bueno ¿Ustedes tienen a nivel informativo programas que brinden algunas instituciones o ustedes al interno tienen información para los pacientes?

ENT. De hecho nosotros cada año tenemos que renovar nuestro programa operativo, entonces en este programa se nos pide que pongamos nuestras metas, nuestros objetivos, o bueno yo como

estoy a cargo de infectología, una de mis metas es siempre manejar al 100% los casos de VIH pensados.

INV. ¿Qué tipos de programas existen? ¿Cuál es su contenido?

ENT. ¿A nivel ISSSTEE?

INV. Sí.

ENT. Pues, existen bastantes, de educación para la salud, programas de detección temprana de cáncer, no hay ningún programa específico de VIH, si eso es lo que quiere usted saber.

Pero si es importante la atención del VIH, nosotros bueno, en este caso yo, cada año tenemos que dar un curso, a veces es para la población, a veces es para gente en capacitación como usted y bueno procuramos que dentro de este curso se toquen los temas más relevantes en salud mental, vienen catedráticos de la UNAM, de los hospitales aledaños de salud con especialidad en psiquiatría, pero esto es cada año nada más, pero aparte de eso nosotros tratamos de mantenernos bien informados, las noticias, el radio, los periódicos.

INV. Entonces usted conoce programas de otras instituciones y los pueda incluir en su práctica.

ENT. No, porque por convicción muchas veces no es conveniente, es como si tratáramos de implementar un programa gringo en México, hay muchas características que no se adaptarían

INV. ¿Por qué?

ENT. Pues por ejemplo en la secretaria de salud es población alerta, es gente que no tiene ningún servicio médico, entonces imagínese que yo me trajera un programa de la secretaria de salud, los programas de conasida he visto el ejemplo, lo que se implementó en un principio una serie de baterías

Que yo creo que terminaban con el paciente abatido por tantas entrevistas, yo me di a la tarea de recopilar ese tipo de información y se me hizo muy agobiante para el paciente, yo como paciente no me sometería a ese tipo de baterías.

INV. ¿De qué tipo son las baterías?

ENT. Me parece que hay un Minolta, una especie de preguntas para ver si contestan, son preguntas seriadas de distinta forma para ver si contestan como la primera vez.

INV. Bueno usted en su trayectoria como médico, digámoslo así, como especialista en el ramo del VIH, ¿Conoce las trayectorias específicamente de las mujeres de sida o conoce algunas?

ENT. ¿A que se refiere con eso?

INV. Pues su historia sobre como se contagiaron.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENT. Así claro, precisamente eso es, nosotros tenemos un instrumento de trabajo, que es el estudio social, es estudio social nosotros tenemos bastantes seguros en los que tenemos que, mire identificar una serie de problemas, entonces ese estudio social lo dividimos en: datos generales, vivienda y medio ambiente, situación laboral y económica, la estructura y la organización familiar, la problemática familiar, familiograma y una impresión diagnóstica, aquí únicamente faltaría incluir el plan de acción, este plan de acción ya va instrumentado desde la primera entrevista, en mi caso.

INV. ¿Qué opinión tiene de las mujeres con sida?

ENT. ¿Qué opinión?

INV. Sí.

ENT. ¿Cómo que, como profesional, como hombre?

INV. Sí ambas.

ENT. ¿O como que me esta preguntando usted?

INV. Como todo.

ENT. Bueno, pues mire, hace mucho tiempo yo hubiera pensado que eran victimas circunstanciales, pero bueno mi misma formación me ha dicho que la victima, esta mal hablar de victimas y victimarios, porque son términos ilegales que en medicina ocasionan bastantísimos problemas, en este caso vamos a pensar que dentro de la población que potencialmente pueda infectarse les toco a ellas, todos tenemos riesgos, todos estamos potencialmente expuestos a adquirir la enfermedad, entonces si en un momento hubo una especie de linchamiento social en contra de las personas que adquirieron VIH, pues ese linchamiento ha ido desapareciendo precisamente porque ha habido gente que se informa, ha habido gente que va a dar cursos, hay gente interesada en el problema, entonces yo no puedo tener una mentalidad de rechazo, de estigmatización, más bien de apoyo y comprensión.

INV. Bueno usted hace rato hacia mención de los factores culturales, yo le preguntaría ¿Qué opina usted, conociendo las trayectorias de vida de las mujeres, si utilizan o no el condón?

ENT. ¿Cómo le va a pedir usted utilizar el condón a su esposo?

En este caso yo le comentaba a usted en un principio de la entrevista que la mayoría de las esposas infectadas por sus esposos muchas veces no saben de las andanzas de fulanita o zutanito y bueno a veces el esposo llega y viene de una parranda, de relaciones hisexuales o extramaritales y quieren relaciones sexuales con la esposa, entonces muy pocas veces he visto casos de

infidelidad de las esposas y los casos que he visto de infidelidad de las esposas no están relacionadas con la infección de VIH, en este caso más bien he visto problemas de bisexualidad. El bisexual que infecta a la esposa y mantiene en secreto su preferencia bisexual ante toda la familia, estamos hablando que pudiera tener hijos de 20, 30 años y tiene una doble personalidad, se desdobra cuando sale la luna llena se convierte.

INV. Entonces se da más el bisexualismo que las relaciones heterosexuales.

ENT. Sí.

INV. Bueno, ¿Usted que opina del uso del condón?

ENT. Pues es lo básico para prevenir el VIH, pero dentro de lo que, lo malo es que ya nos comercializaron también en esto del condón, porque si no utilizan uno que contenga nonoxinol 9, pues esta uno expuesto.

¿Si sabe que es el nonoxinol, no?

INV. Sí, el lubricante y tiene la capacidad de matar el VIH.

ENT. Si es un espermaticida, entonces imagínese el de chimalhuacan o el de chalco, de allá por esos lados, que va a la sotería y les regala sus condones en 5 minutos y hay veces que ya están caducos o alguien de aquí que va a pedir un condón a la farmacia y no tiene la misma calidad que un Durex o un Trojan, no.

INV. ¿Entonces la calidad de los condones de los hospitales públicos no es la misma?

ENT. No, no es la misma, muchas veces son donaciones que ya nos llegan caducas, son donaciones de organismos mundiales.

INV. ¿Y bueno los medicamentos que utilizan aquí, son comprados por los mismos pacientes o los otorga el mismo hospital?

ENT. Hasta hace tres años los pacientes tenían el problema de adquirir el medicamento vía subrogado, es decir como no tenían el poder adquisitivo y el ISSTEE era un medicamento bastantísimo caro, se tardaba mucho en adquirir, para un paciente un tratamiento de una caja dura un mes y la caja tiene un precio aproximado de tres mil pesos.

INV. ¿Qué medicamento?

ENT. Pues hablemos del AZT, hablemos del aciclovir, del DDC. El paciente en espera se descompensa, se desequilibra y tiene crisis, bueno pero afortunadamente el año pasado, la secretaria de salud, hace 10 años más o menos, hizo que estos medicamentos entraran en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cuadro básico, porque el número de cosas ha ido incrementándose, no creo que porque sean minoría, no.

INV. Bueno y usted que trabaja aquí ¿Cómo nota las actitudes del personal hospitalario hacia los pacientes con sida?

ENT. Muchos de ellos han tenido que capacitarse, otros lo han hecho a través de la práctica, pero no dudo que haya gente que tenga todavía un rezago profesional, un rezago mental, una cuestión educativa de los pacientes, se oyen comentarios que por maricón, que por joto, comentarios aislados y a la mayoría de la gente que trabaja aquí tiene una mentalidad de servicio, de vocación.

INV. ¿La capacitación se les da aquí o en otro lado?

ENT. Tienen que ir adquiriéndola a golpe de práctica.

INV. ¿Desde el personal de intendencia hasta profesionales?

ENT. Sí.

INV. ¿Usted habla fuera del hospital de sida?

ENT. Claro.

INV. ¿Dónde?

ENT. Bueno he ido a conferencias a los colegios de bachilleres, CCH's, a la misma universidad a dar conferencias de VIH, este, manejo un grupo de VIH, me invitan a dar pláticas con alcohólicos, niñitos con SIDA.

INV. ¿Entre usted y los diferentes profesionales que trabajan con pacientes con VIH que relación hay?

ENT. Más que nada una relación laboral encaminada al bienestar del paciente, tenemos un médico infectólogo que es con ascendencia árabe y es una persona extraordinaria, es uno de los mejores infectólogos que hay en el país, entonces he hecho un buen equipo, con él me he integrado desde hace 10 años y bueno siempre que hay problemas tratamos de darles una solución con ópticas distintas.

INV. ¿Nada más son ustedes dos los que se encargan de VIH?

ENT. Pues mires, muchas veces se habla de un equipo multidisciplinario, pero la realidad es otra, un equipo multidisciplinario necesitaría por fuerza haber especialidades de psicología, enfermería, medicina, trabajo social, por decir 4, entonces, pero vamos en equipo multidisciplinario puede ser de dos profesiones o más no, se habla de trabajo multidisciplinario para no menospreciar el concepto.

INV. ¿En el hospital utilizan alguna medida preventiva?

ENT. Si hace poco salió la norma oficial mexicana para el control de punzo cortantes, desechos quirúrgicos y este hospital ya adoptó la norma y ya se manejan recipientes rojos para prevenir ese tipo de casos.

INV. ¿Y a donde se va todo ese tipo de material?

ENT. Hasta donde yo sé, viene una compañía contratada subrogada para manejar el material, lo que hagan con él, no lo sé.

INV. Mi compañero me había comentado que tenían un pabellón específico para personas con SIDA.

ENT. Una sección.

INV. ¿Y ahí nada más se trata a personas con sida?

ENT. No hay veces que tenemos dos pacientes juntos.

INV. ¿Pero porque se decide trabajar en una sola sección?

ENT. Porque no se puede dar un área específica, o sea, hace mucho tiempo se daba un cubículo, en 88 era uno, luego dos y luego se tuvo la sección de infectados, cuartos que son aislados, pero después ya se extendió a toda la sección, estamos hablando de doce camas.

INV. ¿Y entonces solo hay 12 camas para pacientes?

ENT. Se puede ampliar hasta, no solamente son 12 camas.

INV. Pero usted dice de las terapias, entonces los pacientes que ya no están aquí, vienen de sus casas y toman la terapia con usted o como.

ENT. Algunas veces cuando es necesario se les cita, pero hay que tener en cuenta la capacidad física del paciente, si tiene disminución física, si ya está muy deteriorado pues no puede hacerse eso de citarlos como cualquier cosa, no, a veces nosotros vamos a sus domicilios.

INV. ¿Aquí se han dado casos de mujeres embarazadas con sida?

ENT. Claro.

INV. ¿Y may que atención se les da?

ENT. Pues mire muchas de ellas ya están consientes, ya son situaciones muy particulares, tenemos el caso de una compañera que está infectada por VIH, su esposo murió de VIH, ella fue portadora de VIH y se unió a otro VIH, entonces y nació su beba, su bebé, o sea se embarazó, nació su bebé y este, aquí lo que yo vi fue la información que ella manejaba, tienen un líder que está sobre informado, por así decirlo, se mete al Internet, baja información, todo lo que hay ahí,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

es información como cualquier otra, puede ser buena o dudosa, entonces la señora esta, manejaba que no había problemas que estaba tomando sus retrovirales y pues nació su bebé y a la fecha no sé cual sea su estado de salud, tiene como dos meses, entonces muchas veces son cuestiones muy particulares, el hecho de que me embarace o no me embarace va a depender de mí mismo como persona, entonces imagínese

usted como mujer ya la idea de embarazarse y saber que esta infectada de VIH y tiene usted un alto porcentaje de infectar al producto, pues se estaría en un punto muy alto, ya sea que usted estuviera en una cresta o estuviera usted en un balde en forma de estadística, entonces que es lo que quiere de es producto, si su vida ahorita es incierta, la vida del producto va a ser un caos, ya nosotros no intervenimos en la decisión de si quieren o no abortar, eso es, usted sabe que terapéuticamente la mujer puede hacerlo si esta infectada de VIH.

INV. ¿Y aquí se practican abortos?

ENT. Terapéuticos.

INV. ¿Pero a pacientes con VIH?

ENT. Pudiera ser una violación, pudiera ser.

INV. ¿Usted hace rato hablaba sobre información, la gente cuenta con información antes de ingresar al hospital?

ENT. Pues algunos de ellos si, dependiendo del manejo que hayan tenido en otros lugares, porque yo le comentaba que muchos de ellos llegan sabiendo ya su diagnóstico, pero el problema no lo abren a la familia, entonces es cuando nos damos cuenta que tienen miedo al rechazo familiar.

INV. Bueno usted mencionaba actividades que realiza en las terapias que da, ¿Qué actividades son?

ENT. Mire desde, vamos una técnica grupal para aliviar la tensión, para integrarlos a un grupo, para romper silencio, ya es parte de una terapia, pero aparte les ayudamos a externar sentimientos, les ayudamos en cuestiones laborales, a tener estabilidad laboral, a través de ciertos documentos que manejamos, es decir muchas veces ellos vienen con estados depresivos por que no saben que hacer, entonces, las entrevistas que nosotros ocupamos van en el sentido de conocer la problemática de integrar un plan de atención a esa problemática, ver los recursos del paciente para enfrentar el plan y llevarlos a cabo.

INV. Usted habla de que vienen con problemas de trabajo, que apoyo se les da

FNT. Si le digo que ha costado mucho trabajo esto de estudiar el VIH y uno de los resultados para evitar la estigmatización en las labores fue la creación de una norma técnica anterior, en la que se prohíbe poner el diagnóstico médico del VIH a todos los pacientes, o sea se puede poner cualquier otro diagnóstico relacionado con la enfermedad pero no VIH, esto va contra sus derechos de paciente.

INV. ¿Y esto les provocaría problemas en su trabajo?

ENT. Sí principalmente rechazos, estigmatización de la propia palabra.

INV. Supongo que ha de ser muy difícil trabajar con personas con sida, ¿qué hace para desahogarse?

FNT. Estuve yendo al área de psiquiatría donde me dieron terapia, pero estoy buscando un grupo homogéneo para poder hablar del tema, ya que si voy con otras personas no entenderían lo que me pasa. Además hago una hora diaria de ejercicio, leo y canto para sacar los problemas y trato de no comentar nada con mi esposa, es decir que los problemas del trabajo se quedan en el trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NOMBRE: Adrián Manzanares Soto

EDAD: 36 años.

ESTADO CIVIL: Soltero

ESCOLARIDAD: Licenciado en psicología. Ciencias Naturales

LUGAR DE TRABAJO: Instituto Rafael Haller, Voluntario en la FMLS.

PUESTO QUE DESEMPEÑA: Coordinador de laboratorio, maestro de química y sexualidad.

TIEMPO DE TRABAJO: seis años y medio.

INV. ¿Cómo ingresas a trabajar en la fundación?

ENT. Primeramente, tengo dos amigos que llegaron primero Gabriela Cann, es una psicóloga que todavía está con nosotros y Fernando Martínez, ellos empiezan con su servicio social como más o menos estamos a la par de la escuela en la UAM Iztapalapa, me interesa así como que el trabajo para hacer mi servicio social, y yo había hecho ya alguna investigación sobre el VIH pero a nivel químico, cuando me estaba graduando en ciencias naturales empecé a trabajar algo así como que es el VIH, pero curiosamente como era normal de religiosas en el Anglo español, así como que sabes, como que ya no queremos temas de sexualidad, entonces buscaba algo químicamente, entonces yo había hecho algo así, pero debido a todas las trabas que me ponían que porque iba a meter cosas de sexualidad hablar de VIH, o no se trataba el tema de VIH en la escuela o sea directamente en ciencias naturales, lo que se veía en ese entonces era asepsia, antisepsia, nada más y virus, pero no se veía un tema específico sobre VIH, por lo menos en ciencias naturales, física, química y biología y entonces así, como que pusieron peros, entonces tuve que determinarme por ecología, no, cambie por esta situación, y ya tenía como que esa parte del interés, no, de poder realizar algo sobre el VIH y sobre educación sexual, porque de hecho, yo desde 1985, 84 no 87 más o menos empiezo a trabajar programas de sexualidad con muchos tabúes o sea padres de familia que se ponían de pestañas, cosas así, ya en la actualidad me es mucho más fácil, pero al principio era muy difícil, hablar de sexo para los muchachos no, y que tenías a diferentes niveles de cultura sexual por decirlo así, porque había quien no había ni visto ni una película, quien ya había visto películas y ya comentaba cosas con los amigos no entonces esa disparidad que había, provocaba ciertos conflictos, no, sobre todo porque los papás de estos que no tenían como que el interés sexual todavía, pues no podían llegar a comprender como es

que en la clase se podía responder a estas preguntas de otro nivel, no, entonces serian como que las dos situaciones que me motivan a trabajar aquí en VIH, no.

INV. Y como es que entras aquí.

ENT. Con el contacto de ellos, de Gabriela me invito una vez a una posada, entonces el ambiente no se me hace pesado, me agrada, eh, empiezo a ver que bueno, que si me gustaría trabajar en esto, que me sería muy fácil, porque me daban oportunidades para venir ciertos días y al final me podía tocar todas mis horas, no, porque trabajaba y estudiaba al mismo tiempo, pues dije bueno yo creo que por aquí la puedo hacer, me gusta el tema y quiero aprender más del tema, no, entonces, ya vengo hacer mi solicitud, de hecho en ese entonces había dos compañeros míos y uno de la universidad ya trabajando aquí, no, entonces ya entre, empiezo a observar, porque en ese entonces era difícil que se diera el curso de consejería debido a que se tenían que reunir ciertos grupos de tal magnitud para que las personas que lo daban en ese entonces, esto, se pudiera llevar a cabo no, ya después cuando nos toca a nosotros reformularlo pues ya es más fácil, porque es con gente propiamente de nosotros no, a partir de nuestra experiencia, entonces ya es mucho más fácil, no estándolo abriendo continuamente no, los que fuimos formadores de algunos ya ahora ya ni siquiera participamos en el curso, ya somos las otras generaciones de consejería, que se trabaja, pero si los que empezamos nuevamente a reformular el temario, que lo hemos querido hacer más práctico por eso hay muchos ejercicios ahí de, como, socio dramas, de que harían cuando se da un resultado, cuando entrevistas en post prueba, como sacas la historia de riesgo, cosa así que hemos trabajado que en ese momento no había, entonces así como que observa, ve, y como que te citaban muchas veces, ven un día, ven otro día, ven otro y pues así, como que empezaba a decir sigo o no sigo, pero yo siento como que era la prueba para ver cuanto era el interés que tu tenias no.

En ese entonces no era Ismael el coordinador, era Jorge O'neil, de psicología, hemos tenido hasta la fecha tres coordinadores, uno que falleció y luego Ismael, entonces hemos empezado así como que te hacían venir y venir, y después ya llegabas empezabas a observar, en mi caso como yo ya tenia trabajo en cosas de sexualidad, este, consejería con los chavos, cosas así, el presidente me dice puedes dar un resultado, la primera vez, así como que puedes dar un resultado, ya estas pasando a observar, entonces no te cuesta trabajo no, entonces yo empecé dando resultados y positivos, en una pareja que nada más quería confirmar, que de hecho antiguamente había situaciones donde te llevaban al servicio social y veías una realidad muy cruda, así como que de

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

repente te llevaban a la Raza y te ponían tapaboca, cubrepelo y te tapaban y pues era una realidad así como de que paso, y que después veías a la gente muy mal el síndrome del desgaste, el típico cuadro que maneja la publicidad, que no todos los casos son así, entonces como que es la situación con la que yo me encuentro cuando entro aquí y que me empezó a gustar porque veía que la gente veía la enfermedad desde otro punto de vista gracias a la consejería.

INV. A la fecha que actividades son las que realizas en la fundación.

ENT. Bueno, rara vez hago todavía prueba y post prueba, rara vez, ahorita casi por lo regular son terapias, seguimientos con personas que viven con VIH debido a que nada más vengo un día, entonces, atiendo a veces 3ª pacientes y es todo lo que hago en es día martes, el día sábado doy talleres de sexualidad para adolescentes con diferente orientación sexual, empecé con 9 hace cinco meses y ahorita son 30 y tantos entonces hemos visto que esta funcionando y que queremos trabajar porque algo que me motivo es como en esa etapa, los muchachos, bueno los hombres homosexuales que debido al proceso de aislamiento de no poder hablar de su preferencia sexual abiertamente, ni a todo mundo, ni siquiera con la familia, pues el proceso psicosocial de una persona que vive con diferente orientación pues se alarga, no es igual a un heterosexual que tiene modelos en casa, tiene hermanas, y que ya la vio que la dejó el novio y como resolvió ese problema o como enfrento esa situación de la vida, no es lo mismo a una persona donde no hay modelos y parece que todo esta oculto, entonces esto provoca ciertos problemas de índole afectivo, de índole sexual, relaciones por decirlo así peligrosas entre comillas, buscando cierto afecto, cierta identidad, cosas así y como no tiene suficiente información a veces hasta pelagra su vida en cuanto a la infección o cosas así, entonces esa es la parte donde a partir de mis objetivos fue trabajar con adolescentes que con esto que se infectan en la adolescencia no en la juventud, porque ya de hecho la gente infectada es de los 25 a los 35 años, pocasos que tenemos como que es el grueso, claro si hay chavos de 17,18 infectados, pero como que el grueso se centra en esta parte de edad productiva, entonces que es mas o menos cuando terminan su carrera y cuando ya tienen cierta experiencia en el trabajo, entonces yo pensé vamos a trabajar con los adolescentes, se dio la oportunidad de que el grupo de auto apoyo ya no estaba trabajando en las instalaciones el sábado y yo dije ya tengo el espacio, ahora vamos a ver si me apoyan, si me apoyo Mauricio, entonces seguimos por ahí no.

INV. Los adolescentes son población VIH.

ENT. Tenemos de todo, o sea la minoría son VIH, pero la mayoría son gente con orientación sexual diferente, ahorita hemos tenido como cuatro chavas lesbianas en el taller porque no es cerrado sino pueden ir cambiando, pueden ir tomando los módulos y regresar, etc., tenemos dos bisexuales y los demás son homosexuales.

INV. Y la edad.

ENT. Desde 17, ahorita realmente tenemos gente de 17 hasta 24 años, algunos hasta de 25, uno o dos, así como que oigan me gusta, puedo seguirle, me invitaron mis amigos, cosas así.

INV. Y como es que llega, como es que se organiza la gente para venir aquí.

ENT. Bueno, mira yo empecé volanteando, o sea a mí me toco, este así como que lo empecé a planear, se acercaba la marcha del orgullo, la marcha homosexual y entonces dije aquí hay un momento donde hay gente que tiene la característica, pero como que va encaminado a los jóvenes que a veces se quedan en las orillas, observando no participando, entonces dije es un momento para volantar saque como mil volantes, después, tengo 3 años dando talleres en la semana cultural del chopo, en el museo del chopo, eh, hemos trabajado sexo seguro, erotización y sexo seguro, autoestima para gente con diferente orientación sexual y este año también lo volvimos hacer, además de esto también puse yo carteles ahí en el chopo, fui varios días, repartí volantes y pues parece ser que no hubo mucho pegue en esa parte, porque nada más llegaron 9 y después de esos 9 había chavos que trabajaban en una línea de apoyo que se llama diversitel ó un chavo trabaja en eso y corrió la noticia, entonces cuando los chavos hablaban por ejemplo a canal 11 que soy homosexual y tengo problemas o me siento mal por mi orientación, los mandaban a diversitel o les daban ese número de apoyo y les decían pues fíjate que en tal lado hay un taller, conoces chavos, te das cuenta que ser homosexual, cosas así, empiezas a caer, te das cuenta que no es malo, que simplemente es una preferencia, una orientación, que puedes mejorar tu vida, entonces muchos vinieron por diversitel y en la actualidad hay una Revista que se llama ser gay, es un folleto más que revista, un folleto gratuito que lo pagan o se sostiene con los reportes publicitarios de los centros, de las discotecas, de las tiendas, etc., y ahí la persona cuando conoció el servicio de la fundación, le gusto y supo del taller entonces nos hizo el favor de poner dentro de los servicios a la comunidad gay este taller que estamos dando, que no es exclusivo para los gays, que es para todo tipo de orientación sexual, de hecho hay una muchacha que es heterosexual, esta viniendo con nosotros, a participar con los chavos lo que buscamos es la diversidad, el respeto, la igualdad, la tolerancia, va por ahí.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INV. Y cuanto tiempo dura este taller.

ENT. Bueno mira al principio se había pensado que durará 9 sábados, has de cuenta era ciclico, 9 sábados, volvía a comenzar otros nueve sábados y al final para jalar gente yo había diseñado como pequeñas tardeadas, o sea cerramos el taller hacíamos una pequeña fiesta y se va juntando gente y entonces es cuando íbamos jalando, bueno yo pensaba jalar gente, pero me di cuenta, que nada más el día de la tardeada llegaban los mismos del taller, entonces dije que esta pasando, porque tal vez estaba haciéndose un grupo cerrado, como ya había una cierta dinámica entre ellos, este, lazos afectivos, comunicación, amistad, dije bueno vamos a ver que pasa no, y poco a poco empezó a crecer más la población se dividió en dos talleres los que ya habían tomado y los que no, desgraciadamente la persona que me ayudaba con el otro taller, por situaciones económicas y de trabajo principalmente tuvo que retirarse, entonces yo solo dije pues junto a todos, y lo que he estado trabajando es así como que los mismos temas pero con diferentes metodologías, o sea las dinámicas las cambio y buscando el mismo objetivo, la atención, la aceptación, de hecho el objetivo del taller es algo libre es la apropiación de espacios tanto internos como puede ser la autoestima, el cuerpo que ahí vendría la prevención del VIH, el que te quieras, el que te cuides, el auto cuidado aunque tengas VIH es importante también el auto cuidado, que te puedas apegar a un tratamiento psicológico, médico, etc., y también apropiarse de espacios externos, no, como podría ser salir del closet, si lo consideran oportuno, buscar hacer algo por los demás, por las personas que también tienen la misma orientación sexual, no nada más exclusiva porque también esta pensado así como el taller como que darles a los chavos, decirles oye tú eres una persona y también puedes apoyar a otros, no nada más se vale como que el clan de tu orientación sexual, así no, que estén en una etapa sociopolítica donde desarrollen lo que buscan y defender el derecho de todas las personas independientemente del credo, religión, sexo, etc.

INV. O.K y en cuanto a lo que es terapia manejas alguna corriente específicamente o que tipo de terapia das.

ENT. Bueno, mira, eh, yo comencé por mi formación como que soy de tiraje psicoanalítico y también humanista, un poco humanista, en la parte cuando yo estudie filosofía etc., como que entre mucho al humanismo, cuando llegue aquí me di cuenta que a veces tienes que interactuar en otros momentos, nada más en el espacio del cubículo con los pacientes, tienes que interactuar en varios lugares, en varios eventos con ellos, entonces así como que el psicoanálisis como que es

parte de la línea, y si te empiezas a conflictuar así como que ortodoxo el psicoanálisis porque como que no está permitido y vi que la parte más fácil de poder como que amalgamar estas dos partes de soy tu psicólogo pero también puedo ser tu amigo era como que la corriente humanista, que se permiten más cosas, que nada más el trato terapéutico dentro del cubículo, del espacio destinado para ello, entonces como que la terapia centrada en la persona como que apoya un poco más y que busca más elementos para analizar que le está pasando a la persona, en que momento, que situación está pasando, pero como que se limita no, sobre todo porque ellos tienen algo que, hay un concepto que es el desarrollo humano, y que se busca en esta parte, ok tienes VIH pero que más puedes hacer, o sea con esta condición, más que una enfermedad es una condición, porque a veces no hay enfermedad, simplemente la condición de tener VIH que puedes hacer más allá de esto.

INV. Y estas terapias cada cuando las das.

ENT. Por lo regular comienzo dándolas cada semana, cada semana debido a que no se puede lo ideal sería dos veces a la semana, pero debido al tiempo, al espacio y también a las posibilidades mías, comienzo cada ocho días y después el mismo cliente va espaciándose, tengo pacientes de 4 años que están conmigo y que nada más vienen cuando por ejemplo se les atoró algo en el camino, o sea son personas que se integran tal vez a un grupo, a un movimiento de personas que viven con VIH y de repente por ahí tienen algún conflicto emocional, regresan, platican, tal vez 2 o 3 sesiones, como que vuelven a retomar la parte emocional que lees está conflictuando y siguen adelante.

INV. Y esto sería lo que es el seguimiento.

ENT. Si, el seguimiento y la terapia, que a veces como te iba diciendo dependiendo de cómo la persona se sienta, hay gente que es muy constante y viene semana tras semana y hay otras personas que vienen cada semana, luego cada 15 días, luego cada mes y se van alejando, pero yo creo que esa es la parte medular de la terapia.

INV. Con respecto al trabajo que realizan aquí en la fundación, cual es el vínculo entre los demás profesionistas y tú.

ENT. El vínculo, mira pues yo creo que dependiendo la antigüedad, el área donde estén trabajando y los tiempos en que podemos vernos, porque por ejemplo hay gente que no conozco a caso de vista, hay gente que no conozco, que no se que son voluntarios de la fundación, hay otros que tenemos añisimos aunque nos vemos en reuniones, en fiestas, en convivios, vamos juntos al

cine o nos vamos a otras partes donde entablamos cierta amistad, pero esto es con la gente que tenemos más años conociéndonos y también tengo dentro de ellos amigos que les puedo platicar cosas personales en esta situación.

INV. Y con respecto a lo que es terapia y todo este tipo de cuestiones de los talleres, has tomado tú algún curso sobre VIH.

ENT. Como te digo, a veces, este a mí me interesaba mucho esto, entonces por fuera yo también he buscado, investigado cosas así, cuando llego aquí a la fundación pues uno de los requisitos es tomar el de aspectos básicos, a continuar, a partir de aspectos básicos pues si hemos ido a simposiums, a los encuentros nacionales que organiza CONASIDA y cosas así, que nos hemos ido empapando poco a poco, porque antiguamente no había ni siquiera bibliografía, de hecho a partir de ciertos trabajos que se empiezan a hacer en varios lugares pues empieza a surgir más la bibliografía, de hecho nosotros aquí tenemos varias tesis que han surgido de las personas que han trabajado con nosotros.

INV. Con respecto a las demás instituciones, tú hablabas de CONASIDA, cual es la relación que existe entre ellas y la fundación.

ENT. Bueno, tenemos así como que nos conocemos y a veces se organizan ciertos proyectos comunes, pero somos independientes, totalmente independientes, si hay a veces situaciones de unión pero también hay situaciones de críticas que por ejemplo a veces los que trabajan en CONASIDA pueden tener las manos atadas por estar dentro de cierta política y por ser su trabajo, los que estamos fuera de CONASIDA, que somos voluntarios y que no dependemos de eso para subsistir podemos hacer críticas más sagaces, más agudas y más fuertes, entonces a veces también hay esa crítica no, pero también tenemos a veces la situación de otros que ven nuestro trabajo con otra visión, como la propia, pero yo creo que eso es parte de la retroalimentación, que piensan los demás de mí y eso, que de hecho te diré que la fundación al ser uno de los primeros organismos o si no el primero que trabaja con VIH, ONG pues como que tiene mucha presencia en varios lugares, hay quienes también la critican, pero si como que se ha mantenido cierto estatus, de hecho algo que yo siento que me ayudo para abrir los talleres con los jóvenes fue eso, de que era la fundación mexicana para la lucha contra el sida, la que los invitaba, o la que abría el servicio de los jóvenes.

INV. Como que el respaldo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENT. Exactamente, el respaldo, si hubiera sido Adrián Manzanares, como que a lo mejor no hubiera tenido el mismo impacto, ni la misma consistencia o la confiabilidad.

INV. Y hay intercambio de información entre las demás organizaciones (ONG).

ENT. Pues yo creo que todo dependiendo de los niveles mira por ejemplo, desgraciadamente como a veces somos voluntarios, a veces no podemos interactuar con otra gente, los que son de tiempo completo ellos son los que si interactúan con otras personas, entran en proyectos con ellos o al revés, involucran gente en otros proyectos, los que no estamos de tiempo completo pues como que nos mantenemos al margen, porque tenemos un trabajo específico, en cierto tiempo y a pesar de que tenemos muchos años a veces no conocemos a toda la gente, a los que han salido de aquí y han formado otros grupos.

INV. Te decía sobre el intercambio de información, conoces programas informativos de otras instituciones que trabajen con VIH.

ENT. Programas y servicios, bueno servicios si porque buscamos que el paciente que vive con VIH se sienta a gusto, no importando si esta aquí o en china, o si comparte espacios o servicios, entonces eso sí, porque tenemos que orientar a la gente para que sepa que servicios pueden otorgarle, a lo mejor aquí no hay dentista, por si tienes miedo de decirle a tu dentista que eres VIH para que tenga cuidado con sus instrumentos porque luego si hay conflictos, si no te quiere atender esta cometiendo un delito.

INV. Vamos a cambiar un poquito de tema, si habláramos un poco estadísticamente en que grupo de población se da más la infección por VIH.

ENT. Pues yo creo que serían los hombres, yo tengo mis dudas, bueno podríamos decir en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), que de hecho han surgido muchos programas para prevenir esta parte y los llamamos hombres que tienen sexo con hombres porque hay gente que se permite prácticas sin ser homosexual, cárceles, colegios, lugares cerrados, etc., lo que Freud decía como el homosexualismo momentáneo, situacional, y hay otras personas que no es así, sus prácticas sexuales son cotidianas y es como viven ellos y hay una relación de tipo afectivo y a veces si se pueden identificar como homosexuales o con un grupo de personas que realizan las mismas prácticas que a ellos les interesan.

INV. Bueno decías que aquí en la fundación la mayor parte de la población infectada de VIH son los hombres, pero en el caso de las mujeres cual es la vía de transmisión más común

ENT. Bueno también es sexual, o sea de hecho la primer forma, o sea la más común es la sexual, para hombres y para mujeres, pero aquí viene esta situación que por lo regular son parejas o de hombres que tienen muchas mujeres, o de hombres que tienen relaciones también con hombres y también con la esposa, porque no permiten, no son francos. A veces son hasta mismos homosexuales, pero para tapar las apariencias se permiten casarse, ay ya esta casado y pues no puede ser, aunque se vea muy amanerado o que se vista diferente o cosas así, no es.

INV. Y sería el mismo porcentaje esto que dices.

ENT. Si yo creo que si, si las mujeres se infectan también igual por vía sexual que los hombres y en el mismo porcentaje, de hecho es la práctica más común, puede haber la sanguínea pero como que hay menos probabilidad de que suceda, puede ser que suceda, pero hay menos probabilidades, perinatalmente, yo creo que más en transfusión sanguínea, seguir utilizando droga.

INV. Bueno y si habláramos de mujeres, cuales serían las características comunes.

ENT. Pues yo creo que son mujeres que no pudieron hablar de su sexualidad, o sea, es decir que no pudieron decirle al otro que me esta engañando él usa condón y que también yo creo que esta muy baja su autoestima para no poder negociar un condón o para poder poner límites, o que tipo de relación, porque aquí entra más la sociedad tiene que soportar una mujer porque el estatus de ser señora, con hijos, etc., cuando sabe que el esposo se va de farra, o que tiene una casa con otra persona y todas esas cosas, la mujer abnegada y dentro del estereotipo de madre mexicana pues se mantiene toda esta situación, entonces yo creo que son mujeres independientemente de la profesión, la situación económica, son mujeres que no han podido encontrar su valor y poder hablar de su sexualidad abiertamente.

INV. Tú, porque crees que no se haga uso del condón.

ENT. Yo creo que aquí habría que ver en que momento y con que persona, pero, bueno porque hay mujeres por ejemplo que no lo pueden hacer porque hay soy loca, o tantas experiencias tienes, entonces los muchachos así como que hay pues dudo no, sobre todo por esta sociedad que creo ya te lo he mencionado varias veces, que no permite que la mujer goce sexualmente, si tuvieras el mismo derecho que yo de ir a acostarte con cualquiera que se me antoje, sí, que si lo tienes, pero socialmente no lo ven así, entonces como vas a proponer tú un condón, hay si ya tienes mucha experiencia o con cuantos lo hiciste, entonces eso es un impedimento para la mujer por ejemplo, o la mujer que esta casada y que sabe que el marido y le dice, oye vamos a usar

condón, pues con cuantos té estas acostando o que pasa, si nada más es conmigo o que tienes miedo de infectarme a mí, como que se las voltean, es el miedo de ella a infectarse por él, sino que está pasando o te estas metiendo con otros y por eso tienes miedo, tienes conciencia mala negra, o que esta pasando, todas esas situaciones que son la s que yo creo que atan a la mujer, por eso te digo que habría que ver en que mujer y en que momento, porque habría y como que la parte de los hombres, por esta situación de no se siente lo mismo, es diferente, es como fajar usando guantes de box, la piel con la piel o cosas así que a veces si el hombre te permiten el gozo del disfrute sexual es muy focalizado, es decir solamente centrado en sus genitales, y no ha explorado lo que en las mujeres ha podido

explorar, como la piel, los aromas, las texturas, entonces yo creo que esto también es lo que impide que el hombre pueda decir es que no es necesario que sienta piel con pile en mi pene, si puedo sentir piel con piel en otras partes y que puedo llegar a tener un orgasmo sin necesidad de penetración, entonces todas estas cosas que yo creo que son parte de la cultura sexual son las que impiden, esta parte del poder disfrutar el sexo, el condón o usar el condón, también esta la creencia esta de que el condón no te protege, porque los poros si son muy chiquitos y le dan conciencia al virus, que a pesar de que el látex tenga yo creo que una distancia de aquí a la esquina, aunque tenga unos huecos donde pueda entrar el VIH, bueno pero es como un laberinto, así como que le damos conciencia inteligente de que va a saber por donde va a pasar, para poder saber que ahí hay alimento o ahí hay una garantía de supervivencia, algo que los virus no tienen esa conciencia, porque ni siquiera son, bueno son cadenas de ADN y no seres vivos que puedan tener un instinto para sobrevivir cosas así, entonces así como que le dan conciencia pues la gente dice voy a usar condón y me voy a infectar y luego vendría como que otra parte que entraría tanto en hombres y mujeres, que sería la expectativa de vida por ejemplo homosexuales, ellos bueno se piensa que cuando esta anciano ya no tienes el mismo pegue, por ejemplo lo físico, la apariencia, cosas así, entonces voy a llegar a viejo, pues mejor ahorita disfruto todo lo que se puede sin condón, sin limitaciones y de viejo que me espera quedarme solo entonces que expectativas se tiene, como si nada más la gente homosexual se quedara sola no.

Entonces hay todo eso de las expectativas de vida que también sucede en la mujer, porque permiten tener relaciones sin condón, que tiene que ver con las expectativas de vida, por eso te decía de esto de que va a decir el hombre.

INV Bueno, y tu personalmente que opinas del condón.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENT. Del condón, bueno mira para las relaciones sexuales creo que siempre se debe usar. Nunca se debe de quitar el condón las relaciones de penetración, para el sexo oral ahí si como que a veces se antoja, como que vamos a dejar de probar látex o saborizante y como que si piel y aromas más natural, pero yo creo que ahí es donde viene lo de las expectativas de vida, lo que tu deseas y los accidentes que puede haber, que puede haber gente que se infecte no porque no use el condón sino porque hay un accidente, que a veces se rompe el condón o situaciones así.

INV. Bueno, una pregunta personal tú lo usas.

ENT. Si

INV. Que opinión tienes de las personas que tienen VIH.

ENT. Yo creo, bueno te lo voy a contestar en forma general y luego específica, pues yo pienso lo mismo que como en todas las personas, o sea como te decía es una condición, no una característica, un rasgo algo que lo marque, es una condición como puede ser estar soltero, casado, chaparrito, sin pareja tener hijos o no tener hijos, el color de la piel, tener cáncer o tener leucemia, yo creo que esa es la parte general, ahora específica yo aprendí algo muy bonito, fuera de aquí, cuando lo hablo como que me enterece que fue aprender de la gente seropositiva a disfrutar de la vida, porque muchos pensamos dentro de 10 años, de 5 años, cosas así no, voy a disfrutar de la vida y ellos como que por saber que tienen VIH, sienten que están marcados para morir, entonces esa es la parte donde tu dices cuantas veces como y no disfruto, o cuantas veces tengo la compañía de una persona y no lo estoy disfrutando, estoy como el pato comiendo, cagando y cogiendo pero nunca disfruto todos estos intermedios.

Y yo creo que eso fue lo que yo aprendí de las personas seropositivas a disfrutar de la vida, en algún programa de este médico adolescente salió una persona seropositiva y que le enseña esto mismo a él, y yo dije ah mira no somos los únicos que le dijo hay que sacarle como que el tuétano a los huesos, se hacen quesadillas ricas, hay que chuparle la esencia y yo creo que eso es lo que uno aprende al trabajar con gente seropositiva, sacarle la esencia de la vida.

INV. Tú que trabajas aquí en la fundación, como son las actitudes del personal que labora aquí.

ENT. Familiares, cariñosas, sin tapujos, a veces si les cuesta porque a veces pensamos, no sabemos todo lo que puede haber en el mundo, yo también así llegue con los ojos cerrados, como por ejemplo cuando atendí mi primer pareja de muchachas lesbianas, pues que practicas hacen sexualmente si no tienen pene, aunque si has leído y cosas así pero es muy diferente a la realidad, o cosas que suceden o que pueden suceder dentro de las familias que ahorita se han

ventilado más por estos TOP show o algo así, pero antiguamente era así como que entonces si hay gente que les mueve algo por la sexualidad, están viendo por ejemplo las mujeres cuando ven dos mujeres besándose a lo mejor permiten más ver 2 hombres besándose no que dos mujeres así como que esos Detallitos, yo te digo que más de dos compañeros la que ya no esta con nosotros pues si le movía mucho esta cuestión de la homosexualidad, entonces tuvo que retirarse como olvidando que también hay pacientes heterosexuales que aquí hay de todo, hay gente seropositiva, negativa, homosexual, heterosexual, en todas las áreas de nosotros hay como que uno de los fundamentos de la fundación es que no hacemos exclusión de nadie, entonces es el artículo octavo de la carta constitutiva si no mal recuerdo, entonces eso es una de las partes que a mi me gusta, entonces yo creo que todos lo tenemos si no en la mente como antes no lo hacia recalcar cada vez Jesús Ramirez que fue uno de los que estaban aquí en la fundación cuando yo llegue, no hay selección de porque tú eres rico y todos somos familiares, esa es la parte que te digo que esta peleada con el psicoanálisis que aquí es como una gran familia donde los pacientes no son pacientes son nuestros amigos, nuestros compañeros, paciente, a lo mejor es la pareja del otro mi paciente pero yo guardo silencio, me guardo ciertas características y se rompen esos tapujos, cosas así, es como una pequeña hurbuja donde hay tolerancia, hay comprensión, puede haber desacuerdos como en todo porque somos personas pensamos diferente, tenemos ideales diferentes pero creo esa es la parte que hacemos que la persona se sienta a gusto, que se sienta al contrario de cómo la sociedad a veces la recibe, rechazada, así como este en que se habrá metido, que hizo, que no hizo como que eso es aparte yo lo siento así.

INV. Y se ha dado el caso de que algunas personas que trabajan aquí sean seropositivas.

ENT. Si.

INV. Y esto que implicaciones tendría sobre su trabajo.

ENT. Mira yo creo que aquí hay una situación que una vez en esta semana del chopo se acercó un periodista conmigo y me dijo oye que opinas de CONASIDA y esto de lo que te decía de que a veces podemos hacer críticas más agudas y yo le decía mira yo siento que las ONG'S han tenido más pegue que el propio CONASIDA a pesar de que tenemos menos recursos porque han surgido de las bases, es decir han surgido de personas que tienen el mismo problema, no en su totalidad pero a lo mejor esas personas hacen que podamos comprender más cosas, que rompamos tabúes que podamos decir oye no pasa nada, ahora que si necesitan tener una terapia extra para que ellos estén trabajando en sus cosas y no mezclen y no se carguen de tantas cosas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

entonces si es necesario alguna situación así. Pero creo que nos permite como que estar en convivencia y realmente estar viviendo lo que decimos y demostrarlo con las acciones y yo creo que ese es el empuje que tiene la fundación que en nuestro personal haya de todo.

INV. Y con respecto a esa medidas emocionales tú asistes alguna terapia.

ENT. Si yo tengo 1 año 7 meses en psicoanálisis.

INV. Esto a raíz de que trabajas con personas con VIH.

ENT. No, no, no más por mi vida personal, no por la gente seropositiva nunca se me han movido cosas y eso a veces si te sientes así como que más puedo dar, como que la supervisión, de hecho también he estado en terapia humanista 6 meses, pero como que me latió más el psicoanálisis como que me cacho más en mis cosas, me comprendo más, me ha servido más para determinar ciertas funciones y me agrada más.

INV. Algo más que te gustaría agregar.

ENT. Nada más agradecerte que difundas estas situaciones.

INV. No, al contrario muchas gracias a ti.

NOMBRE : Angel Guerra Márquez.

EDAD : 45 años.

ESTADO CIVIL: Unión libre.

ESCOLARIDAD : Lic. En Medicina, Postgrado en Hematología.

LUGAR DE TRABAJO: Albergues de México, Hospital de la Raza, Voluntario en la FMLS y consultorio privado.

PUESTO QUE DESEMPEÑA: Médico de base (12 años), Director médico en albergues (10 años) y voluntario en la FMLS (10 AÑOS).

INV. Me puedes decir como es que empezaste a trabajar con personas que viven con VIH.

ENT. Pues por accidente, yo llegue a trabajar aquí en el 88 y un año antes se había modificado la ley general de salud y era obligatorio hacer exámenes de detección a los donadores, y un día en el 88 un donador salió positivo a la prueba y yo le tenía que decir, entonces fui y le dije, pero le dije perfectamente mal, tan mal que pedí que me mandaran a capacitarme y ahí fue donde empezó todo.

INV. Aquí en el instituto y en la fundación como es que entra.

ENT. En el 90 tomé un curso, un taller y conocí la fundación y a fines del 90 hubo un protocolo que estaba trabajando la fundación con el INDRE y entonces fue un poco natural, yo estaba trabajando en ese protocolo y me metí a trabajar un rato en la fundación y así.

INV. Bueno me podrías explicar un poquito sobre el trabajo que realizas en la fundación.

ENT. Pues mira voy un día a la semana y doy consulta médica, mi ideal cuando entre a la fundación era que yo atendiera ahí a la gente que no tuviera servicio social, que no tenía ISSTE o ningún tipo de seguridad social. Que no tuviera para pagar una consulta privada, ese era el objetivo con el paso de los años ha cambiado la gente ya.

INV. Y aunque sea del ISSTE o derechohabiente.

ENT. Si, aunque sea gente que pueda pagar una consulta privada entonces pues así.

INV. Y en las consultas médicas que es lo que realizas.

ENT. Que es lo que realizó en la consulta médica, pues mira casi siempre es como tipo consejería, porque casi todos son pacientes que ya están siendo atendidos en otro lado, entonces son raros los pacientes que nada más reciben asistencia médica en la funda, entonces como

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

asesorarlos sobre cosas que no entienden sobre ajustar dosis de medicamentos, proponer a los médicos tratantes nuevos sistemas de tratamiento, tener algunos diagnósticos que el médico tratante no ha tenido, etc., actuó como consultor.

INV. Y aquí en el instituto que trabajo realizas.

ENT. Es otro rollo totalmente diferente.

INV. Nada que ver con el VIH.

ENT. Si nada que ver con el VIH.

INV. Bueno me decías sobre capacitación, tuviste alguna capacitación para trabajar con personas con VIH.

ENT. Si, pues no sé han sido como 100 congresos, cursos, talleres, han sido doce años y sigo todavía en eso.

INV. Bueno, cual fue tu interés por trabajar específicamente con VIH.

ENT. Lo que pasa es que fui conociendo gente en el camino, gente que me hizo ver que la medicina era otra cosa, de lo que yo pensaba que era, especialmente ver el lado humano de la medicina y pues fue por casualidad fue que el lado humano me lo enseñaron gentes con VIH y así de simple.

INV. Y en albergues de México, cual es tu trabajo.

ENT. A pues actuó como director médico, tenemos un albergue en el ajusco Santo Tomas Ajusco y entonces yo estoy encargado de la asistencia médica de los pacientes que llegan allá, es un albergue para enfermos terminales.

INV. De cualquier tipo de enfermedad.

ENT. Pues sida y de cáncer, es otro trabajo que es otro rollo totalmente como que no se trata de curar por curar se trata de aliarme con el paciente y tratar de conseguir lo que el quiere, a veces quiere recuperarse, a veces quiere morirse, entonces trabajamos en lo que el quiere.

INV. Y en la fundación cual es la relación con las demás personas que trabajan ahí.

ENT. Pues los veo un día a la semana, es de hola como están y listo.

INV. Pero en cuanto al trabajo con VIH, se mencionan los casos.

ENT. A veces sobre todo los psicólogos, cuando tienen un caso x van y me consultan y yo también a ellos.

INV. Y en cuanto a medidas preventivas en el trabajo con VIH, utilizas alguna.

ENT. Las medidas universales de prevención.

INV. Como cuales.

ENT. Pues usar la bata, que si voy a hacer una exploración donde puedo estar en contacto con sangre o secreciones me pongo guantes, que nunca lo hago realmente.

INV. Porque.

ENT. Pues porque no tengo ningún riesgo, pues por eso, porque no hay riesgo.

INV. Y en cuanto a medida preventiva emocional.

ENT. Pues en terapia, era algún tipo de terapia familiar sistémica y ahora estoy en otro tipo de rollos, en rollo más de tipo espiritual que terapéutico un poco meditativo y esas cosas.

INV. Si habláramos un poco de porcentajes, en que grupo de población crees que se da más el VIH.

ENT. Actualmente pues yo lo sigo viendo más entre chavos gays, ese es el grupo que más veo, no sé si lo que yo vea sea representativo del país, pero en mis consultas, en albergues y en la fundación predominantemente chavos gays, lo que ha ido aumentando poco a poco han sido las mujeres, antes tenía una mujer en consulta muy esporádicamente y ahora son muy frecuentes.

INV. Bueno y en las mujeres cual sería el factor de transmisión más común el marido, la pareja sexual, o sea si habláramos un poco de características comunes en las mujeres cuales serían.

ENT. La mayoría casadas, la edad es diferente conozco gente de 20 años hasta mi paciente mayor tiene 67 años, invariablemente todas se han infectado a través del marido, y el marido podría tener dos características o ser bisexual o ser un heterosexual reventado.

INV. Y cual sería más el bisexualismo o el heterosexualismo.

ENT. El bisexualismo.

INV. Bueno con respecto a esto tu que opinas del uso del condón.

ENT. Pues totalmente de acuerdo.

INV. Bueno y con respecto al uso del condón, porque crees que la gente use o no el condón.

ENT. Bueno, mira el primer punto vamos a establecer que el condón funciona, no tiene el 100% de efectividad pero funciona, no hay nada que funcione al 100% y luego dos cosas, una, una mujer casada no tiene capacidad de negociación del uso del condón con el marido es diferente con una sexo servidora, en ella lo usas o si no nada, o si quieres pagarme más a lo mejor no lo usamos pero hay capacidad de negociar el uso del condón, cosa que no tiene una ama de casa, ese es el primer punto, el segundo es pues la doble moral en que vivimos, donde todos sabemos que haces y hago como que no haces y hago como que no me doy cuenta cuando me estoy dando

cuenta y es un juego bastante absurdo como que yo lo resumo diciendo que los hombres somos unos mentirosos profesionales y las mujeres unas peligras profesionales, se da una combinación perfecta, yo ando por ahí haciendo cosas y digo que no hago nada, tú te das cuenta que estoy haciendo y me crees que no gago nada y esa es tu fantasía, entonces no hay porque protegernos.

INV. Bueno y si hablamos un poco de factores culturales cuales son los que inciden más en esto.

ENT. Mira por ahí, hay un dicho que mientras más instrucción tienes más te puedes controlar y puede ser al revés, una mujer más instruida como que tiene más acceso a otros ambientes, a otros niveles donde se puede relacionar sexualmente con otro tipo de hombres y bueno son hombres de otro nivel que siempre tienen más acceso a reventones, etc; entonces el nivel cultural a veces no creo que sea una protección y el otro es el conocimiento sobre VIH que tampoco siento que sea la gran cosa, mucha gente dice que el conocimiento es la clave de la prevención yo digo que es parte nada más, conozco mucha gente muy informada que se pone en riesgo y que se ha infectado eso yo lo puedo entender de una mujer campesina como a veces veo en Toluca, te digo porque a veces voy a dar consulta en la casa Toluca a la fundación casa Toluca, pero aquí veo gente profesionalista.

INV. O sea que si habláramos de factor socio cultural o socio económico sería alto.

ENT. Yo creo que no tiene nada que ver en cuanto a tu riesgo de infectarte, tiene que ver en cuanto tus posibilidades de tener acceso a un tratamiento es la diferencia que yo veo, a lo mejor una mujer pobre no tiene ni siquiera chance de tener acceso al conocimiento, la diferencia es que una mujer pobre no tiene acceso a la información y una mujer con otro nivel tiene acceso a la información, pero yo creo que la bronca esta en que aparte de la información se requiere generar una percepción de riesgo personal que en la información no se da, yo puedo saber perfectamente como se puede transmitir el VIH y yo estar en situaciones en las cuales estoy en riesgo, pero no las veo porque no percibo que yo estoy en riesgo, entonces es una cosa muy chistosa, el conocimiento y la percepción del riesgo totalmente diferente.

INV. O sea que aunque la gente tenga la información, a lo mejor sus prácticas sexuales son muy diferentes de lo que saben.

ENT. Si, usted sabe que hay riesgo si no utiliza el condón, pero hay otro tipo de mujeres que le demuestran al marido que lo quieren no usando el condón sabiendo que el marido esta infectado, son de esas demostraciones de amor que matan, también se da que el marido se infectó por ahí y la mujer afortunadamente esta negativa y se da una alteración en la dinámica sexual de la pareja,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y la mujer decide que le va a demostrar que lo quiere, y lo quiere tanto que no van a usar el condón en la próxima y pues bueno se infecta.

INV. Y si habláramos de lo que es porcentaje en el área del DF. o el estado de México, la población infectada sigue siendo la misma, por ejemplo tu decías los homosexuales.

ENT. Pues mira eso es un misterio porque si tu revisas los datos de CONASIDA los homosexuales se han estacionado como por ahí de un 28%, los bisexuales otro tanto, los heterosexuales otro tanto, pero se ha disparado un grupo grande de casi un 30% de los casos que no se sabe cual es la causa de transmisión, no sabemos si se infectaron sexualmente, transfuncionalmente, usando drogas intravenosas y la bronca esta en que cada vez más los casos de sida se detectan a través de certificados de defunción, en un certificado no viene nada de eso, no tienes forma de saber como se la pescaron.

INV. Y aquí en el hospital hay un área específica para tratar a pacientes con VIH.

ENT. Sí en el hospital de infectología.

INV. Y quien maneja el área.

ENT. Son como cinco o seis médicos diferentes.

INV. Tú no esta ahí.

ENT. No.

INV. Con respecto a las mujeres, has encontrado casos de mujeres embarazadas con VIH.

ENT. Si.

INV. Y ahí que orientación das.

ENT. Mira las canalizo a los grupos que están trabajando en esto, ahí la doctora Carmen Villarreal aquí en infectología esta trabajando con un grupo en perinatología con el hospital infantil de México y la idea es prevenir la transmisión al bebé, entonces cuando detecto un caso así lo que hago es canalizarla, digo porque hay gente que se dedica específicamente a eso.

INV. Bueno y con respecto, regresando un poquito al trabajo de la fundación empiezas desde el diagnóstico o ya nada más vas a las consultas cada vez que lo pidan los pacientes.

ENT. La fundación maneja mi agenda, la gente llama, pide una cita conmigo y se las dan, yo no sé ni a quien voy a llegar a ver, incluso a veces es gente que ni siquiera tiene VIH, que tiene temor por tal cosa, por lo general gente ya diagnosticada, gente que ya esta siendo atendida en otro lado, pero que tiene dudas sobre esto o aquello y van a consultarme.

INV. Bueno y tu conoces información de otras instituciones que trabajen con VIH

ENT. Pues mira a de haber como sesenta y tantas instituciones en el D.F.

INV. Pero si conoces CONASIDA u otras.

ENT. Si, pero no manejo información de ahí.

INV. Porque.

ENT. De CONASIDA o alguna otra institución. Conozco manuales de asistencia médica, hay muy pocas instituciones que dan asistencia médica, hay muchas que dan asistencia emocional y psicoterapéutica y demás, pero médica no tanto, y no se de nadie que tenga un manual de procedimientos por ejemplo la fundación creo que tiene algo por ahí, casa de la sal tiene también, pero ellos trabajan más con niños.

INV. Y que te ha dejado trabajar con personas con VIH.

ENT. Mucho lo primero y más importante que entiendo mejor quien soy y quienes son y eso es lo que me ha dejado y no es mucho.

INV. Y profesionalmente.

ENT. Profesionalmente en que sentido.

INV. Pues si como experiencia en Medicina.

ENT. No sé ni que decirte, pero bueno, en el ambiente médico se miden tus logros de varias maneras, una es a cuantos congresos te invitan otra es cuantos artículos publicas, otra a quien conoces y si te saludan, o que tan conocido eres en el medio, etc., y son cosas que no me han interesado realmente, como que hay un grupo, una sociedad médica que trabajan en VIH, no me he afiliado a ellos, hacen reuniones y no voy, como que no me interesa mucho el papel de andarme metiendo en esos sitios.

INV. Bueno otra cuestión, que opinas de las personas que tienen VIH.

ENT. ¿Qué pienso? Pues son iguales de los que no lo tenemos tiene un momento de crisis, tienen una oportunidad eso es lo que yo veo, tienen una oportunidad de componer las cosas que quieren componer y que ellos son los que deciden si la van a tomar o no, ya pagaron el dolor.

INV. Bueno eso sería todo, algo más que te gustaría agregar.

ENT. No pues se me ocurren mil cosas que te digo.

INV. Pues algo que consideres importante.

ENT. Mira, algo que me inquieta en particular con las mujeres, si revisas una cosa que se llama seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas, te vas a las clínicas de embarazo y haces un estudio de cuantas salen infectadas, hace cinco años era 0.04% ahora es el 0.09% o sea se duplico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en cinco años el número de mujeres embarazadas VIH positivas desde hace seis años sabemos como prevenir la transmisión perinatal y como evitar que esas mujeres VIH positivas que están embarazadas transmitan la infección al bebé, y lo que yo veo con los hospitales de ginecoobstetricia es que nadie esta moviendo un dedo para evitarlo y eso si me parece bastante tremendo, me pregunto cuantos niños VIH positivos han nacido que pudieron haberse evitado y te lo digo porque he tenido chance de ir en los últimos dos años a hospitales de ginecoobstetricia a dar charlas y lo he platicado con los médicos y esto que le estoy platicando se sabe desde el 96 y quiero suponer que ustedes ya han hecho algo, y díganme que han hecho nada, y son hospitales de concentración que no se dedican a otra cosa más que a eso, entonces yo lo que veo mucho es que hay una discrepancia enorme entre lo que sabemos ahora acerca del VIH y lo que se lleva a la practica, ya sabemos que la infección por VIH dejo de ser una infección progresiva y mortal, que es una infección crónica, controlable y sin embargo la apreciación que tienen muchos médicos es de ya te fregaste, ya no hay nada que hacer, ya no importa que hagas, tú ya te vas a morir y ya no importa.

INV. Un tanto como la actitud de indiferencia.

ENT. Si la de hace 20 años como si no hubieran pasado esos años, exactamente lo mismo, yo sigo viendo rechazos, estigmatización, calificarte yo estoy bien tu estas mal, tu hiciste algo te lo mereces y sobre todo en personal de salud a mi me pasa verlo.

INV. Y eso se da aquí en el hospital.

ENT. No este ha sido un hospital aparte ha sido uno de los pioneros, los primeros casos de sida en el instituto se vieron aquí, pero lo veo en las clínicas familiares, en las unidades de medicina familiar, en hospitales generales de zona, en hospitales públicos, en la secretaria de salud y en hospitales privados, no se diga te puedo platicar mil experiencias de pacientes en hospitales privados esto no ha cambiado entonces también veo lo mismo, el conocimiento ahí esta lo que no ha cambiado es la actitud, lo mismo que te digo, aún cuanto a tu riesgo de infectarte, puedes saber como infectarte pero tu actitud cuando llevas a la práctica tu actividad sexual que sigas haciendo igual y lo mismo pasa con las personas ahí, ya sabemos ahora de las soluciones pero Seguimos comportándonos como si no hubiera pasado nada, como si fuera inevitable el desenlace, ese es el punto que a mi me preocupa mucho.

INV. Algo más

ENT. Pues no.

NOMBRE : Javier Martínez Badillo.

EDAD : 34 años.

ESTADO CIVIL : Soltero.

ESCOLARIDAD : Profesional Técnico en Salud Comunitaria.

Diplomado en Tanatología.

LUGAR DE TRABAJO : Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA.

PUESTO QUE DESEMPEÑA : Vicepresidente en la FMLS.

TIEMPO DE TRABAJO : 11 años.

INV. Bueno me decías que cuantos años tienes trabajando con personas con VIH.

ENT. 11 años aproximadamente.

INV. Y como es que decides a trabajar en esto.

ENT. Cuando yo egreso de la carrera, que esta muy enfocada a la medicina preventiva, los primeros casos que empiezo a atender en pediatría son de niños que mueren por VIH y bueno me asusta primero como personal de salud, de chín, porque no me avisaron, posteriormente me invitan a participar en la fundación ya con alguna compensación, yo trabajaba para otra industria y empiezo a ver los casos en mujeres sobre todo de condición económica muy baja, estoy hablando de personas de Oaxaca, de Neza, de Chalco, por ende entonces que me meto a trabajar mucho con las mujeres y bueno te quiero decir que en este año en el que empiezo que es 1988, 89, había solamente un medicamento que es el AZT, que si lo administrabas en grandes cantidades no beneficiaban al paciente lo maltrataban más al grado de provocarle una anemia perniciosa que es como muy critica o sea la hace agua la sangre y te mueres y eso en aquel entonces bueno ni siquiera había recursos económicos para comprar el AZT, este y empiezo a trabajar específicamente con mujeres, con voluntarias de la propia fundación y así me empiezo a meter en esto y bueno conozco a la fundación en una sesión de información en el museo del chopo, ahí conozco al presidente que es Mauricio Ramos y me hace la invitación, es cuando encuentro muy atractivo el campo de trabajo, primero es muy virgen en cuanto a las investigaciones en aquel entonces, segundo no había técnicas ni estrategias implementadas sobre la prevención y tercero ni siquiera había una percepción del riesgo, solamente se decía que personas de orientación sexual diferente, prostitutas y drogadictos eran los que podían infectarse

ahí comienzo yo a descubrir que finalmente refuerza uno; mi orientación sexual, mi sexualidad y dos mis cuidados, finalmente como personal de salud y en este campo de la medicina comunitaria nos enseñan mucho este plan estratégico que es la planificación familiar y viene inmerso por ende el condón, entonces ya conocemos el condón, sabemos que es lo que se esta haciendo en cuanto a investigaciones del condón femenino que iban así como que muy pobres y no se me hace ninguna extrañeza que nos inviten a participar en la fundación y precisamente tratando de crear una percepción de riesgo en la población a la que estamos dedicándonos a trabajar.

INV. Tú mencionaste al principio que trabajaste en el área de pediatría.

ENT. Si cuando estaba en mi servicio social en los diferentes hospitales del seguro y la secretaria de salud, no sabía mucho sobre SIDA, de hecho morían los niños y eran enfermedades extremas, así de oye porque se murió tan rápido, cierto es un niño pequeño, es un niño que una diarrea lo mató, cuando a lo mejor con buenos cuidados o a lo mejor es el hospital que esta teniendo infecciones al interior del hospital o es algo que por ahí esta dando vueltas y que no sabemos que es lo que pasa muchos de nosotros en esta área tenemos que aprender desde estos rangos de la medicina especializada hasta esta parte de la enfermería y de la medicina preventiva que es nuestro campo de acción entonces en este sentido de repente les hacen a los cadáveres de los niños los estudios de tamizaje sobre sida, salen infectados y es cuando a mi me invade un temor y un miedo, oigan no inventen yo le daba de comer al niño, lo inyectaba, vomitaba en el uniforme, porque no nos avisaron, y entonces cunde el pánico pero más que a diferencia de mis otros compañeros, a mi me llamo mucho la atención el que de repente surgía como este rechazo por el temor y entonces dije bueno a trabajar sobre el temor y como podemos empezarlo a percibirlo bien, pues con información, busque información médica no había suficiente, pero si había como naciendo por ahí instituciones a diferencia del conasida, como la fundación que daba pláticas de información específicas sobre VIH, decías ah por aquí le tengo que entrar, primero tengo que empezar a ver como se transmite, cuales son los síntomas, como se detecta, etc., y después bueno vamos a entrarle, voy a esta plática de información que era del museo del chopo y se me hace tan interesante porque no es solamente ver los casos pediátricos sino también los casos de mujeres, los casos de hombres, en aquel entonces un gran número de hombres homosexuales, y era bueno ver lo que se esta haciendo con esta epidemia y esa es la manera en como le entró a trabajar y te quiero decir muchos de los que en aquella generación compartimos el temor, preguntábamos a los especialistas y quiero decirte que de repente encontrar

especialistas que tenían una gran desinformación, que de repente se volvían jueces para determinar a quien si atendían y a quien no atendían y eran más bien los prejuicios porque tocaba mucho su sexualidad y hablar obviamente en aquella época de sida, decías SIDA y estaba ligado a sexualidad, miedo y muerte, y decías chin yo no quiero ser así y es lo que me llama la atención para trabajar en SIDA.

INV. Y aquí que actividades son las que realizas.

ENT. En la actualidad para este año 2000 estoy siendo el vicepresidente de la fundación, o sea soy quien pone la cara en lugar del presidente cuando no se encuentra, negociando con instituciones, con empresas, soy el director de aspectos sociales dentro de la fundación que es específicamente hacerme cargo de que funcione el área de capacitación, de voluntarios, de derechos humanos, entre algunos y a la par me estoy haciendo cargo del área de capacitación como con estas actividades de donde se presenta la fundación, si le conviene a la fundación o no presentarse con esas invitaciones que nos hacen, si son empresas grandes que pueden hacer las empresas grandes si quieren que participemos con ellos, etc. Y bueno ya en los aspectos más prácticos, específicamente estoy dando consulta para infecciones de transmisión sexual y esto me ha llevado mucho a no solo dar la consulta por darla, sino investigar cada uno de los sucesos que vienen a darse en cada una de las consultas, que es precisamente ver que los jóvenes, chavos y chavas, te hablo de 19, 16, 15 años se están infectando, que hoy en la actualidad estoy recibiendo más mujeres casadas, pero con alteraciones ya biológicas, por alguna ITS, que fue transmitida por la pareja, el esposo, el amante, entonces me ha llevado a hacer investigaciones.

INV. A que grupo de población das estas consultas.

ENT. Es abierto, es específicamente y exclusivamente ITS, esto nace a partir de una inquietud, nosotros empezamos a atender pacientes, yo como enfermero con diferentes médicos del seguro social, de la secretaria de salud y bueno a la par, vamos encontrándonos que revisando a las personas seropositivas a VIH o personas que viven con VIH, no solo traen infección por el virus del SIDA, sino que traen infinidad de ITS alteradas, y quiero decirte sífilis secundaria, o sea ya no una sífilis primaria común, con un chancro o sea una alteración dermatológica provocada por sífilis secundaria, condilomas agigantados, papiloma virus que ya no son unas verruguitas si nos son agigantas que obstruyen de alguna forma la buena salida de las heces fecales, fisuras anales provocadas por herpes, etc., alteraciones muy críticas que de repente decimos oye que esta pasando si las infecciones de transmisión sexual no se están presentando como cotidianamente las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

especialistas que tenían una gran desinformación, que de repente se volvían jueces para determinar a quien si atendían y a quien no atendían y eran más bien los prejuicios porque tocaba mucho su sexualidad y hablar obviamente en aquella época de sida, decías SIDA y estaba ligado a sexualidad, miedo y muerte, y decías chin yo no quiero ser así y es lo que me llama la atención para trabajar en SIDA.

INV. Y aquí que actividades son las que realizas.

ENT. En la actualidad para este año 2000 estoy siendo el vicepresidente de la fundación, o sea soy quien pone la cara en lugar del presidente cuando no se encuentra, negociando con instituciones, con empresas, soy el director de aspectos sociales dentro de la fundación que es específicamente hacerme cargo de que funcione el área de capacitación, de voluntarios, de derechos humanos, entre algunos y a la par me estoy haciendo cargo del área de capacitación como con estas actividades de donde se presenta la fundación, si le conviene a la fundación o no presentarse con esas invitaciones que nos hacen, si son empresas grandes que pueden hacer las empresas grandes si quieren que participemos con ellos, etc. Y bueno ya en los aspectos más prácticos, específicamente estoy dando consulta para infecciones de transmisión sexual y esto me ha llevado mucho a no solo dar la consulta por darla, sino investigar cada uno de los sucesos que vienen a darse en cada una de las consultas, que es precisamente ver que los jóvenes, chavos y chavas, te hablo de 19, 16, 15 años se están infectando, que hoy en la actualidad estoy recibiendo más mujeres casadas, pero con alteraciones ya biológicas, por alguna ITS, que fue transmitida por la pareja, el esposo, el amante, entonces me ha llevado a hacer investigaciones.

INV. A que grupo de población das estas consultas.

ENT. Es abierto, es específicamente y exclusivamente ITS, esto nace a partir de una inquietud, nosotros empezamos a atender pacientes, yo como enfermero con diferentes médicos del seguro social, de la secretaria de salud y bueno a la par, vamos encontrándonos que revisando a las personas seropositivas a VIH o personas que viven con VIH, no solo traen infección por el virus del SIDA, sino que traen infinidad de ITS alteradas, y quiero decirte sífilis secundaria, o sea ya no una sífilis primaria común, con un chancro o sea una alteración dermatológica provocada por sífilis secundaria, condilomas agigantados, papiloma virus que ya no son unas verruguitas si nos son agigantas que obstruyen de alguna forma la buena salida de las heces fecales, fisuras anales provocadas por herpes, etc, alteraciones muy críticas que de repente decimos oye que esta pasando si las infecciones de transmisión sexual no se están presentando como cotidianamente las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

habíamos investigado, que esta sucediendo ahora que esta alterando cada uno de los ciclos y síntomas de la presentación de estas infecciones, y bueno nos damos a la tarea de investigar que la inmuno depresión provocada por el VIH, hace que las ITS se vuelvan más agresivas y que se hagan multiresistentes a los diferentes tratamientos, específicamente hablando de personas que viven con el VIH, pero a la par por estas mismas personas nos comentan oye puedo enviarte a mi pareja, a mis amigos, claro, y hoy en la actualidad te decía el servicio esta abierto, pues porque a mi lo que me ha llamado más la atención es que de cada cuatro tomas de sangre, perdón de cada diez, cuatro salen infectadas por VIH, de esas cuatro tres te salen infectadas con alguna hepatitis B, sífilis o de estas tres personas alguien te trae papiloma virus, herpes o gonorrea y bueno muchas de estas asistencias de repente son hasta por ITS asintomaticas, la traen por ahí cargando, no manifiestan síntomas hasta mucho tiempo después cuando hay una inmuno depresión, y bueno con los jóvenes hay, acabamos de mandar un trabajo a Brasil que la mitad obviamente no fue aceptado, estamos encontrando que las personas que se diagnosticaron en promedio entre cinco y cuatro años como seropositivos al VIH siguen sin cuidarse, esto nos esta hablando de las personas después de que pasan por todo su proceso, digo su periodo de depresión, de angustia, etc., inician nuevamente su actividad sexual y por ende no con responsabilidad, sino con irresponsabilidad y lo que más llama la atención es que cuando se les presenta, en la consulta hablando dicen es que no me cuido, es que tuve sexo oral, sexo anal, sexo vaginal sin preservativo, aún sabiéndose que están infectados por VIH, eso es uno y lo otro es que de pronto los jóvenes de estas edades de 19, 18, 15 años de pronto tienen relaciones sexuales y vienen porque están presentando ITS, o sea porque ya traen los ciclos y los síntomas, cuando les tomamos la muestra para saber si es sífilis, si es gonorrea, si es herpes, si es clamidia que son ITS, lo que menos les interesa saber si están infectados por VIH, es me quiero atender de lo que estoy secretando, o sea la secreción que estoy presentando, los malestares, pero lo que no me trae aquí para atenderme es porque puedo estar en riesgo de adquirir el VIH, entonces esto nos esta diciendo que las chavas y los chavos se están atendiendo por la presentación de ciclos o síntomas más no por la percepción del riesgo para adquirir VIH, entonces es alarmante, nos esta hablando de que no hay una cultura de prevención, como nos esta hablando de que las campañas de información sobre SIDA no son específicas para grupos de jóvenes de personas que viven con VIH, etc., y es alarmante la gente que hoy esta detectada por VIH/SIDA es de 25 a 35 años ciertamente, pero en promedio se infectaron 5 años antes y estamos hablando el promedio

mínimo cuando tenían 20 años, que cuando tenían 15 o 19, es la población que hoy se esta infectando es de 15 a 19 años y es alarmante, estaba yo consultando un dato hace un momento y nos decían en Internet en ONUSIDA de que diariamente se dan cien millones de relaciones sexuales; un millón de estas son embarazos no deseados, medio millón de estos son reportados como casos de ITS, y cada cinco minutos en México se están infectando jóvenes de 15 a 19 años, entonces fijate de algo que empieza a darse como nada más la consulta de ITS, todo lo que se esta descubriendo y no es encontrar el hilo negro, es algo que verdaderamente existe, es algo que así se esta dando, que no estamos haciendo bien.

INV. Tú tomas las muestras de sangre.

ENT. Tenemos aquí a la enfermera, pero cuando ella no esta, también estamos capacitados para tomar estas muestras, para medicar, para tratar cada uno de los signos y síntomas de las infecciones.

INV. Entonces no solo las personas que vienen aquí a la fundación vienen específicamente a hacerse la prueba del VIH, sino hacerse cualquier tipo de análisis.

ENT. Si, así es.

INV. Y cuando se detecta VIH.

ENT. Mira ahí es donde de pronto me encuentro ante una incógnita y a lo mejor seria como un tema de tesis o de una muy buena investigación, en el sentido de que descubro que el adolescente Carlos y la niña Mónica traen una ITS y les hago su prueba de laboratorio, me sale reportado que los dos están infectados por VIH, pero ellos a mi no me pidieron hacerles la prueba quiero decirte que por lo tanto yo no puedo entregarles un resultado de que están infectados, lo que si hago como profesional es decirles que al tener una ITS que es una puerta de entrada para el VIH, y es una puerta muy grande y esto nos esta hablando de que no se están cuidando, y si no se están cuidando también pudieron haber adquirido VIH, así es que yo los invito a que reflexionen y que si en algún momento tienen esta duda y quieren salir de ella para saber que están infectados háganse la prueba, y si no se la hacen y si no quieren hacérsela porque no quieren saber, entonces empiecen a cuidar a aquellas personas con las cuales están teniendo relaciones sexuales, yo creo que esto no se trata nada más y solamente de un rollo de media hora, es desde la creación de talleres con personas que les provoquen esta confianza, o sea de pronto ver a una chava como Mónica de 19 años con condilomas acumulados y con VIH es oye, la chava tiene una pareja sexual, en su vida ha tenido a sus 19 años máximo dos parejas sexuales, una de ellas de estas dos

personas la infectaron por supuesto, pero 19 años, no se si le caiga el veinte y no se como le quiera hacer o le pretenda hacer, pero es de llamar la atención, entonces como hacerle para crear percepción de riesgo en adolescentes, tenemos un Psicólogo muy bueno, muy capaz, que verdaderamente yo lo envidio porque a parte de ser maestro en x escuela, este terapeuta y específicamente los sábados tiene un grupo para adolescentes de diferente orientación sexual y hablo de mujeres y hombres, mujeres lesbianas u hombres homosexuales o bisexuales, cualquiera de estos, entonces de pronto platicando con el, le decia oye Adrián que hacemos porque los chavos me están saliendo así, el me decia oye vamos a originar este taller, que esta dando tan buenos resultados y el máximo logro quiero decirte cuando uno es homosexual y es adolescente de repente dice o me voy a la iglesia para que se me quite lo joto, en rollo peyorativo, o le entro pero sin decirle a nadie y teniendo relaciones fortuitas, y cuando estas como en esta desorientación de tu orientación sexual, valga la redundancia de la palabra de pronto te escondes, de pronto te sientes con una autoestima baja, bueno con todos eso términos que de pronto Freud describe, pero que en el otro rollo del humanismo, esta como que vayámosle como que asesorando, entonces la funda empieza a abrir esta puerta de orale chavos y chavas no van a ser juzgados vamos a aprender juntos, vamos a empezar a enseñarles que son las ITS, como enfrentar el problema si te preguntan si eres homosexual o no en tu familia, como que hacer cuando tienen más de 2 o 3 relaciones sin protección. El logro más padre que se ha llegado con este taller es que los chavos una vez que después de 8 sesiones de información te traen a sus padres, te los presentan y te dicen oye papá te quiero decir junto con mi terapeuta que soy homosexual, obviamente el desorbitado es el papá, porque se supone que debería ser al revés, o sea el papá o la mamá preguntarle y que finalmente la intención y la finalidad de los talleres es que se cree, que se empiece una cultura de prevención desde la adolescencia para que en el momento adulto estos empiecen también a replicar esta información, y que se vaya dando como en cadena, así como se fue dando la infección por VIH en mala onda, en buena onda que se empiece a dar esta cultura que no la vamos a llegar a ver quizás nosotros, porque es esperar mucho, pero digo los resultados mínimos los estamos viendo con estos logros y es como trabajar o sea ver que están saliendo jóvenes infectados por VIH y como le vamos a hacer con la gente que no esta infectada, pues educándola.

INV. Tú hablas de las campañas de información, aquí se manejan estas campañas de otras instituciones o exclusivamente las que ustedes proponen.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENT. A ver no sé si entendi, bueno nosotros utilizamos desde los folletos hasta los carteles propios de CONASIDA, y es más quiero decirte que hay otras instituciones que de alguna forma hacen llegar a la fundación otra información como los contenidos de E.U.A., folletos para los drogadictos, etc., si lo usamos y de hecho hace algún tiempo jóvenes por la ciudad que es un programa no sé si del gobierno, etc., nos solicito, ellos tienen como promotores voluntarios, quiero pensar que es así, y el año pasado nos solicitaron que capacitáramos a sus promotores voluntarios, dijimos órale, pero que le vas a dar a la funda, o sea a lo mejor lo valioso es que contratarán a personal de la funda porque finalmente somos personal especializado, pero pareciera ser que los organismos gubernamentales peyorizan el trabajo de las instituciones de asistencia privada y de las asociaciones civiles en el caso de la fundación, entonces les dijimos ya te capacitamos a todo tu personal, que le vas a dar a la funda, yo creo que aparte de una retribución económica lo que si puedes hacer es te damos todo el chance y el permiso de que en todos los folletos este nuestro logotipo, y si hicieron un tiraje aproximado de 20 mil folletos de información de que es SIDA y que son los servicios de la fundación y obviamente ya terminaron de entregarse y ya no tenemos.

INV. En cuanto a los grupos de población que se manejan aquí, en tu opinión cual crees que sea el más afectado por el VIH.

ENT. Ahorita hay dos principalmente que yo percibo, específicamente en la consulta clínica, los adolescentes hombres y mujeres, y las mujeres adultas amas de casa.

INV. Y en las mujeres amas de casa en lo que es la consulta existen diferencias o similitudes en cuanto al contagio.

ENT. No hay diferencias, viene desde la sra., que vive en chalco hasta la sra. que puede vivir aquí en San Pedro de los Pinos o que tenga diferente estrato social, yo creo que la infidelidad existe en los diferentes estratos socioeconómicos, obviamente quien de pronto no tiene tanto acceso a la atención son los de recursos económicos bajos, entonces, pero bueno los maridos no le son honestos, hay chavos, hombres bisexuales que se acuestan con el otro chavo, no sabiendo su serología al VIH, y al rato se acuesta con la chava, con la esposa, entonces presentan desde papiloma virus hasta otros y no hay ninguna alteración en cuanto a los estatus socioeconómicos.

INV. Entonces podríamos decir que se da más la bisexualidad que la heterosexualidad en cuanto a la cuestión de infidelidad.

FNT. Si de hecho me llama mucho la tensión hoy en esta semana de noviembre me he estado haciendo cargo de la toma de muestras, nuestra enfermera esta de vacaciones, entonces yo le entro al quite, y muchas de las preguntas que en la terapia en la consejería se les pregunta a los pacientes es oye y tus relaciones son con chavas, chavos, con chavas y chavos y quiero decirte que de 10 tomas de muestra en hombres, en 8 nos están diciendo que son heterosexuales, mi pregunta sería si nos están siendo honestos que gran temor si nos están siendo honestos y que mala onda por parte de ellos, y me acabo de dar cuenta finalmente la idea es estar checando, nos están diciendo la neta del planeta o no, pero bueno yo creo que la bisexualidad es un rango que se esta dando mucho, de hecho Mauricio Ramos hizo una investigación sobre bisexuales y bueno encontró una gran gama de bisexualidad como no tienes idea, el 80% de la población que viene a la fundación es bisexual.

INV. La consejería quien la brinda.

FNT. Expresamente psicólogos, aunque quiero decirte cuando nosotros empezamos en la fundación de pronto teníamos que ser todólogos y esto de alguna manera en el área de la salud, primero era convencernos que verdaderamente era importante que hubiera psicólogos porque creo que en algún momento y yo creo que sigue persistiendo la medicina, de repente decía no la psicología a un lado no es necesaria, y es imprescindible y cuando nos hacen ver que es importante darle el cunsonor que es precisamente en el rollo de la consejería y es otro término medio peleado por ahí, se nos empieza a capacitar a todos y le entramos así de lleno e oye no hay psicólogos que quieran ir a la calle y ponerse a dar consejería que hacemos, quieres entrarle tú, pues órale le entro, pero se empieza a preparar desde estos términos de la consejería desde las percepciones de riesgo, desde las investigaciones, desde todos estos teóricos que proponen como trabajar con los pacientes que viven con VIH, etc., y no empezamos a preparar como hoy hemos decidido dentro de la fundación que quienes tienen que llevar acabo la consejería son los psicólogos y son ellos quien la llevan y obviamente bueno también nosotros podemos darla, algunos tenemos otras disciplinas como la tanatología también.

INV. Hay tanatologo.

ENT. Dentro de la fundación sí, tenemos dos tanatologas dando consulta a los pacientes que viven con VIH y a sus familiares, pareja o amigos.

INV. Bueno, a partir de que tu me mencionabas hace un momento que algunos no piden la prueba del VIH, cuando la piden y se les da el resultado que es lo que sigue a partir de ahí

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FNT. El psicólogo empieza a manejar emociones con el paciente al que se le entrega el resultado de VIH con toda esta parte de ir cambiándole si es trágico saberse infectado, si es lamentable saberse que se ve con VIH, pero también si te están quedando 10, 15 o 20 años, o 10 días, entonces vamos a disfrutar los diez días, empíezale a cambiar como el rollo, quiero decirte que son diferentes las etapas por las que pasa el paciente y obviamente hay que ver en cual se esta enfrascando, y trabajar en ella para salir y al mismo tiempo es hacerle la invitación a la atención clínica, oye ahora es importante saber como esta tu garganta, como esta tu estomago, tu hígado, tus pulmones, saber cuantas defensas tienes en este momento en tu organismo, saber cuantas veces estas replicando el virus en tu organismo y bueno vamos a canalizarte al área médica donde obviamente nuestros médicos, si es que se quieren atender aquí, porque hay quienes tienen seguro social, y se les refiere al seguro social o al ISSSTE, pero bueno nuestro médicos les dan cierta asesoría donde bueno necesito que te hagas estos análisis se levanta el expediente clínico, este se les hacen recomendaciones en el caso de que el paciente este asintomático, lamentablemente muchos de los casos no son así, los pacientes se están atendiendo cuando están presentando ciclos y síntomas ya específicamente de SIDA, y entonces en ese caso vienen acompañados de familiares, amigos o pareja, les decimos necesitamos si el paciente esta deteriorado se canaliza a algún hospital, si el paciente con la evaluación se ve que puede salir adelante y siendo atendido en casa se la manda ahí con diferentes tratamientos.

INV. Y los medicamentos los dan también aquí.

ENT. No todos, has de cuenta específicamente para inhibir la reproducción del virus hay antiretrovirales e inhibidores de proteasa son los más caros un tratamiento en este año esta costando 7800 al mes, hay mucha buena gente y buena voluntad de estas gentes para decir ya me sobaron tres frascos de lo que me esta dando el seguro te lo regalo fundación y has con el lo que tu creas conveniente, se les pasa a quienes no tienen acceso a este medicamento, pero quiero decirte hoy llegan 10 frascos y tenemos 20 que están esperando un frasco de esto, entonces si es limitante en este sentido y quizás si tenemos otros medicamentos que también los donan diferentes voluntarios de la fundación, que bueno obviamente si el paciente esta requiriendo 10 de estos medicamentos a lo mejor 3 o 5 son los que le daremos nosotros, esto es un poco para aminorar los gastos que son tan altos, pareciera ser que el sida, no parece, es cierto es una enfermedad para gente rica y la gente que esta infectada es gente verdaderamente pobre, de hecho

la infección se esta ruralizando, estamos encontrando mucho en pueblos, migrantes, es donde se esta viendo más.

INV. Y en cuanto a las pruebas también las cobran.

ENT. Las pruebas de laboratorio para VIH, para ITS, tienen un donativo de 50 pesos, pero quiero decirte que a veces las condiciones económicas de los asistentes aquí es bastante deteriorada que algunas veces nos hemos visto puestos para darles el dinero para que se regresen a su casa, es un donativo y como tal es voluntario y si la persona tiene los 50 pesos los dará y si tiene 10 pues que de los diez o quince pesos, finalmente que tenga este valor que nosotros le estamos dando al atenderlos, que ellos lo retribuyen de esta forma económica, hace algún tiempo no se cobraba ningún servicio, y de pronto cuando pusimos este donativo, nos costaba tanto trabajo, pero hoy creemos y estamos completamente convencidos de que el servicio al que no le pones precio no es valorado, entonces obviamente no es un costo finalmente las pruebas de laboratorio, las más sencillas que son de ELISA, son de 150 pesos que pues aquí lo que les pedimos son 50 pesos, esta y la de WESTERN BLOT son 400 pesos, es el costo en cualquier laboratorio particular.

INV. Y entonces se hacen las pruebas aquí.

ENT. Nuestras pruebas de laboratorio están siendo realizadas por el centro nacional de la transfusión sanguínea y por el CONASIDA de Flora, y obviamente hay convenios de hecho muchas veces profesionistas de la salud del centro nacional de flora o de tlalpan de conasida nos dicen que bueno que ustedes están solicitando donativo porque de pronto la gente, no quieren dar ni las gracias, entonces no conciben creen que es a fuerzas, y la verdad es que nosotros no creemos que sea a fuerzas que tengas que dar, sino que valoren el trabajo que se hace.

INV. Y en cuanto a medidas preventivas del personal médico específicamente que se hace.

ENT. Nosotros siempre que trabajamos con cualquier persona que se le tome la muestra sepamos o no si esta infectada y si viene con síntomas también trabajamos de la misma forma, usamos guantes, bata, batas desechables cuando estamos haciendo cualquier tipo de cirugía, cubrebocas y lentes, sobretodo si nosotros somos portadores en este momento de alguna gripa y mi paciente viene y se atiende ya estoy exponiendo a mi paciente a que desarrolle más rápido la gripe y se le convierta en neumonía, pulmonía o tuberculosis y para el personal de salud dentro de la fundación cuando trabajamos en el área de salud tenemos nuestros recolectores o sea las bolsas rojas donde va todo lo que es infeccioso, cada veinte días vienen a recoger este material que son

las agujas, jeringas, orungas, por cuidado y obviamente es una reglamentación ya a nivel oficial y tenemos esta parte de la esterilización del material con el cual trabajamos hasta todo el material desechable, de hecho cuando una persona va a tomarse su muestra siempre lo que se tiene que decirle es que todo el material que vamos a utilizar a continuación es desechable, abrimos en frente de esta persona la aguja, rompemos la etiqueta para que se de cuenta, foliamos el frasco que son tubos de ensayo y le decimos esto no se va a volver a utilizar jamás más que contigo y hasta los guantes que se utilizan solamente una vez.

INV. Y todo este material a donde va a dar.

ENT. Fijate esto parece más bien una cuestión, hay empresas que se encargan de recolectar el material infectocontagioso y lo llevan a unas celdas donde a partir de cloro de agua hiper caliente lavan todo esto y los tiran a los basureros, esto es un negociazo como no tienes idea, digo por ahí alguna mano negra que se debe estar beneficiando con esto, entonces no hemos encontrado, bueno a lo mejor si la encontráramos se encargarían de desaparecernos a nosotros, porque bueno son intereses y finalmente yo no sé si este bien cuidado, creo que es una medida buena, el de que lleven a desinfectar desde toringas, algodones y después los entierran, de hecho hace poco se decía que el tema de la basura es un tema verdaderamente grande para desarrollar y donde la basura es verdaderamente un negocio que enriquece como antes decía, y parte de eso hay una empresa, hay diferentes empresas que se encargan de recolectar en los hospitales, en las instituciones como esta estos desechos, a partir de algún aporte económico, entonces no pudimos convencerlos de que éramos una institución no gubernamental y que no teníamos los recursos suficientes y finalmente dijeron te bajo el tanto, tuvimos que pagar y ni modo son reglamentaciones oficiales que por ahí algún oficial debe estar ganando una buena lana.

INV. Bueno estas medidas son en cuanto a lo físico, pero en cuanto a lo que es emocional para ustedes.

ENT. No tenemos protección, mira es una de las cualidades por las cuales hemos peleado mucho, yo en lo personal, ha habido muertes dentro de la fundación por pacientes, hemos tenido en promedio dos muertes en nuestro trabajo de pacientes que vienen a morir a la fundación, aún sabiendo cuando este no es un lugar para morir, esto no es un albergue, pero bueno quienes damos desde la resucitación que somos el área de salud, desde la enfermería nos parte el alma porque a diferencia quizás de otras instituciones muchos de nuestros pacientes los conocemos y los conocemos no como pacientes los conocemos como seres humanos, chavos y chavas,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hombres y mujeres que te platican como es su vida, que te platican como se infectaron, sobre sus proyectos y depositan en tí tanta confianza que dices oye y si te falló que hago y hemos fallado en dos veces, en dos ocasiones con ellos, porque ha habido dos muertos, hicimos hasta lo que pudimos como profesionales, pero nos parte el alma y obviamente también nos pueden emocionalmente, o sea nos hacemos más severos o nos hacemos más indiferentes y sabemos que debemos tener apoyo emocional, pero los apoyos emocionales también cuestan dinero, o sea estamos hablando de cuestiones económicas y una terapia por lo menos el costo más bajo es de 50 pesos, muchos de nosotros tenemos una compensación mensual que no llega a 2500 pesos, quiero decirte entonces o comemos, nos trasladamos o nos atendemos emocionalmente y obviamente algunas veces tratamos y pedimos ayuda a los profesionales de la fundación, pero bueno a parte de ser profesionales son nuestros cuates y ahí es donde de repente esta esa barrera o sea no se puede, algunas veces les hemos pedido a otras instituciones que nos echen la mano, que hagan un grupo de terapia para los profesionales de la salud, pero todos son costos o si no, nos quieren hacer como investigaciones de ratoncillos y en el momento, digo no estamos negándonos a que seamos sujetos de investigación pero a partir de que o sea y cuando termina la investigación que dura por lo menos 6 meses, ya no va a haber apoyo o sea vamos no hemos encontrado la manera de, o por lo menos no yo, si tuvimos, yo en lo personal tuve apoyo emocional por lo menos durante seis meses y bueno obviamente eso me hace todavía aún más tranquilo fíjate yo creo que independientemente de mi profesión, independientemente de mi orientación, creo que es el dolor, ver reflejado el dolor en la familia, en la pareja, en decir chingaos estas políticas de salud no están dando lo suficiente para evitar los contagios y la muerte de la gente y eso es lo que me hace seguir permaneciendo aquí y he tenido ofertas de trabajo del seguro, de la secretaría de salud, quizás por prestaciones sociales estaría trabajando en ello, pero también estaría como traicionando mi ideal y a lo mejor si me muero pobre viejo y solo, pero satisfecho, pero en estos momentos no hay, que esperó que a lo mejor un día puedo tener una retribución más alta y fortalecer más la institución y hacerles conocer a nuestros órganos gubernamentales que verdaderamente la fundación tiene calidad, calidad humana, calidad en la profesión y calidad en los servicios, pero bueno, quizás pase algún tiempo y bueno seguiremos intentando haciéndolo, verdad.

INV. Bueno, en cuestión de las mujeres tú hablabas mucho de las mujeres, hay casos de mujeres embarazadas con VIH.

ENT. Si.

INV. Y que se hace ahí.

ENT. Yo creo que son diferentes los espacios y obviamente quien se esta enfocando mucho ahorita en mujeres es Margarita Andrade, tú la vas a ver en un rato más, pero específicamente en este sentido fijate que las mujeres, yo hice una investigación en el 95 que era una investigación muy tanatologica que era la percepción de riesgo en las mujeres que viven con VIH, el saberse ellas, bueno, tampoco se encontró el hilo negro, pero bueno una de las preguntas y de los partes que quería yo investigar era porque las mujeres que viven con VIH desarrollan más tardíamente los signos y los síntomas y daba el caso de que bueno de mis 39 mujeres, amas de casa, casadas, con hijos, antes que ellas, antes de atenderse ellas, esta el marido, los hijos, la casa, el trabajo, la comida y al ultimo ellas, y obviamente anteponían todo esto, yo creo que de un rollo muy emocional no me puedo enfermar porque tengo que sacar todo esto adelante, cuando moría la pareja, los hijos ya sabían con quien los iba a dejar, etc., empezaban a desarrollar ciclos y síntomas y morían, ahora que es lo que estamos viendo actualmente, se esta viendo lentamente el cambio en la mujer, se están queriendo y responsabilizando más ellas muy, muy en pequeñito, pero esta habiendo un cambio, lo que yo más detecto cuando doy consulta clínica es la imagen de la mujer deprimida, de la chava que se siente mal por traer alguna ITS y vamos no sé si esto sea innatamente en mí, pero de repente empiezo a ver que no se quieren y si no se quieren es porque no se están cuidando y si no se están cuidando pues porque lo están haciendo es que le tengo que responder a mí esposo, oye espérame, para poder querer a tu esposo te tienes que querer más todavía tu, y entonces les mueve todo el tapete que de repente le digo no solamente es la atención clínica, digo médica, es la atención emocional y obviamente las envié a diferentes servicios emocionales, entonces, este yo me doy cuenta de los chavos que vienen con un deterioro emocional, con una autoestima muy baja, entonces el rollo es no solamente clínico sino también emocional vamos a ayudarte si finalmente tu quieres. Hay quienes si le entran y hay quienes de repente dicen bueno ya yo estoy muy bien y adiós nos vemos, pero obviamente es tratándoles de que les caiga el veinte, como te decía una sesión no es suficiente, una consulta no es suficiente.

INV. Bueno tu hablas de la consulta clínica, que es lo que se maneja en estas consultas.

ENT. Una consulta habitual con una mujer es siempre trato de que este nuestra enfermera porque bueno de repente se pudiera dar alguna mala interpretación, afortunadamente no hemos tenido demandas, nos cuidamos mucho en ese sentido porque de pronto hay cada mujer

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

esquizofrenica, si te quiero comentar o sea de pronto uno de nuestros enfermeros empezó a decirle a la paciente que iba a introducir el espejo vaginal y ella creyó que el estaba manipulándola, masturbándola y grito, me duele y desde aquella vez aprendimos que no entramos si no hay una mujer, o que la mujer entre con la pareja para que evidencie que finalmente no va a ver ningún tipo de agresión sexual cuidándonos principalmente de eso.

Antes de pasar a la auscultación a la exploración clínica física, les comento que cual es el motivo de la visita, obviamente si hay cierta timidez, hay malestar, incomodidad, pues porque finalmente como hombre pues se sienten mal, entonces trato de decir yo siempre me presento de mano, siempre les digo soy Javier Martínez soy quien te va a atender y bueno trato de introducirles confianza, no les pregunto ni como se infectaron, ellas las chavas por si mismas me lo comentan cuando ya se sienten como más en confianza, si esto me toma a veces hasta 15 min. Y digo es mucho para mi porque una consulta en promedio debe durar media hora tengo que estar viendo pacientes pero a veces se alargan hasta una hora, entonces ya después de esta confianza empiezan a comentar como se han dado cuenta si hay secreción, si hay malestar, etc., pregunto si hay algún tipo de tratamiento y bueno después de esto les comento que vamos a pasar a la exploración que se tienen que subir a la cama de exploración, quitarse la ropa, etc, y bueno que vamos a introducir el material que es el espejo vaginal y en todo caso si tomamos muestra o necesitáramos ver al interior de la vagina y cerviz, de cuello uterino, obviamente las dejo un momento, les digo me voy a salir para que te quites la ropa, te sientas en confianza y te subas, con la ayuda de la enfermera le digo que entre ayudarle a la paciente, hacemos la exploración y siempre les comento que el espejo vaginal no es un aparato cómodo, es frío, es duro y que tienen que respirar y si sienten algún malestar pues me lo tienen que decir para retirar el espejo vaginal, tomamos la muestra y les digo en esos momentos ya abrimos el espejo vaginal, vemos vagina, les comento como se encuentran sus paredes vaginales, como esa el cuello de la matriz en termino vulgar pues, les tomo la muestra si es que se toma, se retira el espejo vaginal, hacemos la exploración de ganglios inguinales y crurales, terminamos, le comento si tiene alguna duda, si la tienen bueno me la harán en su momento, y las dejo un momento para que se limpien se vuelvan a vestir y en un promedio de cinco minutos vuelvo a regresar, les digo que es lo que encontré, que es lo que yo considero que tienen y que bueno tiene que llevar ciertas medidas y nuevamente vuelvo a reiterar el cuidado, oye el tratamiento lo debe tener también tu marido si es que esta es una ITS y debes de cuidarte si vas a tener relaciones sexuales con otra persona, quiero decirte que el 100% de mis

pacientes me dicen si han tenido relaciones extramaritales o más de una pareja sexual, y yo creo que soy buen clínico en ese sentido, entonces de esa manera también les hago ver que bueno valdría la pena que en algún momento comentaran esto con su pareja o parejas, y que los trajeran para también explorarlos.

INV. Cada cuando se hacen estas consultas.

ENT. Hasta hace dos meses se hacían cada ocho días, todos los sábados de las 12 del día a las 5 de la tarde y hoy hemos abierto otro día más que son los martes.

INV. Con cada paciente cada ocho días.

FNT. No dependiendo hay pacientes que tienen que venir cada tercer día, hay pacientes que deben venir cada ocho días o cada 15 días, pero la consulta se da habitualmente los martes y sábados.

INV. Al principio de la entrevista hablabas del uso del condón, tu decías que casi no se utiliza el condón, tu cual crees que sea el factor para que no se utilice.

FNT. Uno, la moral de nuestras familias, y dos la credibilidad a que este sea efectivo, a que el condón es efectivo y tres las ineficientes campañas, SICO te vende un condón en la televisión pero nunca te manifiesta que es también de prevención para el VIH, porque obviamente decir SIDA en la tele es miedo, sexo y muerte, entonces no hay una mercadotecnia específica para vender un condón, ahorita actualmente existe la condonería por una ONG es un proyecto innovador, interesante, pero nadie, ninguna empresa, ninguna institución quiere apoyar a la condonería, por verse inmersos en el enjuiciamiento que les pueda hacer la sociedad y estas trabas principalmente, las metidas de pata que esta haciendo PRÓVIDA, los grupos de ultraderecha como la sociedad de padres de familia, etc., hay una mercadotecnia y te juro que podemos vender el condón como precaución, promocionar el condón no es promocionar las relaciones es prevenir y hay diferentes maneras pero necesitamos dinero, pero es más fácil vender un programa donde vaya gente con discapacidad a vender la prevención.

INV. Tú hablas de la capacitación, me decías que tienes un diplomado, además de este diplomado has tomado otros cursos que estén relacionados con el VIH.

ENT. Si, bueno cuales son los más importantes mi capacitación en E.U.A. en Jackson Misisipi, las conferencias que he dado en Cuba y bueno no por las conferencias sino por el conocimiento de ver a Robert Galo el descubridor del virus, a Luc Montanieur en Francia el descubridor del VIH, en Cuba las investigaciones sobre la vacuna, en Japón no existe la tanatología, entonces

todo esto ha hecho, bueno me ha formado, espero que este bien dicha la palabra y no deformada, a lo mejor estoy deformado y por eso sigo aquí. Eso han sido como que mis capacitaciones más enriquecedoras y bueno obviamente estos cursos al interior de la república que son sobre ITS, o simposiums sobre papiloma virus humano, sobre infecciones en mujeres etc., y las diferentes participaciones en protocolos de investigación.

INV. Tú conoces algunas otras formas de tratamiento y prevención de otros países.

ENT. Sí, de hecho el año, este año, creo en estos momentos se está llevando el congreso mundial sobre Hepatitis B y C, que son infecciones de transmisión sexual, están sacando unas tabletas no lo sabemos si aquí vaya a llegar, digo va a llegar a lo mejor en cinco años con estos avances y estos permisos que nos da nuestra farmacéutica mexicana, ya para papiloma virus hay tratamientos orales menos agresivos como los que actualmente estamos utilizando, no los tenemos en México.

INV. Y específicamente para el VIH.

ENT. Y de VIH creo que ahí sí hemos tenido avances, pero nos falta, pues ahorita hay tratamientos combinados, una persona habitualmente debe de tomar entre 25 y 36 tabletas para aminorar el progreso de la enfermedad, en E.U.A. hay un tratamiento que te tomas tres tabletas al día y san se acaba, aquí no sabemos si llegue.

INV. Como es tu convivencia con los demás profesionales que trabajan aquí.

ENT. Muy padre, quiero decirte que yo cuento con dos maestros muy importantes para mí, que son los que me han formado profesionalmente Angel Guerra, es un tipo reconocidísimo en el campo de la lucha contra el SIDA y Carlos Cruz, es un profesional médico dermatólogo reconocido en ITS, creo que son ellos como mis dos bases, nos llevamos de a cuates o sea así de no la mentamos, cuando no estamos en el trabajo, somos muy amigos, no así al exterior, al exterior somos muy criticados, soy muy criticado porque soy técnico en salud comunitaria, porque no tengo un título de médico y porque de pronto les salta mucho que la gente, fíjate a lo mejor no tenemos gran infraestructura médica, en cuanto a análisis de laboratorio y otras cosas, pero el simple hecho de que les des la mano a tu paciente, de que los mires a los ojos y les hables honestamente y le describas en una forma coloquial como es el VIH y como se desarrolla y que es lo que tiene que hacer y como decirle a su familia, eso le da herramientas para decir oye estoy con alguien que me dice la neta del planeta, creo que es la calidad de atención la que hace que los pacientes vuelvan a venir, una gran mayoría de nuestros pacientes quiero decirte que son

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

derechohabientes del ISSTE, del ISEMYM, del seguro, que porque vienen aquí, porque los escuchamos, no los oímos los escuchamos, los sabemos escuchar y eso es una gran diferencia a parte de nuestra profesión, te digo hemos sido muy criticados pero bueno yo creo que finalmente si no nos criticaran nos preocuparía muchísimo.

INV. Y hablando de estas mismas actitudes, tú como las ves aquí en la fundación, con los diferentes profesionales que trabajan aquí.

ENT. Nosotros siempre hemos promulgado que debemos ser cálidos es la forma de cómo no cargar con la muerte en la fundación, uno es siempre nos ponemos en el papel de quien viene, como me van a atender, quien me va a atender, me van a grabar, etc., y eso nosotros lo sentíamos cuando vamos a cualquier institución, entonces si nosotros, yo quiero que en un lugar que me atiendan x, me sonrían hace un rato fui a Telmex y pareciera ser que me hacían un favor cuando de mi dinero le están pagando a ellos, entonces le digo a esta fulana ese es el lado humano, perdóname pero pues que mala onda y no te vengo a pedir un favor, me lo tienes que hacer porque te están pagando de lo que yo pago aquí.

Entonces dije oye que mala onda y dije tengo que llegar a las 12 del día porque tengo paciente, me acorde de eso, que bueno que la fundación decimos órale si te atendemos, no somos, tratamos de ser neuróticos con los pacientes aunque lo seamos y eso es lo que tratamos de transmitirle a todos, cada paciente, digo cada profesional, cada voluntario que entra a la fundación debe tratarse con calidez porque esa es la gran diferencia de la fundación de hola con quien vives, te voy a atender yo, a lo mejor un día estamos que echamos chispas y bueno hola como estas, pero no dejamos de atender bien, esa es la calidez que tratamos de dar y obviamente con las diferentes personalidades de cada uno, vas a ver Mago es un pan y la necesitamos aquí como tal.

INV. Bueno finalmente algo más que te gustaría agregar

ENT. Pues nada, yo espero que la tesis se pueda hacer como una política para que pudiera restregársela a muchas instituciones gubernamentales y que se lea, finalmente, que no se quede arribada, que le sirva a los demás chavos y chavas profesionistas, pero que les sirva todavía a nuestros profesionales.

INV. Muchas gracias.

NOMBRE: Fidel Pérez Domínguez.

EDAD : 46 años.

ESTADO CIVIL: Soltero.

ESCOLARIDAD : Medicina familiar, Geriátria, Postgrado en artes plásticas.

LUGAR DE TRABAJO: IMSS y voluntario en la FMLS.

PUESTO QUE DESEMPEÑA: Medico.

TIEMPO LABORANDO: 20 años y de voluntario 3 años.

INV. Como es que entras a trabajar con personas con VIH.

ENT. Cuando empieza el problema en el 82 en México, yo estaba terminando la primera especialidad en medicina, el primer caso que tuvimos dentro del seguro social fue a nivel del hospital general de zona 25 en nezahualcoyotl, de hecho no sabíamos de que se trataba, en Estados Unidos apenas empezaba a salir el problema y bueno este caso se remitió a infectología, al banco de sangre de infectología, que posteriormente supimos que se trataba de este problema que mundialmente es conocido como VIH y después tuve la oportunidad de irme a trabajar en E.U.A., un tiempo bueno no a trabajar en realidad sino hacer una especie de investigación y cosas que hago también en relación a medicina y educación ya que trabajaba entonces en la universidad y empecé a trabajar con ONG de salud, aquí realmente nunca tuve el tiempo por varias cosas que termine hasta hace como tres años que un poco por los otros compañeros que trabajan ahí mismo, los otros médicos que necesitaban gente que ya tenían mucho tiempo que me decían que si les podía echar la mano trabajando en VIH, más que nada en aspectos preventivos y en digamos dentro del instituto y dando cursos de capacitación al personal de sensibilización que es lo que más hacía anteriormente porque lo que más he dado también son aspectos sobre sexualidad, sobre educación sexual, es uno de los talleres que desde el 84 tenemos implementado un grupo de gente, en el problema del VIH agregamos hacer eso, dentro del taller de sexualidad, empezar a tratar el tema.

INV. Y entonces como es que entras a la fundación.

ENT. Por la invitación de estos dos compañeros, Angel y Carlos que esta los viernes.

INV. Y en la fundación que actividades son las que realizas.

FNT. Asistenciales, de asistencia médica, ver a los pacientes, reajustarles un poco las dosis de medicamentos, ver los problemas agregados que tienen, darles algún tipo de tratamiento para esto.

INV. Y das cita.

ENT. Si, se maneja exclusivamente con citas, salvo cuando alguno de los pacientes esta mal, entonces llegan indistintamente sin cita.

INV. Y tu das el diagnostico, un primer diagnostico de que tienen VIH.

ENT. Algunas de las gentes, de las personas que llegan a la fundación llegan sin diagnostico, llegan por primera vez, generalmente cuando llegan a la fundación de ante mano ya sospechan ellos que pueden tener un problema, y/o porque quieren realizarse el examen de detección, entonces lo que hago en la primer entrevista es un poco de consejería, revisarlos y ver si pueden o no tener factores de riesgo desde el punto de vista epidemiológico o si tienen desde el punto de vista clínico algún dato que nos haga pensar que puede ser VIH, si nada más son los antecedentes puede uno diferir un poco la cita para después de hacer el examen que solicitan, y los que realmente ya a veces llegan casi gritando que tienen VIH pues ahí se les dice de los tratamientos posibles.

INV. Y en que consisten tus consultas, que actividades realizas.

FNT. Revisar al paciente, la entrevista, ver los aspectos sintomáticos que puedan tener los pacientes y revisarlos desde el punto de vista médico para llegar a algún diagnostico, esto es lo que se hace normalmente con cualquier paciente, ya sea diabético, hipertenso, etc., es una consulta normal, preguntarle al paciente que le pasa y revisarlo, no creo que existan diferencias en cuanto a que revises a un niño por ejemplo con neumonía o con gripa y que revises a un paciente con VIH con un sarcoma, se les tiene que revisar igualmente por eso te decía las otras actividades que he realizado siempre son de educación y parte de la educación y parte de lo que hago en el instituto también por ejemplo son diplomados que tenemos implementados de educación médica aquí, esto lo hemos estado trabajando en función de lo que es la evaluación, que en México no se hace casi evaluación, porque pretendemos o creemos los médicos muchas veces que sabemos todo y yo creo que bueno ni los arquitectos, ni los ingenieros, ni nadie pueden ser muy buenos profesionistas pero quizás en el ámbito de la docencia tengamos muchas carencias y yo creo que uno de los principales problemas que tenemos es precisamente el de evaluar la calidad de la atención en este caso de la atención médica y aquí lo que estamos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tratando de incidir desde hace 4 o 5 años es implementar algunas cosas sobre metodología de la evaluación, entonces hemos estado manejando instrumentos de evaluación, entonces por eso creo que la revisión tiene que ser igual, no hay diferencias a los pacientes los tienes que ver igual.

INV. Aquí también existen casos de VIH.

ENT. Sí, inicialmente el ya trabajar más aquí con respecto a vih en esta clínica que ve pacientes de la de Tepito y hasta hace algunos años estábamos ubicados en Tepito pero por el temblor estuvimos ubicados mucho tiempo en la clínica que atiende toda la población de la zona rosa, que es donde más casos existen de VIH en el distrito federal, entonces nos dimos a la tarea un poco de ver cuantos pacientes teníamos, más o menos para el 90 teníamos con toda la población del área de tepito y el área de toda la zona rosa de la cuahutemoc teníamos aproximadamente como unos 300 casos de pacientes VIH, entonces era una cantidad alta, no se estaban tratando en la unidad, eran pacientes que pertenecían a la clínica pero casi no se atendían en la unidad.

INV. Y aquí atiendes también a los pacientes.

ENT. Sí, los pacientes que se detectan los seguimos manejando aquí.

INV. Bueno tu mencionabas los casos de la zona rosa y tepito, en que población se da más el VIH.

ENT. La población en la que se sigue presentando predominantemente es en los hombres, solteros, entre un promedio de los 25, 35 y 40 años de edad, es la población que sigue siendo más alta con una preferencia sexual homosexual, aunque se ha pretendido por ciertos grupos o por ciertas gentes decir que esto no es cierto, desafortunadamente si se sigue presentando en este grupo, o sea de alguna manera aunque sí ha bajado el número, si, pero principalmente en países donde por ejemplo se ha estado invirtiendo mucho el gasto, ellos tienen más casos ahora en latinos, gente casada, en mujeres, si, a diferencia de lo que pasa todavía en México, si aquí el grupo primordial es el de los hombres.

INV. Bueno y si habláramos en cuestión de mujeres, cual sería el factor de contagio más común.

ENT. Generalmente, las mujeres que tenemos contagiadas en el país son mujeres amas de casa, el mayor número, el número de prostitutas o sexoservidoras que tenemos en el país no es muy alto realmente, esto quiere decir que el factor de transmisión es el esposo, es el esposo o pudiera ser la infidelidad no sé, hace dos años hice un trabajo de investigación donde detecté el problema de disfunción sexual y las gentes de más de 60 años, y lo que encontré de sorpresa porque no me lo esperaba era que las mujeres de este grupo de edad de 60 o más habían tenido hasta 4 parejas

sexuales a diferencia de los varones que tenían de 1 a 2 parejas, entonces habría que ser claro, todos los estudios de sexualidad son exclusivamente para un grupo, entonces lo hice así nada más, pero de alguna manera habría que investigar exactamente como esta la situación de la sexualidad en nuestra población, si realmente la mujer no es infiel como pensamos, obviamente esta habiendo problemas de infidelidad y que sea también esto una de las causas de la transmisión del VIH, pero bueno así ahorita en términos desde el punto de vista de lo que tenemos en realidad se piensa que es a partir del esposo, que el puede tener relaciones extramaritales, que pueden ser homo o heterosexual, o sea las relaciones homosexuales con los esposos son frecuentes.

INV. Son más frecuentes.

ENT. Si son más frecuentes o sea más de lo que uno se pudiera imaginar, y de esto inclusive hay trabajos ya por ejemplo en el área de Veracruz que es un área donde hay mucha bisexualidad entre comillas, se presentan muchos casos o sea de VIH y es muy alta la incidencia de bisexualidad en esta área y yo creo que en el resto del país, yo he trabajado mucho tiempo en el área de Yucatán y también la bisexualidad que se presenta en la población allá es muy alta y es muy permitida, entonces algo que la mujer sabe que existe, sabe que el esposo tiene amantes hombres muchas veces y no le importa, le importa cuando la amante es mujer.

INV. Entonces hablaríamos de factores culturales aquí.

ENT. Si, si los factores culturales son primordiales, del factor cultural que el varón no quiere usar el condón es básico, porque no lo quiere utilizar y tampoco la mujer se lo exige, incluso cuando damos los aspectos de sexualidad les digo a las señoras que como podrían ellas plantearle al esposo que utilizara condón, no saben como lo podrían plantear, si, porque se cuestionaría el hecho de que ellas son fieles o no, no tanto el hecho de que ellos sean fieles o no, les tiran la pedrada al revés ellos.

INV. Bueno y aquí también manejan casos de mujeres.

ENT. Si, de mujeres y de niños.

INV. Bueno y si habláramos de coincidencias en su trayectoria de contagio serían las mismas o muy similares, en las mujeres.

ENT. Por ejemplo en todo esto, el mayor número de contagios que tenemos en México son por relaciones sexuales tanto en hombres como en mujeres, si, el número de casos por transfusión sanguínea a partir del 97 se abatió totalmente cuando aparece la ley de salubridad que regula el tráfico de órganos y en este caso de la sangre, porque la sangre es un órgano, disminuyo mucho,

se siguen presentando esporádicamente pero generalmente es en pacientes o en personas que es necesario estar transfundiéndolas constantemente como paciente hemofílicos, pacientes traumatizados que se les tiene que poner cantidades enormes de sangre, ellos pueden tener un riesgo nada más actualmente pero ya es mucho menor y prácticamente para fines prácticos el mayor número ahora va a ser el de pacientes a través de relaciones sexuales, la transmisión.

INV. Y en tu opinión cual es, en esta fecha se ha aumentado o disminuido el índice de casos de VIH/SIDA.

ENT. Ha ido aumentando paulatinamente, no ha aumentado como inicialmente salubridad lo planteo, salubridad inicialmente cuando empezamos con el problema hace una década, más de una década salubridad todavía tenía un estudio prospectivo de nuevos casos mucho mayor al que hemos tenido, o sea de hecho ha sido menor el número de casos al que realmente esperábamos pero de que son más, si cada vez son más.

INV. Y para atender a las personas con VIH que medidas preventivas toman ustedes.

ENT. O sea que es lo que yo tengo que hacer par atenderlo, de no ser necesario una intervención quirúrgica las medidas son las normales, o sea no se te va, la transmisión no es porque toques a un paciente entonces algo que tengas que hacer como un lavado de una herida, que tengas que hacer una revisión de cavidad, te tienes que colocar guantes pero vuelvo un poquito a lo que te decía antes o sea eso es en cuanto a la competencia del médico o sea esto lo tiene que hacer el médico con pacientes que son seropositivas y con pacientes que no lo son o sea no tiene porque haber diferencias en cuanto a la utilización de lo que se llaman técnicas quirúrgicas, eso es lo que sería en términos generales, que te tienes que lavar las manos antes de revisar a un paciente, que te las tienes que lavar antes de explorar a un paciente y que se tiene que utilizar guantes cada vez que vas a manejar secreciones pero esto es igual en todos los pacientes porque una situación que tenemos es que muchos de los pacientes que atendemos no sabemos que son VIH, entonces se dice que hasta 10 pacientes son desconocidos por cada paciente con SIDA, entonces la población que tenemos de gente que no sabemos ni los médicos, o el personal de salud, ni los propios pacientes saben que están infectados pues ni idea, de hecho quizás puedes tener más precaución con los pacientes que ya sabemos porque ya saben que con los que no, entonces las medidas tienen que ser igual con todos.

INV. Bueno, con respecto aquí al instituto se hacen las pruebas de detección para VIH

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENT. Si, si se hacen a través de medicina preventiva cuando se encuentran factores de riesgo en la población o los pacientes se les solicita, claro es un examen que el paciente tiene que aceptar a hacerse, no podemos mandárselo hacer a escondidas.

INV. Bueno y ya sabiendo que tiene VIH a donde se canaliza.

ENT. Dentro del sociograma que tenemos en el instituto lo derivas al hospital general de zona que le corresponde y dependiendo del estado del paciente o del requerimiento de algunas cosas que se hagan lo puedes derivar al siglo XXI, al Gabriel Mancera o a la Raza, en este caso esta zona le corresponde a la raza.

INV. Entonces aquí no se le brinda la atención a los pacientes.

ENT. Si, o sea se canalizan porque se le tienen que hacer una serie de estudios e iniciarle tratamiento que no se puede iniciar aquí, en cuanto al paciente supuestamente, desde el punto de vista que el paciente ya esta controlado puede y ya esta instalado en su tratamiento puede seguir su control aquí, aunque generalmente no esta pasando eso, generalmente lo que realmente sucede es que todos los hospitales de zona es donde se están quedando los pacientes VIH y es ahí donde los están viendo esto es por una situación administrativa meramente, porque el costo de los exámenes es alto y entonces para no estar haciendo tanto distendió de estas dos cosas se ha preferido que el control sea en los hospitales generales de zona.

INV. Entonces los medicamentos no los otorga el IMSS.

ENT. Si pero en el hospital general de zona.

INV. Además de la atención médica que otra atención se les brinda a los pacientes.

ENT. Esta el módulo de higiene mental que si se requiere se canalizan los pacientes también, es un apoyo psicológico que se les brinda, todas las limitantes que puede tener el módulo que atiende muchísima gente dentro del propio instituto, por las cantidades de gente que ve, pues por el mismo tipo de personal que muchas veces puede o no estar sensibilizado para atender este tipo de pacientes que es otro de los problemas que se tienen y que también toda la población dentro del propio instituto todavía no esta sensibilizada para poder atender a los pacientes.

INV. Bueno y con respecto a eso las actitudes del personal sabiendo ya que tienen VIH como son.

ENT. Por las características de la aparición de la pandemia y por haberse presentado o iniciado en un grupo neotáico o minoritario yo creo que toda la humanidad de alguna manera siempre tenemos cierta cantidad de nivel de xenofobia y esto a condicionado que desde el punto de vista

de los valores de los trabajadores de la salud pongamos nuestros valores antes de la atención y no ha habido una adecuada sensibilización por parte del personal de salud para la atención de los pacientes, esto no nada más es dentro del instituto o sea he tenido que estar en España, en Estados Unidos, de estar en Puerto Rico y en otros países y estar en Venezuela y Colombia y es igual, yo creo que el problema radica en esto, comparándolo quizás con lo que pasaba con la lepra es la misma situación, hasta el momento hablar de lepra en la sociedad es una situación de estigma para la persona que tiene lepra y nadie quiere tocarlas o nadie quiere verlas a pesar de que sabemos que la lepra es un padecimiento que se controla, que hay tratamiento, que no se contagia por tocar a la gente o que se necesita estar viviendo con la persona durante muchísimos años para poderla contraer, a pesar de esto sigue teniendo este problema la lepra y el VIH es la misma situación, entonces es una situación en la que tiene que haber ciertos cambios en la cultura, en los valores de la propia sociedad para poderlos atender.

INV. Bueno y si comparamos esto con la fundación, sería igual.

ENT. No lo que pasa en las ONGS en este caso la fundación o cualquier organización que atiende pacientes VIH la gente que esta en todas estas ONGS esta sensibilizada para la atención, entonces es totalmente diferente, o sea no es el mismo personal que esta en todo el sector salud, entonces la gente que acude aquí a laborar es gente que presta sus servicios, es gente que esta sensibilizada y quiere atender a este tipo de gentes.

INV. Con respecto a el uso del condón, que opinas sobre que la gente use o no el condón.

ENT. Es una situación cultural, es lo que decíamos hace un rato que tanto la cultura influye para las pautas de comportamiento que tenemos los seres humanos, en este caso en la utilización del condón es lo mismo, o sea es entrar en toda la estructura de lo que es el machismo, en lo que es la personalidad del machismo que existe en México y en toda Latinoamérica, no nada más es exclusivo de Latinoamérica, de muchos países en el mundo, entonces eso implica que la gente, el hombre no quiera utilizar el condón y que la mujer no pueda o no tenga la facilidad de poder exigir que se utilice el condón también, y en el caso del condón femenino por el costo que es mucho mayor que tampoco las mujeres lo puedan estar utilizando y además tampoco la colocación no es tan fácil como el condón masculino, entonces estas dos cosas conllevan a que no sea tan fácil que la mujer pueda utilizar condón femenino y el varón piensa que muchas veces a ellos no les va a dar VIH, porque ellos no son homosexuales, o sea piensan que a los únicos que les da VIH es a los hombres que se acuestan con hombres, aunque ellos se estén acostando con

hombres, ellos piensan que al tener esposa ya no van a correr riesgo, piensan que la esposa es un escudo como lo usan como escudo ante la sociedad, entonces esa situación se tendrá que cambiar yo creo que lo más importante tendría que ser que los planes de educación tienen que ir dirigidos hacia los niños y adolescentes para lograr que ellos realmente puedan empezar a utilizar el condón, porque además ahora tenemos el problema de que los adolescentes entre los 14 y 16 años empiezan su vida sexual activa y que bueno muchas veces no utilizan condón, entonces es para dos cosas tanto para evitar ITS como para control de la natalidad, que lo utilizamos en estas situaciones.

INV. Y aquí hay distribución de condones.

ENT. Si es un programa prioritario a nivel nacional no tanto para la prevención de ITS, sino para método de planificación familiar, realmente como esta como tal, aunque lleve los dos fines.

INV. Y quien es el que otorga los condones.

ENT. En todo sector salud salubridad, ISSTE, seguro social, el departamento de planificación familiar.

INV. Vienen de ahí los condones.

ENT. A las jefaturas de planificación familiar que directamente rige salubridad que es el órgano rector ellos distribuyen a cada unidad la cantidad de condones que necesitan.

INV. Al principio de la entrevista tu me decías que trabajas programas de prevención, das platicas de prevención y sexualidad, en estas pláticas que aspectos tocas y a que población va dirigida.

ENT. Se habla, tenemos un taller que es para padres, uno que es para adolescentes y tenemos uno que es directamente para el propio personal, en el caso del de los padres y los adolescentes por el tiempo que ellos pueden acudir nada más en una misma semana por ejemplo les damos aspectos de educación sexual, aspectos de las ETS y dentro de ellas el VIH, y los aspectos de prevención y con respecto a estas a planificación familiar y ahí damos dentro de esto vemos la utilización del condón, entonces se toca prácticamente un poco de todo, es más con el fin de sensibilizar a la gente para que pueda ir a investigar más sobre aspectos de sexualidad, de su propia sexualidad y en el caso de los adolescentes pues vemos que tengan quizás un foro en donde puedan preguntar o cuestionar aspectos o dudas que ellos tengan con relación a todo lo que están viviendo con sus cambios, en cuanto a lo que les esta pasando en su organismo, en cuanto al personal generalmente lo que hacemos siempre son cursos de capacitación en función de que el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

primero es un taller de educación sexual, el segundo es uno de planificación familiar y el otro es uno de ITS y al último hacemos un taller o un curso sobre VIH específicamente.

INV. Y donde se dan los cursos.

ENT. Aquí en la unidad, bueno generalmente, participo en uno que es en el hospital general de zona en la 27, yo ahí he dado más aspectos psicológicos y sociales con respecto al VIH, damos aspectos meramente médicos, en cuanto a tratamiento médico de los pacientes porque este curso está dirigido a médicos, médicos generales de primer y segundo nivel, generalmente los de tercer nivel no acuden a este curso y los otros se dan aquí en la unidad o en otras unidades, clínica 6 en la merced, en la 94 en Aragón, en la 11, en la 16 en Ilatelolco en diferentes unidades depende en este caso por lo general me mandan un mensaje por radio.

INV. Y la gente que participa en estos cursos, como se concentra.

ENT. Generalmente las unidades hacen promoción del curso y la gente que quiere asistir va al curso y cuando es un curso para el personal o sea previamente nada más se inscribe también el personal.

INV. Pero entonces no se dan pláticas cuando la gente llega aquí o pide información.

ENT. No, si se dan porque de hecho uno de los programas que tenemos ahorita para adolescentes es uno de consejería, es permanente tiene poco que se implemento es más orientado a situaciones de prevención de embarazo en adolescentes pero uno de los temas o de los puntos que se tratan o tocan es eso, en este caso quien da más la orientación sería trabajo social, además participa enfermería.

INV. Pero un curso específico sobre VIH.

ENT. Si, pero cuando lo programamos generalmente nada más es dos veces por año y puede ser para población abierta y el otro para el personal.

INV. Tu cuentas con alguna capacitación o cursos sobre VIH.

ENT. Si cuando se forma el grupo de la clínica 27 del hospital general de zona fue cuando estuvimos participando para poder nosotros controlar a los pacientes con VIH fue por ahí del 89 más o menos, y bueno no se acepto que las unidades de medicina familiar manejaran a los pacientes, me estuve capacitando en ese entonces y bueno lo que se logro fue que se hiciera el modulo del hospital general de zona y yo seguí trabajando ahí con ellos, un tiempo claro en cosas de capacitación que he tenido y que han sido cursos monográficos o seminarios a los que participo.

INV. Además de esto el instituto cuenta con programas preventivos o a nivel informativo sobre VIH.

ENT. Si existe información en carteles, en folletos y en algunas cosas que se dan directamente en las salas, generalmente trabajo social da información y si ellas detectan alguna situación específica la canalizan directamente con el médico.

INV. Y tu conoces algunas otras formas de prevención o tratamiento de otros países.

ENT. A nivel mundial exclusivamente es el condón y en algunos otros países la monogamia, pero prácticamente serían los dos o celibato.

INV. Y ustedes no tienen contacto por ejemplo con CONASIDA o demás instituciones.

ENT. Si de hecho se hizo, se hacen reuniones con las ONGS, otras organizaciones y hay diferentes acuerdos, esto es reciente hace algunos años que se está tratando de hacer porque también existe mucho dispendio, en cuanto al esfuerzo y en cuanto a acciones que se duplicarán las acciones, entonces se están tratando de conjuntar las acciones de las diferentes ONGS.

INV. Y que cuestiones se tratan en estas juntas.

ENT. Yo directamente no he ido, no participé, porque o sea todo exclusivamente en la administración para brindar la atención médica que es lo que realmente puedo hacer, las personas que están de administrativos en la fundación son los que ven todo esto, y son formas de obtener recursos para la subsistencia de las organizaciones, el que no se dupliquen ahora ya los mismos esfuerzos, el de coordinar alguna ayuda, el de apoyarse mutuamente para algunas cosas que necesitan como es la papelería o medicamentos a veces que algún paciente necesita y que alguna otra organización lo puede tener y que se hablan y se puede obtener, o ayudar en cuanto a que quieren que vean a un paciente en psicología en tal lugar, que se le consiga una cita con otro médico, o no sé, este tipo de cosas que se realizan, o pláticas, cursos, talleres que también dan las diferentes organizaciones que en general todas están un poco avocada a eso y que lo hacen, o sea directamente yo por ejemplo inclusive en la fundación no participé ni tampoco en talleres que dan extramuros, pero ellos tienen o sea van a fábricas y compañías y todo esto para empezar talleres que puedan dar ellos.

INV. Si tu nada más asistes un solo día.

ENT. Si.

INV. Bueno y en cuanto apoyo emocional para ti has asistido alguna terapia para sacar todas las cosas que te puedan llegar de pacientes con VIH.

ENT. Pues realmente no, lo que sucede es que como tengo otra carrera que es totalmente diferente a la medicina, y que la ejerzo además, yo creo que el tener esta alternativa evita que aumente mucho el estado de angustia muy personalmente, entonces hasta el momento afortunadamente no he tenido la necesidad de tener apoyo psicológico o psiquiátrico para disminuir la cantidad de estrés, creo que lo puedo manejar por la otra alternativa de trabajo.

INV. Bueno y a ti que te ha dejado trabajar con pacientes con VIH.

ENT. Pues te da la oportunidad de conocer un aspecto diferente o un aspecto nuevo de lo que es la medicina, por que el VIH, de hecho vino a transformar muchas cosas dentro del ámbito de la medicina, conjuntamente con eso como soy geriatra, atiendo ancianos, la atención del anciano también es una especialidad muy nueva en México, entonces, prácticamente empecé un poco con las dos al mismo tiempo. Aunque bueno geriatría si lo hice de manera formal, me metí a un curso en el que posteriormente tuve que presentar un trabajo de investigación, con VIH no lo he hecho más que nada por falta de tiempo, meterme a un curso formal y lo que se es de manera informal, lo he hecho de forma autodidáctica y bueno te da la posibilidad de ver un poco mejor a los pacientes que tienes, o sea de manera mas integral y de pensar lo que existe el padecimiento y que no lo dejemos olvidado y pensar que no existe, si pensamos que existe podemos desmitificarlo y me dan la oportunidad ambas cosas la geriatría y el VIH, de ver de manera diferente los aspectos de pérdidas del ser humano, el manejo de todo lo que es pérdidas y de todo lo que serian los aspectos afectivos del ser humano, como influyen en el padecimiento en el aspecto biológico de la enfermedad y que no es adecuado deslindar los aspectos biológicos de los aspectos psicológicos y sociales del individuo, entonces me ha dado la oportunidad de integrar quizás un poco mas el hecho de que mi principal especialidad que es la medicina familiar, lo que pretende es integrar al paciente en función del todo, en función de su aspecto biológico, de su aspecto social y de su aspecto psicológico, dentro de esos tres aspectos que conforman a los seres humanos de integrarlo dentro de su núcleo social que es la familia principalmente, entonces yo creo que desde que hice medicina familiar me ha dado esa connotación, esa posibilidad y en VIH lo reafirmas.

INV. Con respecto a la familia se dan terapias o alguna asistencia.

ENT. Bueno en la fundación si, se le da terapia, generalmente cuando yo veo a un paciente con una enfermedad crónico degenerativa y el VIH de hecho hay que manejarla como esta situación, yo mando llamar a la familia porque lo principal de estas enfermedades son las redes de apoyo,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las redes de apoyo porque en determinado momento todos estos pacientes van a necesitar cierta ayuda o apoyo de la familia, entonces necesitamos los médicos saber cuales son esas redes, con que miembros contamos que realmente nos puedan ayudar a sacar adelante al paciente, quien lo va a llevar a las consultas, quien lo va a llevar a tal lugar, a exámenes, quien va a hacerse cargo de bañarlo, de cambiarlo, de darle de comer, de darle los medicamentos, de estar al pendiente de dichas cosas y además de que se organice la misma familia para que no se cansen, porque todos estos padecimientos llegan a cansar mucho a la familia, llegan a hacerla muy disfuncional, entonces todas estas familias necesitan en mayor o menor medida cierta terapia de apoyo, a veces terapia individual, o sea dependiendo de los casos, pero por lo menos si necesitan terapia de apoyo familiar algunas sesiones que se hacen de terapia de apoyo que se les puede hacer como en mi caso, como tengo la capacitación para hacer terapia familiar, algunas veces la doy.

INV. Y la terapia individual.

ENT. Bueno por mi formación no creo mucho en la terapia individual, entonces lo que más doy es terapia familiar.

INV. Y si ha habido casos de mujeres embarazadas con VIH.

ENT. Si, antes con las mujeres que teníamos embarazadas, lo recuerdo todavía bueno lo que le ofrecimos antes de saber que no salían los bebés infectados, que tenían una posibilidad muy alta de salir normales, se les ofrecía un aborto, ahora ha cambiado mucho el panorama de esto y si la paciente está bajo tratamiento y sabemos que el porcentaje de que el bebé salga sin ser seropositivo hoy en día puede ir de un 60 % más de probabilidades de que salga sin salir infectado, además de que les indicamos que no le den seno materno aumenta las posibilidades de que no se infecte, entonces creo que lo conveniente es respetar la decisión de la paciente, o sea que es lo que ellas realmente quieren, ofrecerle toda la gama de posibilidades que existen, de la posibilidad que el niño nazca bien, pero también de la posibilidad que el niño nazca mal y que al final de cuentas la pareja sea quien decida que es lo que quieren, si quieren que se les ayude para realizarse un aborto o si quieren exclusivamente continuar adelante con el embarazo, de antemano lo que se le indica a toda mujer en edad fértil que eviten el embarazo, porque si bien es cierto que ellas a lo mejor quieren tener un bebé, tenemos que pensar también que si ellas se agravan y fallecen ese bebé se va a quedar huérfano, entonces no es tan simple nada más el hecho de que ellos decidan tener un bebé o no, yo creo que es plantear todas las opciones que existen dentro de esto, de traer al mundo un bebé, que tanto le van a ofrecer a ellos y que tanto no le van

a ofrecer, yo creo que es una situación de ver más la responsabilidad de los padres en traer a este nuevo ser.

INV. Y en el caso de que decidan no tener al bebé, aquí se les practica el aborto.

ENT. No, bueno no se practica como tal, no por el aspecto de que no este autorizado, o sea, como es una situación que pone en peligro la vida de la madre y del niño, que puede no estar infectado, desde el punto de vista médico estaría indicado el aborto, desde el punto de vista del código penal en el DF esta autorizada bajo estas circunstancias, el problema es que se autorice o que exista realmente algún médico o personalmente que quiera realizarlo, entonces muchas veces no se realiza no tanto porque no este autorizado sino por los aspectos de moral del propio personal que no quiere realizarlo, a mí en una ocasión me llevo una paciente que tenia 8 meses, que hasta los 8 meses le entregan el dictamen de que le autorizan el legrado, el aborto, cuando ya no era posible hacerle el aborto entonces llevo muy mona a que le hiciéramos el legrado pero ya no se lo pudimos hacer, al final lo que hicimos es andar peloteando a la paciente para un lado y para el otro para que completara las dos semanas que le faltaban, tenia 38 semanas y nació el bebé y al final es que nadie en México te va a querer hacer realmente, porque ningún médico se va a atrever a sacar al bebé y al momento de sacarlo ahorcarlo o degollarlo, porque es un niño que nace vivo, aquí también es una critica a la estructura de que se les pueda autorizar prontamente el aborto.

INV. Algo más que quieras agregar.

ENT. Pues no.

INV. Pues eso sería todo muchas gracias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NOMBRE : Ismael Díaz Oropeza.

EDAD: 29 años.

ESTADO CIVIL: Soltero.

ESCOLARIDAD: Licenciatura en Psicología y Maestría en Psicología con especialidad en terapia familiar.

LUGAR DE TRABAJO: FMLS.

PUESTO QUE DESEMPEÑA: Coordinador del área de psicología.

TIEMPO DE TRABAJO: 7 años.

INV. Como es que nace la FMLS.

ENT. Bueno la fundación nace en 1987, como una iniciativa de un grupo de personas de varias profesiones de diferentes disciplinas y áreas para poder ayudar a disminuir los efectos que tenía en ese momento la epidemia del VIH/SIDA, en esa época había una cosa muy grave es que no existía una asociación por parte de la sociedad civil que se encargara específicamente de trabajar el tema de VIH, existía solamente CONASIDA por parte del gobierno y algunos otros grupos que se dedican básicamente a atender población homosexual que empezaban a desarrollar programas de SIDA, pero no había uno específico que se encargara de SIDA, por esa razón empieza a surgir la fundación como una idea de no querer hacer labor preventiva sino también asistencial, todo lo que se refiere a brindar pláticas, hacer detección, brindar consultas, sobre todo con una parte muy educativa en esa época.

INV. Aquí como se canalizan los casos de VIH/SIDA.

ENT. Bueno pueden existir varias maneras, una de ellas es que la gente concertó su cita vía telefónica, básicamente la gente puede hablar porque consiguió el teléfono en alguna parte o porque se lo recomendó una persona o bien tenemos que también puede ocurrir que instituciones por ejemplo las canalicen, sucede mucho que los canalizan servicios de apoyo telefónico como saptel, locatel hace mucha canalización, otros organismos como CONASIDA también lo hacen, o vienen referidos de hospitales, como el hospital general, el Juárez, clínicas del IMSS, canalizan y hacen referencia muy variadas instituciones que pueden hacer la canalización o bien la gente habla directamente, te digo por teléfono para hacer sus citas, digo la gente puede conseguir el teléfono de muchas maneras desde casualmente encontrar un folleto de nosotros hasta a lo mejor por televisión, o en radio escuchando algunas cosas

INV. Bueno tu me habías comentado la vez pasada que es una ONG, entonces están patrocinados por organizaciones de otros países.

ENT. Bueno si y no, lo que sucedemos con ONG nosotros hablamos de que es una organización no gubernamental esto implica que es parte de la sociedad civil y realmente quien patrocina por así decirlo pueden ser muchos diferentes organismos, actualmente estamos teniendo contacto con una organización del extranjero que esta haciendo un trabajo muy específico, como la fundación con otras asociaciones pero también tenemos, bueno hemos recibido donativos de otras instituciones tanto gubernamentales como publicas y privadas.

INV. Bueno y que actividades son las que se realizan dentro de la fundación o que servicios brinda la fundación.

ENT. Bueno básicamente los servicios que se hacen son de dos tipos, son dos grandes grupos: uno que son servicios de salud que incluye servicio médico de consulta externa, servicio psicológico que incluye detección, consejería, también incluye a tensión en casa y psicoterapia individual o de grupo, pareja o familia, y también hacemos terapias alternativas como reiki y flores de bach, y también el área social que incluye lo que es capacitación y tienen diferentes programas, también trabajo social y derechos humanos.

INV. En el área de detección ustedes realizan gratuitamente las pruebas.

ENT. La prueba si, realmente la prueba nosotros la prueba de detección anti VIH y algunas ITS, el donativo que se pide de recuperación es de 50 pesos, por eso es un donativo, si la gente no tiene dinero para cubrirlo bueno pues no lo cubre.

INV. Y las demás áreas de trabajo que actividades realizan específicamente.

ENT. Básicamente las actividades de las otras áreas se enfocan a la atención o a prevención por ejemplo en el área médica tienden mucho a trabajar o resolver consultas o más bien cosas de carácter médico pero también se enfoca mucho a educación para la salud, de brindar asesorias en salud que les decimos nosotros, también esta derechos humanos que también es atención y lo que esta en prevención seria más bien capacitación a través de información para sensibilizar e informar y educación también.

INV. Bueno un primer diagnostico aquí quien lo da.

ENT. Bueno el diagnostico puede ser que la gente llegue ya con uno, sobre todo si viene referido de alguna institución, casi siempre la gente llega como muy angustiada, llega la mayoría de las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

veces sin mucha información, entonces básicamente el primer contacto que tiene el paciente es con el área de psicología en ese sentido, nos los canalizan a nosotros porque llegan muy angustiados, llegan con muchas dudas, llegan realmente con un resultado que no es claro para él. O bien puede ser que se haga la prueba con nosotros y así es detectado.

INV. Bueno y a partir de ahí como es que ustedes los psicólogos intervienen.

ENT. Bueno nuestra labor empieza desde antes de que lo detectemos, nosotros tenemos que hacer una entrevista que le llamamos de consejería PRE-prueba y que es todo un modelo basado en la psicología del counseling para poder brindar apoyo emocional, para dar información y ayudar a que la gente tome una decisión informada respecto a la prueba, aquí si se decide tomársela tenga ese apoyo, si después de que la gente se toma la muestra recibe su resultado que lo llamamos de consejería post prueba, nosotros entregamos el resultado, básicamente todo este apoyo gira alrededor de brindar un asesoramiento y una atención emocional, porque la prueba supone pues muchísimas cosas de terapia psicosocial, no, desde cuestiones emocionales, cuestiones legales y bueno esto hace que sea necesario este tipo de apoyo, ya una vez que la gente es detectada como VIH positivo, podemos intervenir también de muchas maneras, trabajando con ellos en psicoterapia individual y de grupo, y sobre todo haciendo referencia o canalización a otras áreas, lo que pretendemos es dar un servicio, una atención integral que cubra diferentes aspectos de la situación.

INV. En psicoterapia individual que aspectos manejan.

ENT. Bueno psicoterapia es muy amplia, realmente nosotros partimos de la necesidad que tenga la misma persona, la metodología puede ser muy diversa dependiendo de en que hemos sido entrenados la gente que estamos aquí, pero básicamente es tratar de Checa cuales son las necesidades que tiene la persona para poder desarrollar sus objetivos terapéuticos, pero se pueden trabajar muchos aspectos en psicoterapia desde la cuestión de aceptación del resultado, la adaptación y el ajuste, hasta como comunicar el resultado a otra personas, apoyar en esta etapa o también referente a los tratamientos que también suponen una carga psicológica importante, lo que son tratamientos podrían ser terapéuticos, esto lo manejamos en psicoterapia.

INV. Y tu específicamente que tipo de corriente utilizas en la terapia.

ENT. Bueno yo podría hablar que trabajo desde una perspectiva de terapia familiar, básicamente utilizo terapia colaborativa entre otras cosas, pero básicamente se guía en terapia colaborativa, terapia narrativa.

INV. Y la psicoterapia grupal.

ENT. Bueno la psicoterapia grupal bueno eso tiene otro propósito, en la psicoterapia grupal lo que pretendemos son fortalecer redes de apoyo social, que la gente aprenda o busque nuevas maneras de relacionarse con los demás y de que ensaye estas formas en un grupo donde sea seguro, y bueno lo que se trabaja mucho en psicoterapia tipo gestalt, hay psicoterapias que se encargan de grupo gestalt.

INV. Y la familia.

ENT. Y la familia bueno, la familia juega un papel importante, pero en VIH/SIDA pasa una cosa que para mí es muy, muy importante, normalmente cuando la gente recibe un resultado, lo que tiende a hacer la mayoría de la gente es guardárselo para sí mismo y tiene mucho miedo de que otros se enteren del resultado incluyendo la familia, realmente existe mucho temor a comunicar el resultado a la gente que es significativa y particularmente a la familia porque existe un temor al rechazo entonces realmente pueden suceder varias cosas, pero lo que pasa normalmente es la familia tarda mucho tiempo en enterarse de ese resultado, se entera cuando ya no hay remedio cuando el paciente ya no puede guardar más el secreto, porque se enfermó, tuvo una salida del hospital, pasó una crisis de salud importante y eso hace que la familia se involucre en el proceso, son raros los pacientes que tienen apoyo de la familia y que la familia lo sabe desde el principio, desde que vino a hacerse la prueba, son los menos estos casos.

INV. Y aquí se les da terapia familiar también.

ENT. también empezamos a abrir el servicio de terapia familiar, si justamente viendo la importancia de trabajar con las familias porque igualmente que los individuos también a las familias les significa un golpe muy importante y muy fuerte sobre todo, les exige un gran ajuste dentro de la dinámica familiar el recibir un resultado de VIH/SIDA en algún miembro de la familia.

INV. Y con que regularidad son las sesiones en terapia.

ENT. Bueno esto varía también dependiendo del marco de trabajo de cada compañero por ejemplo los que trabajan una orientación muy psicodinámica incluso los pueden llegar a ver hasta dos veces por semana, por ejemplo en mi caso puede ser que yo los vea más de una vez a la semana por lo regular casi siempre los veo cada ocho días o cada 15 días, o algunas veces trabajo con la gente cada vez que lo necesiten, a veces tengo pacientes que cuando lo necesitan me

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hablan y trabajamos varias cosas puede ser muy variable, puede ser demasiado variable la cuestión del trabajo dependiendo de las necesidades que la gente tenga.

INV. Con respecto a lo que es la atención, ustedes toman algún curso, diplomado que sea específico para la atención a pacientes con VIH.

ENT. Bueno, nosotros básicamente como nos hemos ido formando es durante la practica, por supuesto que también hemos tomado cursos, el problema es que en nuestra área de psicología, pocas hay respecto a cosas formales respecto al VIH/SIDA, de hecho cursos en las universidades no existen, no existe un diplomado o una maestría que nos enfoque a trabajar específicamente con gente con VIH, básicamente esto lo hemos tenido que aprender nosotros, digo durante muchos años estuvimos buscando un lugar donde pudiéramos estudiar y que la gente nos dijera como tenemos que trabajar, pero finalmente consultamos con muchos expertos de muchas áreas, y lo que nos decían, lo que pasa es que tu eres el experto en VIH, nosotros sabemos mucho de otras cosas pero tu trabajas eso, entonces mejor dejamos de hacerlo y más bien empezamos a complementar nuestra formación con otras cosas.

INV. Como que.

ENT. Por ejemplo en mi caso estudiar la maestría en terapia familiar, empezar a manejar otras herramientas de la terapia de familia, y que estando dentro de esto me di cuenta de que existe un trabajo en VIH/SIDA pero es un trabajo muy pequeño el número de terapeutas familiares que trabajan con VIH/SIDA, son muy contados en México y en general en literatura de terapia familiar hay poco trabajo en SIDA, solamente en los años recientes en la última década es cuando ha habido más trabajos con gente con VIH/SIDA, pero si todavía falta tener más trabajos en SIDA, la gente está más interesada, pero tenemos que empezar a trabajar otras cosas diferentes, tanto hacer cosas de atención, de prevención y sobre todo de investigación, en psicología esa parte es importante.

INV. Me habías dicho que se otorga información a la gente que viene aquí, que tipo de información es esta.

ENT. Bueno eso también depende de las necesidades, porque hay gente que viene por ejemplo a solicitar información para un trabajo escolar, o puede ser porque tiene alguna duda, o tiene alguna inquietud o de plano está angustiado, pero por lo regular, lo que proporcionamos es información básica sobre VIH/SIDA que incluye aspectos de que es el VIH/SIDA, como se transmite, como no se transmite, cuales son bueno en ese sentido las vías de transmisión, como no se transmite,

las etapas de la infección, como se puede hacer para prevenir y por supuesto algunas veces tratamiento, esta información varía según las necesidades, porque puede venir también alguien que tenga ya VIH y quiere saber más de la enfermedad y bueno tenemos que incluso dar información más actualizada respecto a la información de vacunas, de medicamentos nuevos que están saliendo, de medidas terapéuticas.

INV. Y a nivel interno tienen algún programa que ustedes utilizan.

ENT. En cuanto a esa información, si pues básicamente lo que te decía es de uno ya que tenemos armado, que siempre decimos información básica pues eso es lo mismo que son aspectos fundamentales, aunque por supuesto que tenemos que manejar otra información adicional a esa.

INV. Y hablando de información ustedes tienen contacto con otras instituciones que puedan manejar otros programas aquí mismo.

ENT. Bueno, si de hecho nosotros tenemos mucho trabajo con otras instituciones y algunas veces vienen a que los capacitemos nosotros.

INV. Como que instituciones.

ENT. Por ejemplo hemos capacitado muchas, pero de las que puedo recordar ONG'S que trabajan con SIDA, instituciones gubernamentales como sería el DIF, Dirección general de reclusorios, SFP, gente de la Secretaría de salud, muchas instituciones muy variadas.

INV. Bueno, hablabas hace un momento de los medicamentos, aquí también los otorgan.

ENT. Bueno existen medicamentos para donación, esto es medicamentos que no tienen costo para la gente y que pueden proporcionarse en caso de existencia y bueno se les da sin ningún costo, es un banco de medicamentos, el problema es que como es un banco donado, es un banco limitado que solo tiene algunos de los tratamientos que están disponibles en la actualidad.

INV. Y los demás medicamentos los tienen que comprar.

ENT. Si los tienen que comprar o conseguirlos de otra manera, que eso dificulta mucho el tratamiento.

INV. Bueno hablando un poco estadísticamente en que grupo de población se da más el VIH.

ENT. Bueno si hablamos de grupo poblacional, tenemos que empezar a desmenuzar varias cosas, si es por edades, ahorita las estadísticas nos dicen que la mayor parte de los casos se están presentando en el rango de edad de 15 a 34 años, y básicamente la mayoría son hombres, por cada 5 hombres hay una mujer infectada, sigue siendo mayormente los hombres y bueno si hablamos de población tanto rural como urbana, es mayor en las zonas urbanas, pero empieza a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

haber una tendencia muy fuerte hacia la ruralización de la epidemia y bueno en cuanto, que otra característica podría ser relevante, bueno en cuanto a orientaciones sexuales se trabaja mucho que sigue presentándose muy fuertemente en H.S-H, en población bisexual, pero ya viene una heterosexualización tanto en hombres como en mujeres.

INV. O sea sería el bisexualismo, desde tu punto de vista.

ENT. Si, se ha estudiado este fenómeno y parece ser que como puente que ha sido la cuestión entre la población homosexual y la heterosexual, ha sido a través de las relaciones bisexuales, son muy frecuentes en, México.

INV. Y si hablamos de estado civil.

ENT. Yo creo que es difícil hablar de estado civil, pero bueno por ejemplo en mujeres la mayor parte de casos, son mujeres casadas, amas de casa y en hombres no hay una estadística clara, pero la mayoría son hombres solteros.

INV. Bueno y con respecto a las mujeres ustedes han notado diferencias o similitudes en cuanto a la forma en que se infectaron.

ENT. Con mujeres existen muchísimas diferencias, todas las diferencias que podemos ver desde la perspectiva de género, básicamente en cuanto a los medios de transmisión en mujeres son pocas las que se infectan al tener ellas varios compañeros sexuales, más bien se debe a que el compañero sexual es quien le transmite la infección a la mujer y aquí hay muchos problemas porque realmente como esta muy sancionado, hay un estigma social muy importante respecto al VIH, sobre todo al ejercicio de la sexualidad de las mujeres, todo esto hace que se vuelva más complicado para ellas y buscar apoyo e información, entonces normalmente lo que ocurre es que viene la infección del esposo y secundariamente viene la infección de la esposa, aunque también otra vía muy frecuente en mujeres es la vía sanguínea, hasta hace algunos años esta era muy importante, y bueno muchas mujeres pudieron haber contraído el virus de esa manera.

INV. Si hablamos en general de los dos grupos de población tanto en hombres como mujeres, tu conociendo este tipo de trayectorias y demás que opinas de si utilizan o no el condón.

ENT. Bueno creo que la utilización del condón yo creo que esta muy parejo en ambos sexos, realmente existe un uso muy limitado del condón, el uso del condón es muy poco en México, digo los hombres se resisten mucho a usarlo pero también las mujeres, es una desinformación, una falta de conciencia en ese sentido para usar protección.

INV. Bueno y sobre esto que opinión tienes de los factores culturales que inciden en la transmisión del VIH.

ENT. Pues muchísimo, yo creo que son los factores que hemos estudiado, que son los más importantes, aunque generalmente todas estas cuestiones de cultura se reflejan en creencias, en como la familia nos educa entonces estas creencias son heredadas por la familia y bueno por que el propio individuo las tiene y bueno esto esta en el contexto cultural y son decisivos, yo creo que los patrones culturales son decisivos para la prevención del VIH, por ejemplo el caso concreto de México culturalmente nosotros tenemos una sociedad que maneja una doble moral, un doble discurso, por un lado se vuelve muy punitiva, muy coercitivo el aspecto del ejercicio de la sexualidad, pero por el otro lado la comentan mucho, como esta parte, sobre todo en el caso de los hombres donde hay mucha permisividad y no es así para las mujeres y esto habla de un patrón cultural muy importante o lo que hablamos de la bisexualidad o sea por temor a decirlo sobre todo la homosexualidad masculina es muy sancionada en México culturalmente hablando, entonces el hombre tiende por esta cuestión de cultura a ocultarla y manteniendo una bisexualidad, una homosexualidad encubierta esto hace que sea más favorable o más fácil la transmisión, entonces estos patrones culturales son muy importantes desde los mensajes que se envían a la gente respecto a la sexualidad, al uso del cuerpo, a la cuestión del uso del condón, respecto a lo que es en si, en general podemos hablar de todas las creencias culturales en cuanto a salud, y que no existe una cultura preventiva, yo creo que esto también habla de un patrón cultural muy fuerte, que también tiene un peso muy importante, pero yo creo que esta parte de los patrones culturales ha sido una de las menos estudiadas y no de lo pocos con lo que nos sentimos con menos armas para poder cambiarlas, que son las más difíciles de cambiar, porque hemos intentado durante años cambiarlos pero no hemos podido, así que tenemos que trabajar con factores culturales que se reflejan en la interacción de los individuos.

INV. Y bueno si tu trabajaras sobre estos factores culturales que tipo de cuestiones abordarías.

ENT. Yo creo que tiene que ver mucho la cuestión de las creencias en salud, creencias en sexualidad y todo este tipo de cosas, sobre todo trabajar mucho con la parte de los mitos, con la parte de cómo la gente puede aprender a tener una cultura de prevención, ahorita estamos metidos mucho en un proyecto con hombres que tienen sexo con otros hombres, vamos a empezar a trabajar a través de grupos, vamos a empezar sobre todo a hacer un estudio muy descriptivo, porque lo que queremos es tener datos respecto a los patrones sexuales de comportamiento que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

incluyan que están haciendo los hombres, con quien lo están haciendo, en que contexto lo están haciendo y bajo que circunstancias, bueno también esto nos remite a trabajar creencias, actitudes, básicamente para obtener información y saber que está pasando porque también hablar de la cultura es hablar de muchas cosas, también este trabajo de H-S-H que estamos haciendo y dentro de esto también hay una subcultura muy importante hay desde aquellos que se definen abiertamente como homosexuales con una identidad gay, que tienen todo un estilo de vida, ciertos patrones de una subcultura muy propia, hasta otros donde no lo existe, pero sin embargo mantienen contactos sexuales con otros hombres esto también nos habla de una subcultura y queremos empezar a obtener datos y cosas descriptivas.

INV. Si habláramos estadísticamente como has visto desde que se dieron los primeros casos de SIDA hasta la fecha, si ha aumentado o disminuido el contagio.

ENT. No pues ha aumentado definitivamente, si nosotros vemos las estadísticas del 83 que fue descrito el primer caso de manera oficial al año 2000 hay una tendencia creciente al aumento, se habla mucho por las estadísticas que existe una tendencia a la estabilización pero si lo vemos así las estadísticas más recientes eso no es cierto, no existe una tendencia a la estabilización por el contrario se siguen aumentando el número de casos, se sigue disparando, y bueno finalmente las estadísticas no podemos decir que son totalmente confiables aquí, porque existe un importante subregistro, existe bueno sobre todos los casos de VIH no se pueden contabilizar fácilmente, se trabaja en función de los casos de SIDA.

INV. Que opinión tiene tú acerca de las personas con VIH/SIDA.

ENT. Bueno, mi opinión en general por el hecho de tener esta situación no los hace diferentes en el sentido de que siguen siendo personas la única situación es que esto les impone una carga muy fuerte en su vida en general, en su bienestar y todo básicamente una presión de carácter social, a un estigma social porque justamente el hecho de recibir un resultado positivo, va a implicar que la gente va a tener que cargar con un estigma social muy fuerte, esto le puede provocar desajustes o daño psicológico a nivel emocional trastoca muchos aspectos de los individuos y esto básicamente por una cuestión de carácter social, yo creo que la experiencia me ha enseñado que es posible aprender a vivir con VIH, no se pierde ninguna cualidad del ser humano al contrario pueden surgir nuevas alternativas y realmente yo he recibido muchas enseñanzas de parte de la gente, gente que me ha enseñado muchas lecciones de valor de coraje y de querer seguir luchando.

INV. Bueno, tu que trabajas aquí en la fundación al igual que otras personas como ves las actitudes de estas en el trato a pacientes seropositivos.

ENT. Pues son muy diferentes, yo creo que al hablar de actitudes depende en que contexto estemos hablando por ejemplo aquí en la fundación pues la actitud es muy amable, muy cálida, es aceptante porque hay una historia de un trabajo que hacemos desde que la gente entra, de sensibilización, de respeto y finalmente en si la institución mantiene estas actitudes de mucha calidez, de mucho contacto, de trabajar directamente con la gente de persona a persona; si nos trasladamos a otro tipo de contextos como puede ser un hospital hay excepciones diferentes sobre todo porque se tiene otro tipo de pensamiento donde se tiende a ver mucho a los pacientes en general como si fuera una cosa y además existe toda una jerarquía dentro del hospital y existe ya toda una aceptación muy vertical sobre lo que se tiene que hacer y esto coarta mucho las relaciones entre los médicos y los pacientes y además no toda la gente que trabaja en los hospitales esta lo suficientemente sensibilizada respecto a muchas cuestiones no solo a VIH, sino respecto a derechos humanos, a sexualidad o respecto a cuestiones de muerte para poder trabajar bien con la gente.

INV. Con respecto a la muerte, que es lo que trabajan en etapas finales.

ENT. Si, bueno también se hace en los últimos años afortunadamente ha disminuido eso, pero si lo seguimos haciendo todavía básicamente es una intervención psicológica podemos decirlo así, para poder ayudar a que la gente muera en condiciones dignas básicamente eso ya requiere un apoyo tanatológico, aquí también tenemos este apoyo, entonces básicamente es una preparación para que la gente pueda morir dignamente y esto incluye una parte la de morir en condiciones de calidad de vida óptima, a veces cuando la gente esta en estas etapas terminales también el objetivo ser curativos a pesar paliativos y que la gente se cure.

INV. Que relación existe entre usted y los demás profesionales que trabajan aquí.

ENT. Bueno la relación que existe entre nosotros yo creo que a diferencia de otras instituciones, es una relación muy horizontal en el sentido de que intentamos trabajar con mucha colaboración entre nosotros, tenemos comunicación, de tener como muy cercana la cuestión del contacto entre nosotros para poder brindar mejor atención aunque si estamos viendo nosotros que tendemos mucho a trabajar de una manera muy aislada o un poco aislada, lo que queremos es trabajar de una manera más integrada.

INV. Bueno y en cuanto a los médicos que trabajo es el que realizan aquí

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENT. Los médicos únicamente hacen consulta externa, esto es, son consultas evidentemente los revisan, los paciente no se quedan hospitalizados aquí, ellos hacen su trabajo que se vuelve complicado por la cuestión de los medicamentos que no tienen todos los medios para comprarlos, ni nosotros para proporcionarlo, el área médica se enfoca a intentar prevenir y corregir posibles cuestiones de salud, que no requieran de hospitalización.

INV. Algo más que quieras agregar.

ENT. Pues yo creo que tal vez lo que es muy importante hacer énfasis en la labor que pueden tener los profesionales de la psicología en esto, yo creo que podemos hacer muchas cosas, yo creo que es importante que la gente se involucre que se de cuenta lo que los psicólogos podemos hacer, finalmente yo creo que si estudiamos esta carrera estamos en esta área tenemos un compromiso social ya de otro tipo de valores, tenemos como un compromiso social de atender las principales necesidades que se plantean en nuestro entorno social y una de nuestras funciones importantes dentro de nuestro contexto a nivel social en México es el área de salud que no podemos dejar descuidada y en el área de salud hay muchísimas cosas que podemos trabajar salud reproductiva, sexualidad y educación y prevención sexual y en particular SIDA, hay muchas la labor del psicólogo puede ser muy rica aquí, hay mucho que la psicología puede aportar en este trabajo, lo que si es importante es seguir interesándose.

INV. Gracias.