



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PREVENCIÓN DEL VIH EN COMUNIDADES INDÍGENAS DE LA  
SIERRA NORTE DE PUEBLA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ABRAHAM ERNESTO RENDÓN SALAZAR

DIRECTORA DE LA TESINA:

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN



Ciudad Universitaria, D.F.

2013.



Ofrenda para la abundancia a San Miguel Arcángel (Atlequizayan, Puebla).  
Fotografía: Abraham Ernesto Rendón Salazar. Acervo personal.

### *A mi madre*

Por estar en todos los momentos importantes de mi vida, por haber inculcado en mí el hábito del estudio y haber fomentado la perseverancia y la constancia, pero más que nada, por el amor con el que siempre me ha aconsejado.

### *A mi padre*

Por ayudarme a entender que las limitaciones no las impone el medio sino el miedo que existe en cada persona.

### *A mi tío Arturo*

Por apoyarme en los instantes en que todo se veía perdido, por regalarme su amistad y confianza, por ser un hermano mayor.

### *A Claudia*

Por haberme impulsado en mis estudios, por estar a mi lado y darme un hermoso regalo.

### *A Ibrahim y Aurora*

Por ser la fuente de energía del día a día.

### *A Rafa y Lety*

Por impulsar mi formación profesional, por su tiempo compartido y por apoyarme en todo momento.

### *A la UNAM y su Facultad de Psicología*

Por formarme personal y profesionalmente.

### *Patkasini Kij Xtakuchu*

*A todas las personas que me han brindado su compañía, su amistad y sus conocimientos.*

# Índice

<b>Resumen</b>	i
<b>Abstract</b>	ii
<b>Xalakaskinka</b>	iii
<b>Introducción</b>	1
<b>Capítulo 1</b>	
1.1 El VIH: aspectos generales	
1.1.1 Información básica	5
1.1.2 Epidemiología del VIH	6
1.2 Aspectos biológicos del VIH	7
1.1.2 ¿Cómo apareció el virus en el humano?	7
1.2.2 Descripción del Virus	8
1.3 El VIH: aspectos sociales	
1.3.1 Los primeros casos en el mundo	12
1.3.2 Los primeros casos en México	16
1.3.3 Representaciones sociales contemporáneas del VIH en México	18
1.3.4 Factores de vulnerabilidad para la infección por VIH	21
1.3.5 Cuatro ejemplos para comprender la vulnerabilidad	24
1.4 Aspectos psicológicos del VIH	28
1.4.1 Factores psicológicos relacionados a la infección por VIH	28
1.4.2 Diagnóstico y tratamiento psicológico ante el VIH	32
<b>Capítulo 2</b>	
2.1 Delimitación del contexto indígena de la Sierra Norte de Puebla	
2.1.1 Del porqué del uso indígena	36
2.1.2 Definición operacional de la población indígena en México	38
2.1.3 Las lenguas y la población indígena en México	39
2.1.4 Situación general de la población indígena en México	41
2.1.5 La población indígena de la Sierra Norte de Puebla	47
2.2. El VIH en la población indígena de la Sierra Norte de Puebla	
2.2.1 El VIH en la población indígena de México	52
2.2.2 Epidemiología del VIH en la Sierra Norte de Puebla	55
2.2.3 Representaciones sociales del VIH en la Sierra Norte de Puebla	56
2.2.4 Correlatos de vulnerabilidad ante el VIH en la Sierra Norte de puebla	59

2.2.4.1	Violencia de Género en la Sierra Norte de Puebla	61
2.2.4.2	Pobreza y migración en la Sierra Norte de Puebla	68
2.2.4.3	Configuración de la vulnerabilidad en la Sierra Norte de Puebla	75

### **Capítulo 3**

3.1	Prevención del VIH en comunidades indígenas de la Sierra Norte de Puebla	
3.1.1	Justificación	78
3.1.2	Objetivos	79
3.1.3	Participantes	80
3.1.4	Escenario	83
3.1.5	Acciones propuestas	84
3.1.6	Producto propuesto	85
3.1.7	Criterios de evaluación	86

### **Capítulo 4**

4.1	Alcances y limitaciones	89
-----	-------------------------	----

	<b>Referencias</b>	92
--	--------------------	----

	<b>Anexo</b>	114
--	--------------	-----



# Resumen

El presente trabajo desarrolla un panorama general sobre la epidemia del VIH: describe la aparición, epidemiología y ciclo vital del virus; muestra las representaciones sociales acerca de la epidemia y las personas afectadas; señala los factores de vulnerabilidad en diversos contextos socioculturales; y presenta los factores psicológicos relacionados con la infección por VIH. Posteriormente configura los correlatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de la Sierra Norte de Puebla a partir de la descripción de tres factores: Violencia de Género, Pobreza y Migración. Con dicha información esboza una propuesta para la construcción de entornos favorables para la prevención del VIH, que incluye la ejecución de talleres de sensibilización para la deconstrucción de roles estereotipados de género y la capacitación de terapeutas tradicionales como promotores para la prevención del virus. Finaliza describiendo los principales alcances y brinda alternativas para disminuir las dificultades para la buena ejecución de la propuesta.

**Palabras clave:** VIH, sida, prevención, Indígena, Nahua, Tutunakú.

# Abstract

This paper develops an overview of HIV's epidemic: describes the occurrence, epidemiology and viral life cycle; describes the HIV's social representations; describes the vulnerability in various sociocultural contexts; presents the psychological factors associated with HIV infection. Then, it configures the correlates of vulnerability in indigenous communities in the Sierra Norte de Puebla from the description of three factors: Gender Violence, Poverty and Migration. With this information outlines a proposal to build enabling environments for HIV prevention, including the implementation of sensitization workshops for deconstruction of stereotyped gender roles, and training of traditional therapist as promoters for HIV prevention. Ends describing the main scope of this work and provides alternatives to reduce the difficulties for the smooth implementation of the proposal.

**Keywords:** HIV, AIDS, prevention, Mexican indigenous, Nahua language, Totonac language.



# Xalakaskinka

Wa xa tatsoni taxkujut masiyuy wa tajatat wanikan tz'í luwa (VIH). Wa lantla tasiyuy chu lantlantla xtayat, na chuna masiyuy lantla lilkapasaow anta iynu pulatamat, chu na lichiwinan lantla chin iyma tajatat anta kachikinín tani tanu takatsin katsekokan. Pulaktutu xatlan chin: Wa lantla anan xa tasitsin xla latamanin, xa talimaxken chu xla kan taxtuyaow kin kachikinkan chu anaow a lakatanu pulatamat. Wa iyma tamakatsin wan lantla kin kuenta na kin katlawakanan xpalakata nin kin chipayan iyma tz'í tz'í luwa (VIH). Maxiyuy lantla ki na liskujaow, lantla na la makatsiniyaow, xa limaxtum latamanin lakpuskatna chu chixkuwin, xpalakata na malkachokoyaow wa tz'í tz'í luwa (VIH). Na na masinikokan wa makuchinanin xal kachikinín xlapakata na lichiwinkoy lantlan limaxtum na malkachokoyaow iyma tajatat. Wa iyma tatsoni limakasputuy xta chiwin lantla kin na talatlawayao iyma tz'í tz'í luwa (VIH). Xa talaksani tachiwin: Tz'í tz'í luwa (VIH), SIDA, Malkachokot, Tanu takatzin, Tanu latamat, Nahua, Tutunakú

**Tachiwin xlakaskinka: Tz'í tz'í luwa, sida, malkachokoyaow, tanu takatsin katsekoy, Nahua, Tutunakú.**



# Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es, desde las diversas disciplinas científicas, el ente patológico y fenómeno de salud pública mejor estudiado en las últimas décadas. El cumulo de información es tan amplio que, desde una postura personal, es difícil comprender la falta de investigaciones que permitan configurar los correlatos de vulnerabilidad ante la infección por VIH en comunidades indígenas de la República Mexicana; lo que trae por consecuencia la falta de estrategias para la prevención del virus en estas poblaciones. De esta forma, y buscando dar una contribución, el presente trabajo realiza una revisión de literatura especializada –en su gran mayoría– sobre los factores que configuran la vulnerabilidad en un contexto indígena específico: la Sierra Norte de Puebla, para así presentar una propuesta práctica para la prevención de la epidemia con personas hablantes de Nahua y Tutunakú.

La presente Tesina, redactada siguiendo el estilo propuesto por la *American Psychological Association* (2010), se compone de cuatro grandes apartados. El primer capítulo brinda un panorama integral del VIH, se presenta información sobre las teorías de como apareció este virus en los seres humanos, sus formas de transmisión, las formas en que se reproduce dentro del ser humano, y las consecuencias sociales que este virus ocasionó desde la detección de los primeros casos. Esta sección pone énfasis en tres aspectos importantes: a) las representaciones sociales iniciales y contemporáneas del VIH, b) los factores de vulnerabilidad, y c) los aspectos psicológicos relacionados a la infección por este virus.

En el segundo capítulo delimita la región indígena a la que hace referencia este trabajo: la Sierra Norte de Puebla. Se describe por qué se utiliza el término indígena sobre otros conceptos que se utilizan en diversos discursos políticos y académicos, y se hace una descripción general sobre la población indígena y su

situación en México, creando así un contexto general que permite delimitar las características de la población indígena a la que pretende impactar la presente propuesta: Nahuas y Tutunakús de la Sierra Norte de Puebla. Posteriormente, en este mismo apartado, se describen las pocas investigaciones acerca de la vulnerabilidad de las poblaciones indígenas ante el VIH, y se hace referencia a los pocos casos detectados en la región a la que se hace referencia.

En este mismo capítulo se habla sobre las representaciones sociales del VIH en la población Nahua y Tutunakú de la Sierra Norte de Puebla, se describe que dicha población se ve ajena al virus al considerarlo como un problema de las ciudades o de las personas que han dejado de lado sus tradiciones. Asimismo se describen las coincidencias sintomatológicas del proceso VIH-sida y los Síndromes de Filiación Cultural existentes en la región como un factor que posibilita la invisibilización de casos en esta zona indígena. Finalmente, en este capítulo, se describen dos factores que configuran la vulnerabilidad ante el VIH en esta región indígena: a) Violencia de Género, y b) Pobreza y Migración de la población Nahua y Tutunakú.

El tercer capítulo presenta una propuesta para la prevención del VIH en la Sierra Norte de Puebla. Aquí se hace referencia al trabajo para la deconstrucción de los roles estereotipados de Género mediante talleres de sensibilización, y de la misma forma se desarrolla un taller específico para la capacitación de las y los terapeutas tradicionales de la región. De esta forma, la propuesta pretende que hombres y mujeres indígenas de la Sierra Norte de Puebla puedan construir entornos favorables para la prevención del VIH en sus comunidades.

En el cuarto capítulo se dan sugerencias para disminuir las posibles limitaciones para desarrollar el presente trabajo, de esta forma se describen los alcances de la propuesta si se ejecuta de buena manera: a) eliminará la creencia de que el VIH es sólo una enfermedad de los de afuera, o de aquellos que rompen las tradiciones; b) se evitará confundir el VIH con otros síndromes de filiación cultural, por lo que se podrán detectar y tratar de manera integral a las personas con el virus; c) se deconstruirán diversas premisas histórico-socio-culturales en las que

sustenta la violencia de género que aún se ejecuta en la Sierra Norte de Puebla;  
d) se deconstruirán premisas que permiten el ejercicio de la infidelidad masculina;  
e) se capacitará a promotores y promotoras comunitarios que puedan ejecutar prácticas para la prevención del VIH en su lengua materna sin dejar de lado la cosmovisión del proceso salud/enfermedad que prevalece en la comunidad.

Finalmente, es importante mencionar que en éste trabajo no se realiza alguna propuesta que busque disminuir la pobreza. Si bien se ha documentado que las “microfinanzas para las familias más pobres” aparejadas con otros procesos de formación permiten disminuir factores que configuran la vulnerabilidad ante el VIH (Dunford, 2002), el que sustenta este trabajo carece de los conocimientos necesarios para diseñar alternativas para este fenómeno, por lo cual, y siguiendo el “Código ético del psicólogo” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) se evitan brindar directrices de trabajo que pudiesen, en algún momento, ser poco benéficas para la población.

# CAPÍTULO 1



Ama al prójimo como a ti mismo. II Marcha nacional por el respeto a las diversidades (Tabasco, México).

Fotografía: Abraham Ernesto Rendón Salazar. Acervo personal (2011)

## **1.1.EL VIH: aspectos generales**

### **1.1.1 Información básica**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el virus que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), dicho virus tiene la particularidad de atacar y destruir en forma progresiva al sistema inmunológico, cuya función es defender al organismo de gérmenes y elementos potencialmente dañinos para la salud. El sida<sup>1</sup>, en contraparte, es la designación médica para una serie de síntomas, infecciones oportunistas y marcadores de laboratorio que indican que la infección por VIH se encuentra en estado avanzado y su sistema inmunitario está afectado. A medida que las funciones inmunitarias comienzan a empeorar, el cuerpo se vuelve más propenso a padecer ciertas infecciones oportunistas, denominadas de esta forma debido a que pueden producir enfermedades como resultado del debilitamiento del sistema inmunitario (Irwin, Millen & Fallows, 2004).

A principios de la epidemia se especulaba que sólo ciertos sectores de la humanidad eran los afectados. Hoy se sabe que niños, niñas, mujeres y hombres, ya sean homosexuales, bisexuales u heterosexuales, africanas, asiáticas o americanas, pueden ser portadoras del VIH y, por ende, llegar a la etapa de sida de no ser detectadas a tiempo.

De la misma forma, en dicha época, se crearon diversos mitos acerca de la transmisión del virus: cómo que el virus se podía transmitir por compartir los alimentos con una persona enferma de sida. En la actualidad, de acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, UNESCO (por sus siglas en ingles), y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para las Mujer, UNIFEM (por sus siglas en inglés; 2007), hoy día se reconocen sólo tres formas de transmisión del VIH: a) vía sexual, que incluye todas las prácticas sexuales que

---

<sup>1</sup> De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2006), después de la primera fase de la epidemia en la que se escribe SIDA como acrónimo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, las siglas SIDA se han ido incorporando al léxico común de la lengua vernácula, por lo que se debe escribir con minúsculas de acuerdo a la Real Academia Española.

incluyen penetración sin uso de preservativo, por lo que se pone el cuerpo en contacto directo con semen, líquido pre-eyaculatorio, sangre y fluidos vaginales; b) vía sanguínea, que incluye transfusiones de sangre, y otros productos derivados de la misma, que no ha sido analizada, así como por compartir objetos que pueden picar o cortar; y c) vía perinatal, que es cuando la madre tiene el virus en su cuerpo y lo transmite a su hijo o hija antes durante o después del parto.

En México se han realizado grandes esfuerzos por tamizar toda la sangre que se utiliza en el sector médico (Volkow, Soberón & Marín, 2008), así como esfuerzos por prevenir la transmisión perinatal (Uribe, Ortiz & Hernández, 2008), empero, se debe reconocer que aún se encuentran casos de personas adultas con VIH infectadas por sangre contaminada, y niños infectados durante su lactancia. Es importante mencionar que de acuerdo al Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA CENSIDA (2012) la mayor forma de transmisión del virus es el contacto sexual sin protección, siendo el 93.8% de las infecciones acumuladas en México desde 1984.

Por lo anterior, la mejor forma de prevenir nuevas infecciones es mediante el uso correcto del condón durante todos los encuentros sexuales (UNESCO, 2005), además de evitar compartir instrumentos que permitan intercambiar los fluidos antes mencionados.

### **1.1.2 Epidemiología del VIH**

Más de 34 millones de personas en el mundo han contraído el VIH, de las cuales 1.4 millones se encuentran distribuidas en los diversos países de América Latina (UNAIDS [Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, ONUSIDA en español], 2010). En México se estima que se han detectado cerca de 157,529 personas de entre 15 y 49 años con VIH, pero esta cifra se puede elevar a



213,363 casos si se considera el posible subregistro y retraso de notificación que llega a existir frente a este problema de salud (CENSIDA, 2012).

Dichas cifras colocan a México en una prevalencia relativamente baja (0.3%) si se compara con otros países de la región, observando que la epidemia se encuentra concentrada principalmente en hombres, en especial los que tienen sexo con otros hombres (HSH); situación que se ha reportado desde hace más de media década (Magis & Hernández, 2008). Los estados que tienen mayor prevalencia de VIH son, de forma descendente, el Distrito Federal, México, Veracruz, Jalisco y Puebla (CENSIDA, 2012).

## **1. 2 Aspectos biológicos del VIH**

### **1.2.1 ¿Cómo apareció el virus en el humano?**

Los diversos trabajos que abordan el origen y evolución del Virus de Inmunodeficiencia Humana<sup>2</sup> permiten afirmar que es uno de los entes biológicos mejor estudiados en el mundo; aunque lo anterior no implica que se tengan respuestas satisfactorias para todas las preguntas que aún sigue despertando este virus.

Velazco y Lazcano (2008), al realizar una revisión desde diversas ópticas del origen y la evolución del VIH, describen que *“el hecho de que un gran número de vertebrados sean infectados por este tipo de virus abre de inmediato la posibilidad de buscar en ellos el origen del VIH, estamos seguros brincó a nuestra especie a partir de otros primates”* (p. 123). Esta explicación, denominada de origen zoonótico, mantiene la hipótesis que el virus de inmunodeficiencia de simios (VIS)

---

<sup>2</sup> Actualmente como forma de hablar del Virus de Inmunodeficiencia Humana se utiliza el acrónimo VIH, no obstante se debe mencionar que existen dos agentes etiológicos del SIDA, los cuales son genética y antígenicamente similares y se han etiquetados como VIH-1 (descrito en 1983) y VIH-2 (Aislado en 1986). El primero es considerado como el responsable de la pandemia (epidemia a nivel mundial), mientras que el segundo es considerado como endémico (exclusivo de un determinado territorio) del África Oriental y se ha considerado como raro fuera de dicha región (Valadez-González & Soler-Claudín, 1995).

brinco a los seres humanos gracias a la cercana convivencia entre el hombre y los animales, incluyendo el contacto con sangre y otros tejidos comestibles contaminados. Lo anterior se sustenta por diversas evidencias, como por ejemplo: a) las similitudes en los genomas virales entre el VIH y los VIS, y b) las relaciones filogenéticas entre el VIH y algunos tipos de VIS. A lo anterior Ponce y Lazcano (2008) describen que *“en retrospectiva, no debería sorprendernos. La cercanía biológica que tenemos con otros primates y con los grandes simios permite que los patógenos celulares o virales puedan saltar barreras taxonómicas que, ahora sabemos, son más transparentes de lo que creíamos”* (p. 18).

### **1.2.2 Descripción del Virus**

Desde que se describió que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), *“el conocimiento de los detalles moleculares, bioquímicos, biológicos y estructurales de todos los aspectos de su ciclo de replicación se ha acumulado a una velocidad impresionante, hasta hacer el VIH uno de los patógenos mejor conocido en la historia”* (Ávila & Reyes, 2008 p. 135).

Para comprender como se replica el virus, es importante tener en cuenta que el VIH es un retrovirus que tiene la capacidad de reproducirse dentro de una célula que funciona como anfitriona, esto sucede gracias a la estructura del virus y su relación bioquímica que mantiene con la célula hospedera (Ruiz, 2009) mediante un proceso que incluye diferentes etapas, que se resumen de la siguiente manera (ver figura 1; AIDSInfo, 2005):

1. La entrada del virus a las células: dónde el virus se unen con el receptor CD4, presente en los linfocitos ThCD4+, macrófagos y alguna otra célula;
2. Los eventos tempranos después de la fusión del virus: los cuales incluyen el llamado complejo de retrotranscripción y la descapsidación;

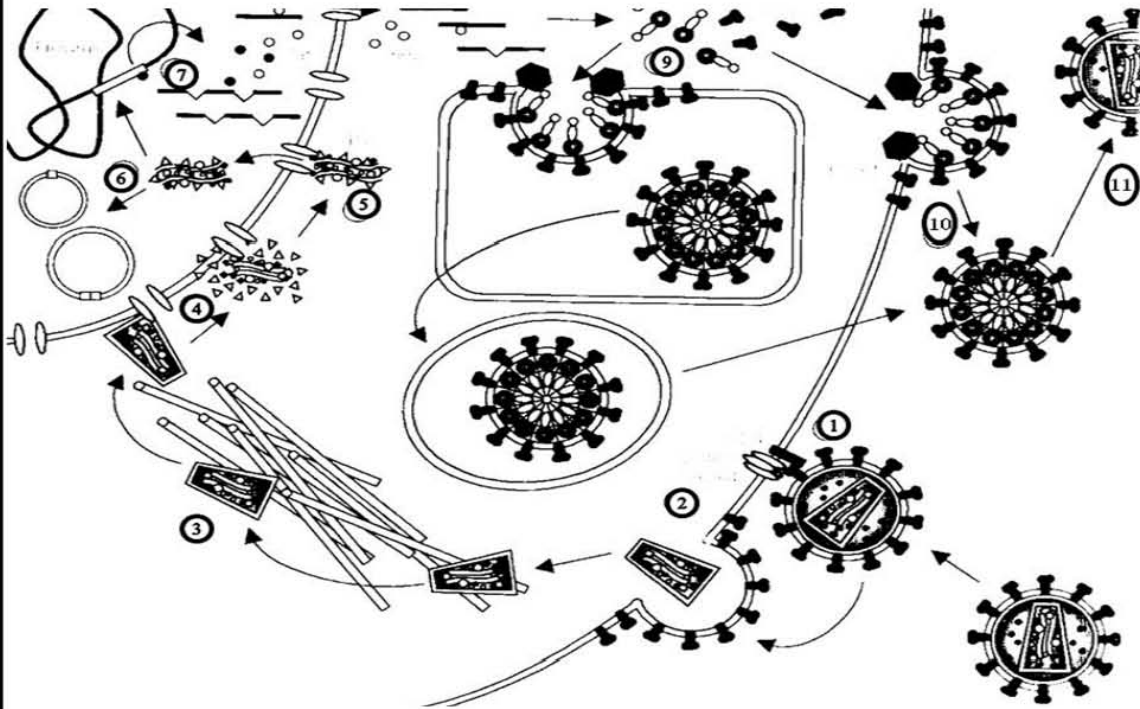
3. La integración: donde el ADN del virus se integra en la célula del ser afectado para así establecer una infección productiva;
4. La transcripción del genoma viral: donde se crean varias copias del virus; y
5. La salida del Virus de las células.

Así mismo se debe tomar en cuenta que la historia natural de la infección por VIH es un largo enfrentamiento entre dos poderosos enemigos, por un lado el virus, y por el otro al sistema inmunitario humano. Durante éste encuentro se pueden observar tres etapas importantes: a) fase precoz o aguda, b) fase intermedia o crónica, y c) fase final o de crisis (Pérez, Cayón & Esquitino, 2003).

La primera etapa inicia a partir del contagio del virus y su diseminación rápida por el organismo, afectando diversos organismos. A las dos-seis semanas se observa una carga viral muy alta en la mayoría de las personas afectadas, encontrándose infectados una gran proporción de células con el receptor CD4: como los linfocitos T, monocitos, macrófagos, células B, células natural killer (NK), células dendríticas (foliculares, langerhans), células endoteliales y células de microglia; células que conforman predominantemente al sistema inmunitario (Rivera & Salas, 2008); a las cuatro-doce semanas –periodo conocido coloquialmente como periodo ventana–aparecen diferentes respuestas inmunes específicas, principalmente la respuesta clonal de linfocitos CD8+ que precede a la aparición de anticuerpos neutralizantes, con lo que se induce una disminución importante de la viremia (Hernández & Corral, 2003).

Durante la etapa intermedia persiste una elevada actividad replicativa viral que es contrarrestada por la impresionante regeneración de los linfocitos CD4+, donde la persona es asintomática. La mayoría de los pacientes progresan a SIDA a partir de los cinco años de la infección y son denominados progresores típicos; un 5% de las personas afectadas desarrollan la enfermedad entre uno y cinco años después de la infección, denominándose progresores rápidos; un porcentaje similar son denominados no progresores, pues mantienen asintomáticos después de 10 años sin consumir algún tratamiento (Pérez et al., 2003).

**Figura 1. Ciclo de reproducción del VIH**



**Figura 1.** "1) Al unirse gp 120 a CD4, receptor del VIH en células del hospedero, ocurren cambios conformacionales en gp 120 que exponen los dominios de unión al coreceptor en gp 120. Los receptores de quimiocinas CCR5 y CXCR4 funcionan como los principales coreceptores. 2) La unión del coreceptor causa otro cambio conformacional que expone el dominio de fusión en gp41, a través del cual se unen las membranas celular y viral, permitiendo la entrada del virus a la célula. 3) La cápside viaja a través de microtúbulos para anclarse en el poro nuclear. 4) Al ocurrir la transcripción inversa del genoma viral y formarse el ala central de ADN, ocurre la descapsidación y se forma el complejo de preintegración (PIC), incluyendo a MA, RT, IN y Vpr. 5) El PIC es transportado al interior del núcleo gracias a señales de localización nuclear en MA, IN, y Vpr. 6) Una vez en el núcleo, el ADN viral puede integrarse en la cromatina de la célula por la actividad de la integrasa. Alternativamente, el ADN viral puede permanecer en forma episomal como círculos de dos LTR, y formas circulares rearmadas. Estas formas episomales no generan infecciones productivas. 7) Una vez integrado, el genoma viral es transcrito, produciéndose ARN con múltiples eventos de corte y empalme (splicing) en etapas tempranas. Estos ARN tempranos originan a las proteínas reguladoras Tat, Rev y Nef. Tat funciona como transactivador de la transcripción de los genes virales, permitiendo la formación de transcritos largos. En etapas tardías de la transcripción se forman ARN con uno o sin ningún evento de corte y empalme, los cuales originan a las proteínas estructurales Env, Pol y Env así como a las proteínas accesorias Vif, Vpr y Vpu. 8) Los ARN tardíos son transportados al citoplasma por Rev, evitando así los eventos de corte y empalme. 9) Los precursores de las proteínas estructurales y los genomas virales se ensamblan en balsas lipídicas en membranas de endosomas tardíos o en la membrana plasmática. MA se dirige a las membranas por su característica miristilación. 10) Para la salida de nuevos viriones de la célula, el virus usurpa a los sistemas ESCRT, ordenadores del tránsito intracelular de vesículas. Gracias a interacciones con proteínas celulares ESCRT y a la contribución de la proteína viral Vpu, los nuevos viriones pueden gemar hacia el exterior a partir de la membrana plasmática o gemar hacia el lumen de cuerpos multivesiculares (MVB), para después ser liberados por fusión de estas vesículas con la membrana plasmática. 11) Los nuevos viriones deben madurar para ser infecciosos. La proteasa viral lleva a cabo este proceso cortando las poliproteínas Gag y Gag-Pol, para generar proteínas maduras" (Ávila & Reyes, 2008:140).

En la etapa final "se produce un incremento de la actividad replicativa del virus. Es probable que el sistema inmunológico sea ya incapaz de reponer los linfocitos

*CD4+* destruidos y, por lo tanto, que su capacidad para limitar la multiplicación del VIH se reduzca progresivamente” (Pérez et al., 2003 p. 90). Clínicamente, las personas afectadas suelen presentar una grave alteración en el estado general –por ejemplo diarrea prolongada y mala absorción crónica (Calderón, 2002) –, así como infecciones oportunistas –infecciones que en una persona sana producen, si acaso, una enfermedad que no pone en peligro la vida, pero si se hospedan en una persona con el sistema inmune debilitado causan enfermedades graves– (Ruiz, 2009), determinadas neoplasias y ciertos trastornos neurológicos.

Si bien el VIH es un retrovirus que progresa diferenciadamente en las personas antes de llegar al síndrome de inmunodeficiencia humana, dichas diferencias pueden ser causadas por las diferencias anatómicas y fisiológicas que existen entre hombres y mujeres, así como entre grupos étnicos (Wichukchinda et al., 2010). No obstante que esta hipótesis se encuentra en debate por la poca aportación empírica –principalmente por problemas de método– y los resultados discrepantes (Collazos, Asensi & Cartón, 2007), se debe reconocer que estas diferencias tienen efecto en la etapa inicial de la infección; por ejemplo, se ha observado que existe un mayor riesgo de infección hombre-mujer en comparación a la infección mujer-hombre, lo que se explica a partir de la mayor superficie de la mucosa vaginal y por la mayor concentración de partículas virales en el semen comparado con el fluido vaginal (Chersich & Rees, 2008).

Lo anterior podría explicar el actual incremento de mujeres infectadas por VIH, sin embargo se debe considerar que este padecimiento no es un fenómeno biológico aislado, sino que está interrelacionado con aspectos sociales y culturales que inciden en cómo el sujeto asimilará el padecimiento (Sevilla & Álvarez, 2002).

### 1.3. El VIH: aspectos sociales

#### 1.3.1 Los primeros casos en el mundo

Desde una perspectiva clínica, las primeras personas con sida se detectaron cuando se documentaron *“los primeros casos de pacientes con inmunosupresión grave manifestada por la incurrancia de neumonía por Pneumocystis Carinii..., [que] fueron registrados en los EUA en 1981 y se reconoció como situación clínica insólita al presentarse en hombres jóvenes sin factores de riesgo evidentes para entonces”* (Ponce & Lazcano, 2008 p. 18). Este tipo de neumonía, que usualmente afectaba a personas con cáncer y receptores de trasplante, ahora aparecía en personas que habían gozado de una excelente salud pero que, además de tener el sistema inmunológico severamente deprimido, mantenían la característica de ser hombres jóvenes homosexuales, situación que provocaba una pregunta: ¿qué sucedía para que esta infección se propague en la comunidad homosexual a pesar de su falta de contagio conocida? (Rozenbaum, Seux & Kouchner, 1985).

Lo anterior mantenía las expectativas médicas en constante desconcierto, sobre todo por el creciente número de casos detectados en menos de 12 meses, y tal y como señala Mejía (1988):

Como es lógico; si no sabían absolutamente nada acerca de la enfermedad y no sabían más que los pacientes: su edad, su sexo y su preferencia sexual. Estaban, y así lo reconocían, frente a una enfermedad nueva de la cual desconocían todo... no obstante... los médicos no se iban a quedar con los brazos cruzados: si la enfermedad era indescifrable, sus víctimas no lo eran: eran homosexuales, dato más que suficiente para establecer el diagnóstico implacable...: Inmunodeficiencia Relacionada a la Homosexualidad (pp. 18-19).

Esta información poco tardó en ser vertida al público no profesional mediante comunicados en publicaciones de circulación diaria, y de influencia internacional, mediante textos con títulos como “Cáncer raro observado en homosexuales” (Grmek, 1990/2004).

Ante esta enfermedad, los científicos buscaban explicaciones a partir de los elementos con los que se contaban, se formularon varias hipótesis intentando responder diversos cuestionamientos –que se podrían sintetizar bajo la pregunta ¿cuál es la causa por la que esta enfermedad golpea a la comunidad gay?– pensando que algo debía ocurrir en el seno del grupo homosexual que favorecía la aparición de esta enfermedad. Entre las hipótesis más discutidas se encontraban dos que apuntaban a ser las más plausibles: a) la enfermedad se debía a un producto tóxico que provocaba la inmunodepresión, fijándose la atención sobre el nitrito de amilo, los famosos “poppers”, y en las pomadas a base de corticoides; b) la del esperma inmunodepresor (Rozenbaum et al., 1985). Sin embargo, parafraseando a Grmek (1990/2004), los hechos desmentirían estas hipótesis pocos años después; no obstante en ese momento sólo se conocía que las personas afectadas eran homosexuales, por lo que el diagnóstico médico fue implacable: “*Gay Related Immunodeficiency*” (inmunodeficiencia relacionada a la homosexualidad; Mejía, 1988) por lo que la prensa inició su despliegue de títulos que abarcaban desplegados como “cáncer gay” o “peste gay” (Grmek, 1990/2004).

Estos desplegados, que respondían a la ambigüedad con la que los expertos trataban el tema, promovieron la estigmatización de las personas homosexuales (Arrizabalaga, 1995) y generaban reacciones de miedo y discriminación hacia las personas con el padecimiento, se llegaba a pensar que si no se atajaban a los homosexuales acabarían por infectar al conjunto de la nación y destruirían a la humanidad (Rozenbaum et al., 1985). La inmunodepresión relacionada a la homosexualidad, desde una perspectiva científica, pronto fue debatida al encontrar casos de personas no homosexuales en los Estados Unidos y otras partes del mundo (Alarcón, 2003). Sin embargo parecía que la inclinación de los investigadores de la época tenía que encontrar un culpable, ya sea un individuo o

un grupo –esto al parecer no importaba–, culpables que al parecer se vinculaban directamente con los homosexuales, y una publicación norteamericana afirmó que el origen del SIDA está en el Tercer Mundo y que los transmisores a los Estados Unidos posiblemente fueron haitianos que habían vivido un tiempo en África, pues como menciona Mejía (1988):

La mayoría de las hipótesis se sustentan en movimientos sociales a partir de la Independencia de la República del Congo. Como recogió el periodista norteamericano Robert Lederer: en 1960, cuando el Congo Belga conquistó su independencia, se trasladaron ahí varios cientos de profesores haitianos con el fin de dar apoyo al país hermano, y de ahí se sugiere que algunos se pudieron haber contagiado del virus, y más tarde, a su regreso a Haití, lo contagiaron por contacto sexual a la población humana. Asimismo se especula que los turistas gay norteamericanos, muy afectos a veranear en Haití en los setentas, podrían haber sido el contacto con esta enfermedad, vía hombres prostitutas, que abundan en la isla. Luego, se teoriza, serían los viajeros gay quienes desparramaron el virus hacia los Estados Unidos y Europa, mientras que los gay consumidores de drogas intravenosas a otros drogadictos a través del uso compartido de jeringas (p.28).

Con lo anterior se iniciaba una época que marcaría el resto de la historia de la atención y prevención del VIH, surgiría y se utilizaría de manera obsesiva la categoría “grupos de riesgo”: los homosexuales, los usuarios de drogas inyectables y las personas dedicadas a la prostitución. Ante ello se reconoció que esta no era una enfermedad exclusiva de un grupo –aunque se pensaba que si



era de varios grupos—, por lo que el diagnóstico de inmunodepresión relacionada con la homosexualidad fue sustituido por uno más englobante: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA; Alarcón, 2003).

Estas observaciones crearon nuevos prejuicios científicos y morales que fueron avivados por los periodistas quienes señalaron que, al no ser los homosexuales las únicas víctimas de este padecimiento, el peligro se encontraba en todas las personas que de alguna manera se encontraban marginadas, personas estigmatizadas por su comportamiento o por su origen étnico, iniciando así una serie de descalificadores hacia las personas haitianas y africanas acusadas de ser las exportadoras del padecimiento a los Estados Unidos y a Europa. De esta forma encontraron culpables perfectos en los que se expiaban las angustias, la histeria colectiva, de la sociedad norteamericana ante éste padecimiento (Arrizabalaga, 1995) que llegó a despertar miedos ancestrales, llegando, incluso, a considerarse al sida como un castigo divino (Grmek, 1990/2004).

Estas evidencias daban la razón a los activistas homosexuales que señalaban que una enfermedad no hacía distinciones, tal y como describe González (2008):

Ahí estaban a la vista las respuestas: en el África subsahariana no existía ningún grupo afectado con particular preferencia. Los hombres contraían la nueva enfermedad con independencia de su orientación sexual, los enfermos eran en su mayoría heterosexuales porque la mayoría de los hombres allá son heterosexuales, había mujeres casadas, solteras con actividad sexual y niños que comenzaban a perder peso, presentaban infecciones agudas similares y morían (p. 94).

Sin embargo los efectos de este diagnóstico mal sustentado, convertido por los medios en rumor, provocaron que se manifestaran y reprodujeran en diversos países, incluyendo México, escenas de persecución, principalmente incitadas por

pánico a la enfermedad y a sus “posibles portadores”, que llegaban en algunos casos a la expulsión de las personas de sus comunidades, y en otros a la muerte (Mejía, 1988).

### **1.3.2 Los primeros casos en México**

En 1984 se conocieron las primeras personas con SIDA en México, las cuales llegaron procedentes de Estados Unidos. Estos primeros casos eran personas con un elevado nivel profesional que habían residido en dicho país, sin embargo, en poco tiempo se reconocían a los migrantes mexicanos como personas que ruralizaban la epidemia (Ponce & Lazcano, 2008), llegando a representar al 50% o más de los casos registrados hasta 1990. El perfil de la mayoría de estas personas era: hombres jóvenes y pobres que estaban dispuestos a sacrificarse yendo de un lugar a otro para trabajar, no hablaban inglés y algunos no hablaban español (Magis & Hernández, 2008).

Empero, el impacto de la prensa amarillista y los precedentes que se habían manifestado en Estados Unidos generó distorsión en la descripción de la epidemia en México, como describen Aguirre y Rendón (2008):

El viernes 22 de julio de 1984..., el Dr. Martín Campuzano, confirmaba la existencia de los primeros 20 casos de sida en México (principalmente hombres denominados homosexuales) y en agosto de ese año el delegado del vaticano en México señalaba que esa enfermedad era una venganza de la naturaleza señalando en el Periódico Excélsior “La naturaleza toma su venganza y esta es la prueba evidente. No se puede justificar el vicio, y el homosexualismo es uno de los vicios más grandes que sanciona la iglesia”, iniciando así

el estigma hacia los hombres homosexuales por creer que sólo ellos eran los enfermos de sida (p. 1).

Bajo este contexto, en 1985 el secretario de salud de aquel entonces señalaba la existencia de 63 personas infectadas por VIH y declaraba que la enfermedad sólo atacaba a los promiscuos (Mejía, 1988).

Lo anterior muestra que la historia del VIH en México, por lo menos la de los primeros años, es una correlación de las versiones descritas por las instituciones médicas, las posiciones tomadas por el personal eclesiástico, y la historia contada sobre la enfermedad y la homosexualidad, así como los mitos y fantasías que recubrieron la cultura mexicana de la época.

Durante el primer año del VIH en México, antes del temblor del 85, la ciencia y la religión se conjugaban para estigmatizar a los HSH, en ese entonces englobados bajo el término homosexuales. Situación que era validada por diversos miembros del sistema médico nacional, incluyendo académicos de la UNAM, como el doctor Cipriano –jefe académico de Gastroenterología de la facultad de Medicina de la UNAM y gastroenterólogo del Hospital General del Centro Médico Nacional del IMSS– que declaraba:

Que esta enfermedad pudiera no ser nueva y que ella pudo haber existido siempre... existía desde hace más de dos mil años. Me atrevo a decirlo por una asociación de ideas: buscando en la literatura, y sobre todo en el mejor libro que existe en el Universo, la Biblia, hallé en los capítulos uno y dos del Génesis (Versión de Casiodoro de Reina) el castigo divino que se abatió sobre cuatro de las ciudades de la primitiva Pentápolis a causa del pecado de la sodomía, del que no quedan exentos ni siquiera diez individuos de la ciudad donde se hallaba cautivo Loth... La condena fue que se

abstuvieran de tal conducta –la sodomía– en los siguientes cuatro mil años – ¿faltan unos dos mil años? – (Mejía, 1988).

Con el temblor de 1985 nadie hablaba de la enfermedad, los efectos del sismo lo ocupan todo. Es hasta 1987 que se vuelve a hacer mención del padecimiento y con ello las descripciones apocalípticas que relacionan al sida como un castigo de la naturaleza cuyos estragos apuntaban a la confinación obligatoria de homosexuales buscando, en la mayoría de los casos, culpabilizar al enfermo. Al igual que en otros países –como Colombia en el que se prende fuego a una clínica que atiende a personas con sida, o como en Inglaterra en el que se persigue a un enfermo en la calle y se semidestruye su casa– en México la información caótica incitaba a la intolerancia, pues con los encabezados de los periódicos vespertinos se incita al linchamiento: “CUNDE EL SIDA”/ “Los mujercitos esparcen la peste”/ “La plaga bíblica sobre los afeminados”/ “Dios sacude a Sodoma”, por lo que la irracionalidad social contestó con medidas grotescas que trajeron consigo destrucción de vidas y desprecios por los derechos humanos al acosar, perseguir, chantajear, golpear y secuestrar, en nombre de la salud de la mayoría, a travestis y homosexuales notorios (Monsiváis, 1988).

Así como la población en general ejecutaba acciones de intolerancia y rechazo, los prestadores de servicios de salud no dejaban de realizar actos discriminatorios hacia la gente que padecía o podía padecer VIH, tratando a las personas comoapestadas, como entes culpables de su situación y, por ende, sin la oportunidad de ejercer sus derechos que le permitan ser reconocidos como sujetos dignos de respeto (Álvarez, 1988), promoviendo de esta forma la marginación del individuo en distintos núcleos de la sociedad (Cárdenas, 1988).

### **1.3.3 Representaciones sociales contemporáneas del VIH en México**

Diversos autores señalan que las diferentes posiciones que toman las personas frente al VIH radican en las prácticas culturales y sociales que trascienden a los

individuos como una fuerza coactiva (Chong-Villareal, Torres-López & López-Coutiño, 2007), las cuales pueden ser visualizadas en los mitos, la religión, las creencias y demás representaciones colectivas que promueven un saber normativo (Mora, 2002). No obstante, y como lo menciona Jodelet (1984 en Fonseca, 2009) al retomar la teoría de representaciones sociales de Moscovici, estas representaciones tienen un punto de intercepción entre lo psicológico y lo social, puesto que el individuo es constituido por lo social, y constituye lo social al mismo tiempo, estructurando la percepción y la organización concreta y simbólica de toda las relaciones humanas, creando así un orden social en momentos de crisis y conflictos, ya sea para clasificar y comprender procesos complejos y dolorosos, o para justificar acciones planeadas o cometidas contra otros, o simplemente para diferenciar a un grupo respecto a los demás existentes (Páez, 1987 en Mora, 2002), generando así un cambio en la concepción del mundo y del ser humano (Vergara, 2008).

Como se presentó en los incisos anteriores, en los primeros años de aparición del VIH, los actos de estigma y discriminación respondían a las representaciones sociales preexistentes que se tenían frente minorías sexuales –consideradas aberraciones– (Granados-Cosme, Nasaiya & Torres, 2007), los estereotipos raciales y étnicos (Gala et al., 2007), y sobre la propagación de la enfermedad como un castigo divino (Grmek, 1990/2004), las cuales fueron fusionadas por instituciones científicas y religiosas para crear un conjunto de acusaciones que los medios de comunicación masivos desvirtuaron en su intento de convertir la información médica en interesante. Provocando así el miedo, intolerancia y rechazo hacia las personas con el padecimiento o sospecha de vivir con el virus en su cuerpo (Joffe, 1995).

Al ser las representaciones sociales conocimientos construidos y compartidos socialmente, llegan a ser consideradas naturales, normales y ahistóricas, y se consolidan como representaciones hegemónicas (Núñez, 1999) que se transmiten de manera generacional esperando sean aceptadas como afirmaciones únicas que permitirán incursionar e interactuar sin dificultades en las diversas prácticas

sociales (Connell, 1995/2003). Lo anterior permite entender cómo, después de 25 años de la notificación de los primeros casos de VIH en México, los jóvenes siguen manteniendo la representación acerca de que este padecimiento es casi exclusivo de homosexuales (Chong-Villarreal, et al., 2007; Flores & De Alba, 2006; Lozano, Torres & Aranda, 2008), perpetuando la idea de que son los otros los que se encuentran en riesgo, pues así lo ha dicho la sociedad y, en muchos casos, los medios de comunicación lo confirman (Chong, 2003).

Se debe reconocer que la representación social de este padecimiento trasciende los discursos científicos, por ende no debe sorprender que aun en el siglo XXI existan prestadores de servicios de salud que mantienen conductas de discriminación hacia las personas que viven con VIH, comportamientos que parten de la lógica de que las personas que no siguen la norma hegemónica sobre el ejercicio de la sexualidad son víctimas culpables de su situación (Infante et al., 2006). Violando de esta forma los derechos fundamentales de las personas con VIH (Kendall, 2009; Kendall & Pérez, 2004).

Se debe considerar que la trascendencia de las representaciones sociales también se puede observar en el quehacer político, dado que se debe observar que varias de las personas que deberían diseñar políticas públicas a favor de la población con VIH aún mantienen las mismas creencias y actitudes hacia las personas homosexuales y las personas que viven con VIH que se observan en la mayor parte de la población en general, y por ende pueden tener poca voluntad política para apoyar a estas poblaciones (Rendón & Aguirre, 2009); o las pueden omitir porque llegan a considerar que no existe riesgo de infección en poblaciones que se encuentran en zonas aisladas o de refugio, como algunas poblaciones indígenas, porque existe la creencia que en ellas no existen personas homosexuales (Ponce, 2011).

El lograr vincular la construcción histórica del VIH con las representaciones sociales existentes ante este padecimiento, no sólo permite comprender como se formaron dichas representaciones, permite observar que la ignorancia de los hechos históricos perpetúan las actitudes y acciones que discriminan a las

poblaciones que son consideradas portadoras de este virus, pues para los jóvenes, como para varias personas adultas, las actitudes y creencias que aprendieron en sus medios socializadores sólo han sido resinificadas sin construir un discurso propio que vincule el pasado reciente con la realidad en la que viven. Es decir, al igual que al principio de la pandemia, la mayoría de las personas siguen viviendo con miedo ante lo que no pueden explicar sin culpar a los otros, situación que deberá ser considerada en toda acción que busque prevenir el VIH en cualquier contexto sociocultural.

#### **1.3.4 Factores de vulnerabilidad para la infección por VIH**

Al inicio de la epidemia, como describen Bronfman y Leyva (2008), tanto la distribución como la concentración de VIH/sida se explicaban a través de los denominados “grupos de riesgo”, responsabilizando a conjuntos de personas que compartían características étnicas, raciales o de comportamiento, como portadores del padecimiento y en consecuencia transmisoras de la infección. Esta forma de comprender el problema marcaba una diferencia entre personas “decentes” y el resto de la población, provocando acciones de exclusión para controlar o erradicar el riesgo de la diseminación del mal en la población en general (Grmek, 1990/2004).

Si bien en Estados Unidos, Europa Occidental y Australasia la transmisión más importante se encontraba en hombres denominados homosexuales, se observaba un incremento moderado en personas heterosexuales; situación que se normalizaba en Latinoamérica y el Caribe, al tiempo que se registraba una sobreprevalencia de infección en mujeres embarazadas. Esta situación se describía de igual forma en África subsahariana y en el Sudeste Asiático (Valdespino, García & Palacios, 2008). De esta forma se decía que “las personas normales” no estaban a salvo (Grmek, 1990/2004), por lo que se llevó a desarrollar y adoptar el concepto de “comportamientos de riesgo”; término

retomado por la movilización social de grupos organizados que luchaban contra el estigma y la discriminación asociada al SIDA.

Se llegó a considerar que estos comportamientos de riesgo, por ejemplo relaciones sexuales sin preservativo, elevaban el grado de exposición a la infección (Magis & Hernández, 2008) por lo que este riesgo se asoció con prácticas específicas, de modo que los comportamientos individuales explicaban la propagación del virus (Bronfman & Leyva, 2008). Pero, como señala Irwin et al. (2004):

Atender en exclusiva a los factores individuales de riesgo sólo otorga una comprensión limitada de cómo se puede controlar la propagación del VIH. Los factores socioeconómicos subyacentes –incluidas la pobreza, la discriminación y la desigualdad de género– siguen impulsando la pandemia. Son los determinantes socioeconómicos los que conducen a la gente a adoptar, a menudo, <<conductas arriesgadas>> y a volverse vulnerables a la infección por el VIH (pp. 34-35).

Señalar únicamente las prácticas de riesgo implicaba dejar de lado las condiciones concretas en las que suceden dichos comportamientos, por lo que se inició a considerar el término “contextos de riesgo”, sin embargo dicho término dejaba de lado las relaciones e interacciones sociales que determinan el comportamiento sexual y la capacidad de manejar cualquier situación de riesgo, puesto que las personas pueden tener la información correcta sobre los procedimientos y los medios disponibles para prevenir la infección *“pero las condiciones en que se generan las situaciones de riesgo de transmisión del VIH, o la falta de medios para afrontar estas contingencias es lo que se lleva a configurar la vulnerabilidad al VIH”* (Bronfman & Leyva, 2008 p.243); de esta forma, de la idea de grupo de riesgo se pasó a la de prácticas de riesgo, luego a la de situaciones de riesgo y



contextos de riesgo y, finalmente, a la de vulnerabilidad (Herrera & Campero, 2002).

El desarrollo conceptual de grupos de riesgo a vulnerabilidad puso énfasis en los factores estructurales que prevalecen en determinados contextos socioculturales, superando de esta forma posturas moralistas e ideas emparentadas con grupos de riesgo socialmente disfuncionales. En otras palabras, considera que el riesgo individual se encuentra inscrito en una estructura social históricamente construida que hace que algunos sectores poblacionales sean más vulnerables que otros y, por lo tanto, que adquieran mayor probabilidad de infectarse (Magis, Bravo, Gayet, Rivera & De Luca 2008).

La vulnerabilidad implica una desprotección en la que se encuentra un grupo de personas (migrantes, pobres, jóvenes, mujeres, indígenas, entre otros) frente a daños potenciales a la salud, debido a menores recursos económicos, sociales y legales. Gracias a esta desprotección las acciones de carácter individual encuentran importantes limitaciones, sea por carecer de acceso a los recursos de prevención o, más grave aún, por la imposibilidad de ponerlos en práctica.

Ejemplo de lo anterior se encuentra en los diversos testimonios de mujeres de la India que fueron entregadas en matrimonio a hombres mucho mayores que ellas, quienes mantuvieron exclusivamente relaciones sexuales con sus esposos que habían emigrado a causa de la sequía de la comunidad, creyendo que sus maridos les eran fieles mientras trabajaban en la ciudad. Varias de estas mujeres sabían cosas sobre el SIDA gracias a los servicios de la salud, por lo que al enterarse de su condición de salud no eran capaces de explicarse lo que había ocurrido. Como se observa, estas mujeres no formaban parte de los denominados grupos de riesgo, y su única conducta de riesgo fue mantener relaciones sexuales con sus esposos. Bajo el paradigma de la vulnerabilidad se reconoce que estas mujeres pudieron haber pedido el uso del preservativo durante cada acto sexual, pero sería erróneo inferir que no realizaron esta petición por decisión ya que implicaría ignorar la enorme diferencia de poder que caracteriza las relaciones entre los géneros, y entre generaciones, de la mayor parte de la India rural. En

general, el bajo estatus de estas mujeres limitó su capacidad para negociar el uso de preservativo con su marido (Irwin et al., 2004).

El ejemplo anterior permite comprender que la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad construida socialmente, que implicará diversos elementos como la inseguridad económica, las desigualdades de género y raza, la migración laboral y los conflictos armados (Irwin et al., 2004), así como el limitado acceso a la información y servicios de salud, la violación continua de los derechos humanos y, en general, todos aquellos factores que pueden reducir la capacidad de las personas y comunidades para evitar las posibilidades de infección por VIH (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2011). De esta forma la vulnerabilidad y el impacto del VIH coexistirán en un círculo que dependerá de cada contexto histórico-político-sociocultural al que se haga referencia (Gala, et al., 2007).

### **1.3.5 Cuatro ejemplos para comprender la vulnerabilidad**

#### **Los agricultores pobres de la China rural**

Pan (2008), al hablar de los huérfanos por sida en China, describe que a mediados de la década de los ochentas diversas propagandas gubernamentales proclamaban “Hágase rico vendiendo sangre”, slogan que generó que decenas de miles de agricultores pobres de la provincia China de Henan vendieran su sangre ganando más de la mitad de su ingreso mensual en una semana. Esta conducta se volvió común en la región gracias a la constante pobreza que azotaba a las comunidades, por lo que la venta de sangre proporcionó a muchos agricultores la oportunidad de comprar comida, pagar deudas, reparar el tejado o enviar a los hijos a la escuela. La forma de trabajo de los centros de donación incluía la reutilización de agujas sin control y la re-transfusión de los glóbulos rojos sobrantes a los donadores –para evitar así la anemia y permitir la recolección más

a menudo—, convirtiendo la venta de sangre en un eficiente mecanismo de transmisión del VIH.

En éste caso, la vulnerabilidad de los agricultores de Henan radicaba en la inestabilidad económica de la región, pues estas personas adoptaron la venta de sangre como una estrategia para escapar de la pobreza, sin embargo esta táctica se transformó en un camino hacia la infección por VIH.

### **Las mujeres de ciudades de Perú**

Girón (2006), al realizar una investigación cualitativa con mujeres jóvenes de barrios pobres de las ciudades de Lima y Trujillo, Perú, en situaciones de vulnerabilidad frente a la infección del VIH, describe que estas mujeres tienen conocimientos vagos y confusos sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) relacionándolas directamente con “grupos de riesgo”: *“son enfermedades que te dan por tener relaciones sexuales con prostitutas y los homosexuales”* (p.16). Asimismo muestra que las mujeres conocen el condón y saben los beneficios de ocuparlo, pero sólo es utilizado como método anticonceptivo cuando no se encuentran en la posibilidad de utilizar inyecciones, pastillas u otros métodos hormonales, dado que el uso del preservativo es relacionado con la desconfianza, la infidelidad y la promiscuidad, por lo que la confianza en la relación y el hecho de que ellas sólo tengan encuentros sexuales con sus parejas son elementos que hacen que el uso del condón sea percibido como innecesario, manteniendo una creencia de que el peligro está en las y los otros, en la calle, fuera de la casa. De la misma forma muestra que estas mujeres crecieron en un contexto sociocultural donde los tabúes impiden el intercambio de información correcta sobre el ejercicio de la sexualidad, lo que representa una barrera para estas mujeres poniendo su salud en peligro por dos razones: el conocimiento es uno y contar con dicho conocimiento refuerza la idea sobre la promiscuidad.

La vulnerabilidad de estas mujeres se encuentra moldeada por factores como la desinformación o la información confusa, pero sobre todo por los ideales hegemónicos del género que distinguen a las personas en “moralmente buenas” de aquellas que “moralmente son desviadas” generando una representación social que presupone el riesgo de infección por VIH en las y los otros, en aquellos que no siguen la norma del ejercicio de la sexualidad: homosexuales y trabajadoras sexuales. Estos mismos ideales de género colocan a las mujeres en ignorancia sobre la experiencia de sexual de la pareja, dado que “no es de buenas mujeres hablar de sexualidad”, así como en desventaja para hablar y negociar el uso del preservativo en cada contacto sexual con su pareja.

### **Los jóvenes de la Región Fronteriza de Chiapas**

Evangelista y Kauffer (2007), al realizar una investigación cualitativa con hombres jóvenes de la Región Fronteriza de Chiapas, México, describen que los jóvenes de este contexto cuentan con información mínima o confusa sobre el VIH, la cual es vinculada con “los otros”, personas ajenas a la comunidad. Asimismo muestran que, a base de esta información, los jóvenes tienen el conocimiento de que el condón ayuda en la prevención del VIH, pero que sólo es identificado como un método de prevención del embarazo. De la misma forma señalan que entre estos hombres existe una estimulación del inicio temprano de la vida sexual como una forma de confirmación de la masculinidad, no obstante en la región es imposible tener relaciones sexuales con mujeres contemporáneas –ya sea con novias o amigas–, por lo que en sus viajes de estudio –pues en sus comunidades no existen centros de educación superior– inician su vida sexual con trabajadoras sexuales, encuentros que deben ocultar a las futuras novias para evitar conflictos. Dado que la utilidad del condón sólo es considerada para evitar la paternidad, delegan la responsabilidad de su uso a las trabajadoras sexuales. Finalmente señalan que el uso de condón con las futuras novias será evitado cuando se tenga la posibilidad de acceder a otros métodos anticonceptivos, obviando nuevamente la infección por VIH y otras ITS.

En este caso, las normas socioculturales que prevalecen en población juvenil posibilitan las condiciones para que ellos mantengan sus relaciones sexuales sin preservativo; sobre todo porque el condón es considerado un elemento de protección ante el embarazo, situación que no sucederá con las trabajadoras sexuales. Dado que el VIH es considerado un padecimiento de “los otros” ellos no se visualizan como personas en riesgo de infectarse, o infectar a otras personas, situación que colocará en vulnerabilidad a sus futuras parejas sexuales al omitir su pasado sexual para evitar conflictos, y al dejar el uso del condón por algún otro método anticonceptivo que no sea de barrera.

### **Las mujeres jóvenes de Cuernavaca**

Théodore, Gutiérrez, Torres y Luna (2004), al realizar una investigación cualitativa sobre las prácticas sexuales de las mujeres jóvenes de la ciudad de Cuernavaca, Morelos, muestran que para ellas el decidir mantener relaciones sexuales con hombres no necesariamente se establecerá por alguna atracción física o emocional, sino por agradecimiento a los beneficios sociales o materiales que pueden obtener de las parejas con las que se involucran. Señalan que a estos hombres, generalmente mucho mayor que ellas, los presentarán como novios para así evitar la estigmatización social por mantener encuentros sexuales por alguna recompensa, dado que culturalmente se espera que el novio realice regalos durante la relación. Asimismo, muestran que aunque estas jóvenes conocen los factores que aumentan el riesgo para una infección por VIH, ellas no pueden negociar el uso de preservativo en sus encuentros sexuales, a la par de que no pueden cuestionar la salud o la conducta sexual de la pareja, puesto que se perderían los beneficios de que existe en la relación. Finalmente explican que estas prácticas responden a un mercado laboral que no es favorable para las mujeres, en especial las jóvenes, y a un patrón de consumo al que no pueden acceder con recursos propios, por lo que mantener relaciones sexuales recompensadas se vuelven una opción de acceso a bienes o estatus a corto plazo.

La vulnerabilidad de estas jóvenes se moldea en un contexto que las coloca situaciones de inaccesibilidad a patrones de estatus y consumo existentes en el entorno, por lo que el sexo recompensado se vuelve la única estrategia que les permite tener acceso a este entorno. Al mantener estas relaciones sexuales las mujeres no podrán negociar el uso de preservativo como elemento de protección frente al VIH puesto que ello les haría acreedoras a la pérdida de las recompensas, de tal forma que aun con el conocimiento sobre el VIH y su prevención, ellas correrán el riesgo por no perder lo poco o mucho que ganen de estar vinculadas con estos hombres.

#### **1.4 Aspectos psicológicos del VIH**

##### **1.4.1 Factores psicológicos relacionados a la infección por VIH**

Como se mostró en incisos anteriores, la vulnerabilidad implica una desprotección en la que se encuentra un grupo de personas frente a daños potenciales a la salud debido a menores recursos económicos, sociales y legales. Estas desigualdades crean barreras psicológicas y contextuales que, en conjunto, fomentan miedo, vergüenza y culpa (Pick & Sirkin, 2011), factores que no deben dejarse de lado (Piña & Robles, 2005). Ello toma relevancia si se considera lo que Preciado y Montesinos describían en 1992 al señalar que:

A los intensos esfuerzos en los aspectos biológicos, médicos, y epidemiológicos por entender esta enfermedad, se ha ido sumando progresivamente el interés de los aspectos psicosociales. Desde los comienzos de la epidemia ha estado claro que estos factores son fundamentales en su transición y por lo tanto en su prevención y tratamiento.... Teóricamente, las conductas que llevan a tener contacto

con el virus son modificables. La posibilidad de cambiar las conductas [de] riesgo y aumentar las protectoras... es una de los grandes desafíos para los trabajadores de salud pública y de las ciencias sociales (p. 176).

En efecto, como describen Piña y Robles (2005) al retomar a Bayes, el análisis de la conducta y de los factores psicológicos que les subyacen constituyen dos actividades de gran importancia para entender por qué una persona se comporta de manera arriesgada, o no, frente a la posibilidad de infectarse por VIH. Desde una postura psicológica se han considerado diversos factores internos que pudiesen ser predictores de comportamientos de riesgo; entre dichas variables se encuentran: la información, las percepciones, los conocimientos, las creencias, la autoeficacia, los razonamientos, los pensamientos, las ideas y los sentimientos; factores que han sido la base para elaborar programas encaminados a prevenir las conductas de riesgo que posibilitan contraer una infección de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH (Díaz-González et al., 2005).

Sin embargo, diversas investigaciones sobre dichas variables han mostrado que los conocimientos y creencias, entre otras variables cognoscitivas y variables sociodemográficas, tienen poca o nula influencia sobre las conductas de riesgo que posibilitan la infección por VIH (Piña & Urquidi, 2004), esto debido a que:

Una persona puede saber o conocer sobre el VIH y a la vez disponer de los recursos competentes para comportarse de manera preventiva... [pero] es necesario que se encuentre motivada –que *quiera* hacer las cosas– para practicar las conductas de prevención..., [por lo cual] es preciso entender cómo, dónde, con quién y por qué las personas eligen y practican conductas de riesgo y prevención (Piña, Corrales & Rivera, 2008, pp. 20-21).

De esta forma, los predictores de comportamiento que tienen mayor relación con las conductas de riesgo son los elementos socioculturales y los estados de gratificación biológica (Piña & Rivera, 2009; Rodríguez & Díaz-González, 2011).

En general, los estados de gratificación biológica se explican por el placer y el reforzamiento sensorial asociados a la excitación sexual y el orgasmo (Preciado & Montesinos, 1992). Por otra parte, los elementos socioculturales se explican en buena medida por la interiorización de las premisas histórico-socioculturales “*que norman los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, la estipulación de los tipos de papeles sociales que hay que llenar, las reglas de la interacción de los individuos en tales papeles, los donde, cuando y con quien, y cómo desempeñarlos*” (Díaz-Guerrero, 1963/1994 p. 118), premisas que refuerzan una construcción de la sexualidad diferenciada entre hombres y mujeres (Herrera, Campero, Caballero, Kendall & Quiroz, 2009) y, sobre todo, limitan el potencial de cada individuo cuando son restrictivas y se anteponen a las decisiones personales (Pick & Sirkin, 2011).

Estos elementos socioculturales pueden configurar el proceso de toma de decisiones arriesgadas de las personas, sobre todo porque se configuran como normas personales para poder integrarse al entorno sociocultural –la comunidad– (Pick & Sirkin, 2011). Por ejemplo, para el caso de los hombres mexicanos, hablando sobre sexualidad, se ha observado que la interiorización de estas normas socioculturales implica un alto grado de ajuste a ciertos valores para evitar ser marginados o estigmatizados:

1. No seas maricón: no se es hombre si se adoptan actitudes que pudieran sugerir algo de feminidad. El mandato de no ser “joto” o no manifestar suficiente “virilidad”, parte de la falsa apreciación de que ser masculino implica repudiar lo femenino.
2. Sé importante: es decir, el tamaño de la hombría es proporcional al de la posición económica, política o social.
3. Sé fuerte como un roble: hay que resistir los embates de la vida sin quejarse y enfrentarse a los problemas sin mostrar debilidad



(entendida ésta como la expresión de emociones, especialmente miedo y tristeza).

4. Chíngatelos: ser audaz, “ganón” y violento, ya que éstos son rasgos de valentía y decisión.
5. Persigue y “cógete” a las mujeres, pero desconfía de ellas, excepto de tu madre, tu hermana o tu hija: Esta consigna supone que hay dos tipos de mujeres con quienes los hombres se relacionan: las mujeres buenas, decentes o sublimes y las malas, indecentes o putas.
6. Si no cumples con ser todo un hombre; miente: el engaño y los alardes no sólo se permiten, sino que son indispensables para mantener la imagen viril y formar parte del estilo de comunicación de muchos hombres. Se trata de ocultar información o mentir explícitamente a su pareja o parejas para poder encubrir sus lances eróticos o sus parrandas. Acostumbran hacer relatos (casi siempre muy fantasiosos) a otros hombres, acerca de sus pretendidas o supuestas hazañas sexuales (Barrios, 2003, pp. 26-27).

En términos generales, las normas socioculturales que promueven las conductas de riesgo en los hombres para una infección por VIH se relacionan con el tener múltiples parejas sexuales sin comprometerse con alguna de ellas, el demostrar fortaleza a partir de arriesgarse y sentirse invulnerable. Para el caso de las mujeres, las normas socioculturales relacionadas con la sexualidad que han sido interiorizadas en la mayor parte de los contextos socioculturales promueven:

Comportamientos y actitudes en las mujeres que a su vez garanticen el control de la reproducción: virginidad antes de matrimonio –muchas veces confundida con la idea de inocencia y ésta con ignorancia de las cuestiones sexuales–, pasividad, no reconocimiento o expresión del deseo sexual, obligación de complacer a la pareja más allá de su propio deseo o voluntad, fidelidad sexual a la pareja y

orientación a la procreación como principal motivo de ejercer la sexualidad (Herrera & Campero, 2002, p. 558).

En ambos casos, para hombres y mujeres, las normas interiorizadas pueden crear barreras que impiden el acceso y la aceptación de la información real y objetiva (Pick & Sirkin, 2011), por lo que promovería la ejecución de prácticas sexuales de riesgo que posibilitarían la infección por VIH.

No obstante a lo anterior, desde el ámbito psicológico, aun se deben realizar más investigaciones que permitan tener un mejor y completo entendimiento de que factores psicológicos facilitan o impiden los comportamientos de riesgo para la infección por VIH (Piña & Robles, 2005), de tal forma que el trabajo psicológico conduzca a la adquisición de competencias que sirvan como factores de protección a diversos problemas (Pick & Sirkin, 2011) como el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. De tal forma que el trabajo de los psicólogos complemente al trabajo que ya se realiza en la atención de personas con diagnóstico y tratamiento para el VIH (Villa & Vinnaccia, 2006) mediante intervenciones preventivas de gran eficacia que lleguen a todos los segmentos de la población (Ballester, 2005).

#### **1.4.2 Diagnóstico y tratamiento psicológico ante el VIH**

Para cualquier persona, enterarse de que tiene una enfermedad que se relaciona con la muerte es sumamente estresante (Pinto, 2006), y en el caso específico de la infección por VIH, su diagnóstico implica diversos estados de crisis que incluyen: a) pérdida de autoestima, b) auto-concepto o autoimagen deficiente, c) pérdida de control personal, d) pérdida de seguridad o confianza en sí mismos, e) sentimientos de inutilidad, f) cambios en la concepción de la vida, g) culpa y auto-recriminaciones, g) ira, irritabilidad y agresividad, h) síntomas depresivos, i) temores, y j) ansiedad, entre otros; situaciones que pueden desencadenar ideación suicida en una primera instancia (Palacios, Rueda & Valderrama, 2006), y

posteriormente promover baja adhesión terapéutica (Ballester, 2005; Meza-Rodríguez et al., 2011; Sánchez-Sosa, Cázares, Piña & Dávila, 2009).

El diagnóstico positivo de infección por VIH impacta en la identidad de la persona, ella necesitará realizar ajustes para enfrentar la nueva situación, y dichos cambios dependerán de la historia personal previa de cada persona afectada y de la actitud y conducta de los familiares, amigos, así como del personal médico y psicológico (Abrego et al., 1998).

Desde el aspecto profesional, las intervenciones psicológicas en relación a la atención de las personas con VIH tienen diversas metas, procedimientos, enfoques, tiempos y espacios, sobre todo si se considera que en todas las fases de la infección la intervención psicológica será un elemento que aumentará las posibilidades de mejora en la calidad de vida del paciente (González, 2009) al lograr que las personas con VIH aprendan a enfrentar la situación de manera constructiva, ya que de ello depende su equilibrio emocional en el futuro (Antela, 2004).

De acuerdo a Antela (2004), las estrategias que son necesarias al tratar con personas con infección por VIH son:

1. **Fomentar la capacidad de decidir y controlar sobre su propia vida** ante la sensación indefensa que siente el paciente;
2. **Escuchar atentamente**, demostrando interés por lo que cuenta el paciente ayudándole a analizarse respecto a los hechos reales, sentimientos y valores.
3. **Preguntar y no suponer**. No hay un paciente igual a otro.
4. **Diferenciar entre preocupaciones** (percibidas subjetivamente por el paciente) **y problemas** (percepción del profesional), pueden no coincidir.
5. **Mantener una actitud de dialogo** que facilite el intercambio.
6. **Motivar**, reforzando las conductas positivas o el proceso de cambio saludable.

7. **Comprobar que el paciente ha captado los mensajes.** No dar por supuesto que lo que se ha dicho ha sido comprendido.
8. **Promover actitudes vitales** como confianza, optimismo, ganas de luchar, vivir.
9. **Mantener una actitud flexible.**

La idea general de la intervención psicológica con personas infectadas por VIH es tratar de *“paliar el impacto emocional de las situaciones críticas y el manejo adecuado de las variables relacionadas con ansiedad y depresión, para facilitar el ajuste de los pacientes en sus entornos hábiles: personales, familiares, laborales y sociales”* (Cánoves, s/f, párrafo 71).

La concepción teórica del cómo debería ejecutarse un tratamiento psicológico con personas que viven con VIH es clara, no obstante, en la práctica éstas intervenciones psicológicas aún tienen carencias que deben solventarse en algunos contextos culturales. Por ejemplo, en algunas comunidades con población indígena se ha observado que a diferencia de lo presentado, la consejería sólo privilegia el intercambio de información biológica y epidemiológica referente al VIH y el sida, lo que promueve que las personas únicamente asuman un rol receptivo ante la información, evitando mantener un diálogo entre paciente y profesional, y dedicando poco tiempo a la exploración de las preocupaciones, temores y significados personales del padecimiento, diagnóstico y tratamiento (Ramos, 2010).

De la misma forma se ha observado que estos tratamientos poco consideran la cosmovisión de las comunidades indígenas acerca del proceso salud-enfermedad, tienen poco impacto por utilizar únicamente el idioma español, sin considerar el uso de la lengua materna (Traa-Valarezo, 2004), y muchas veces llegan a infantilizar a la población usuaria considerándolas torpes e inocentes (Ramos, 2010).

A partir de lo anterior, y vinculando los elementos presentados en incisos anteriores, se vuelve relevante presentar información que permita entender las representaciones sociales del VIH, los factores de vulnerabilidad y las barreras psicológicas que existen en las comunidades indígenas, para así poder proponer estrategias de prevención y tratamiento psicológico que puedan ser ejecutadas en dichos contextos.

# CAPÍTULO 2



Esperando el "Programa" (Jopala, Puebla).

Fotografía: Abraham Ernesto Rendón Salazar. Acervo personal.

## **2.1. Delimitación del contexto indígena de la Sierra Norte de Puebla**

### **2.1.1 Del porqué del uso indígena**

Algunos discursos políticos, académicos y coloquiales utilizan los términos indígena e indio de manera indistinta, principalmente por lo que describen Pozas y de Pozas (1979):

La palabra indio se usa ... con el mismo contenido que se da a indígena, sin establecer ninguna diferencia entre ambos términos, en consecuencia estos se usan indistintamente, sin dar valor contrastante al sentido despectivo y discriminatorio que advierten unos en la expresión indio, y a lo genérico que advierten otros en el concepto indígena ... Se denomina indios o indígenas a los descendientes de los habitantes nativos de América –a quienes los descubridores españoles, por creer que habían llegado a las Indias, llamaron indios– que conservan algunas características de sus antepasados en virtud de las cuales se hallan situados económica y socialmente de un plano de inferioridad frente al resto de la población, y que, ordinariamente, se distinguen por hablar las lenguas de sus antepasados, hecho que determina el que éstas también sean llamadas lenguas indígenas (p. 11).

Sin embargo, dentro de estos discursos políticos, a las personas indígenas no sólo se les denomina indios algunas veces se les denominan grupos étnicos, grupos etnolingüísticos, pueblos, indígenas, indios, minorías étnicas, los cuales se utilizan

para clasificar diferencias culturales que más de una vez son “utilizadas para señalar deficiencias morales, intelectuales y de raza, mismas que se entienden como naturales, hereditarias e inamovibles” (Baltazar, 2007 p. 38).

Zuñiga (1998) describe que no es un asunto exclusivamente lexicológico, sino que existen razones políticas para esta variedad de términos para una misma población.

[Por] estas razones es que la diversidad indica el estado de confusión en el lenguaje. En ese sentido todos los mexicanos y mexicanas pertenecemos a un grupo étnico, somos aborígenes y autóctonos de nuestra patria (chica o grande), formamos parte de un pueblo, somos indígenas (nativos de) un lugar. En lo general, lo que se descubre es que el lenguaje obstaculiza la diferenciación; y, como fruto paradójico de todo esto, sólo el término despectivo y racista de indio produce la univocidad política deseada: el indio es ... una categoría supraétnica, que no hace referencia a la identidad específica de los diversos grupos que incluye (mayas, tarahumaras, zapotecas; quechuas, aymaras, guaraníes), sino exclusivamente a su posición como grupo subordinado en una estructura ... bipolarizada” (p. 147).

Lo anterior remite a la reflexión de que en una sociedad plural, el nombre es la forma en que los ciudadanos se reconocen entre sí y como exigen a la sociedad en general que los reconozcan. Sin embargo, desde una postura política, ha sido consensuado el término indígena por la búsqueda de un discurso que pueda convivir con las expresiones hegemónicas que hablan de la pluralidad, intentando generar diálogos en que coexistan desde miradas pretéritas: que genera la mitificación del indio, miradas futuras: que busca conformar una nación de ciudadanos, y con una mirada del presente: que consta las diferencias y da cuenta

de la realidad heterogénea que viven estas poblaciones a las que, consensualmente, se les denomina indígenas (Gallardo, Martínez & Martínez, 2002).

De esta forma, existe una complejidad para nombrar a las personas que hablan una lengua originaria de los pueblos mesoamericanos previa a la conquista y colonización de América, sin embargo, como menciona Navarrete (2008):

En este [texto] utilizaremos el término indígena, que significa originario de un país en su acepción más básica, pero que tiene también diversos significados culturales, económicos y políticos. Éste es el que se emplea oficialmente en las leyes e instituciones de nuestro país y no tiene la carga despectiva que, desgraciadamente, en ciertos círculos se asocia al término indio que les fue dado a los habitantes originales por los conquistadores españoles del siglo XVI (p. 8)

### **2.1.2 Definición operacional de la población indígena en México**

Desde los años treinta la búsqueda por definir a las y los indígenas, ya sea para los diversos discursos políticos o para el conteo general de estas personas, ha pasado por diversas instituciones gubernamentales que hoy en día son representadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas (CDI), las cuales mantienen diversas definiciones, indicadores y normatividades para cubrir sus propósitos específicos.

Bajo el consenso de estas cuatro instituciones, se utiliza el factor lingüístico de manera práctica para definir y describir a la población indígena, así como para realizar su conteo. El seleccionar el habla de alguna lengua indígena como



indicador de ser perteneciente a alguna comunidad indígena se basa en el supuesto de que la lengua es el sistema simbólico más importante de cualquier pueblo y sociedad, a través del cual las personas interpretan y reinterpretan el mundo, dotándole así de su identidad; además de ser más fácil contar a las personas hablantes de una lengua indígena que creencias, ritos y costumbres, elementos que también dotan de identidad a la población indígena y que generalmente son reproducidos dentro del hogar –por lo que hablar de un hogar indígena puede ser considerado aquel dónde al menos uno de los miembros con parentesco determinante (principalmente la jefa o el jefe del hogar) habla alguna lengua indígena– (Robles, Hernández & Godínez, 2007; ver tabla 1).

**Tabla 1.**  
**Definiciones de Hogares indígenas o población indígena en las diversas instituciones que generan estimaciones de esta población (Robles, Hernández & Godínez, 2007).**

Institución	Definición de Hogar o población Indígena
CDI	La población indígena incluye a “los miembros de los hogares donde las personas hablantes de alguna lengua indígena tienen un lazo de parentesco determinante en la decisión del estilo de vida y la transmisión intergeneracional de la socialización, es decir, el jefe/cónyuge y los padres de éste”.
INEGI	Hogar indígena es aquel “dónde el jefe (a) y/o el cónyuge es hablante de lengua indígena”; la población en hogares indígenas incluye a los niños y a los jóvenes en edades escolarizadas con padres indígenas.
INEE	De 2003 a 2005 utilizó la de la CDI; en 2006 la del INEGI, aunque lo ideal sería identificar a los niños y jóvenes en edades escolarizadas con padres indígenas.
CONAPO	Tres alternativas de población en hogares indígenas: 1) personas en hogares donde algunos de sus miembros hablantes de alguna lengua indígena, excepto el servicio doméstico, 2) personas en hogares donde el jefe y/o cónyuge o algún ascendiente hablante de alguna lengua indígena, y 3) personas en hogares donde solamente el jefe o su cónyuge hablante de alguna lengua indígena.

### 2.1.3 Las lenguas y población indígenas de México

De acuerdo a los datos del Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2010), en México viven 6 695 228 personas de cinco años y más que hablan alguna lengua indígena, lo que representa al 6.5% de la población en estas edades, de alguna de las 68 agrupaciones lingüísticas<sup>3</sup>, y sus 364 variantes, que tienen presencia en

<sup>3</sup> Se entiende por familia lingüística al conjunto de lenguas cuyas semejanzas en sus estructuras lingüísticas y léxicas se deben a un origen histórico común; se entiende por agrupación lingüística al conjunto de variables lingüísticas

México (Instituto Nacional de lenguas Indígenas, 2008), siendo el Náhuatl, el Maya, las lenguas Mixtecas, el Tzeltal, las lenguas Zapotecas, el Otomí, el Totonaco, el Mazateco y el Ch'ol, las principales lenguas habladas en el país, representando al 78.2% de la población indígena.

Si bien el hablar una lengua indígena es el indicador práctico para la estimación de población indígena, cuando se incorporaran variables como las relaciones de carácter histórico, económico y lingüístico, así como los criterios de contigüidad geográfica, se producen lo que hoy se conoce como regiones indígenas (CDI, 2006). La delimitación de estas regiones indígenas no ha sido una tarea sencilla.

*La compleja e intensa dinámica que caracteriza a los propios pueblos indígenas, la diversidad de grupos etnolingüísticos y sus variantes lingüísticas, sus volúmenes de población, patrones de asentamiento, modos de vida y formas de relación –la mayoría de las veces subordinada y discriminatoria– con el resto de la sociedad nacional. Este último factor, asociado a la apropiación de sus territorios por los grupos sociales dominantes, al mestizaje y al paulatino proceso de abandono de sus lenguas y, en cierta medida, de sus identidades y culturas desde el siglo XVI, ha tenido como resultado una extensa y compleja gama de dinámicas que dificultan la definición precisa de los territorios indígenas” (CDI, 2006 p.7).*

En la última década se ha observado que la población indígena se encuentra presente en una cuarta parte de las localidades del país y en todas las entidades federativas, por lo cual, para fines prácticos, se han reconocido y retomado 25 regiones indígenas que en conjunto concentran alrededor del 80 por ciento de esta

---

comprendidas bajo el nombre dado tradicionalmente a un pueblo indígena; se entiende por variante lingüística a la forma de hablar que: a) presenta diferencias estructurales y léxicas en comparación con otras variantes de la misma agrupación lingüística; y b) implica para sus usuarios una identidad sociolingüística que contrasta con la identidad sociolingüística de los usuarios de otra variante (INALI, 2008).

población residente en la república mexicana. Partiendo de un supuesto poblacional, las principales Regiones Indígenas son: a) la Maya que se recorre los estados de Campeche, Quintana Roo y Yucatán; b) la Huasteca que abarca los estados de Hidalgo, San Luis Potosí y Veracruz; c) la Sierra Norte de Puebla y Totonacapan que tiene presencia en los estados de Puebla y Veracruz (CDI, 2008).

#### **2.1.4 Situación general de la población indígena en México**

Las poblaciones indígenas han sobrevivido a diversos procesos históricos que han promovido una clara desventaja frente al resto de la población nacional, por lo que padecen discriminación y exclusión social, económica, política y cultural (Popolo & Oyarce, 2005).

Todavía hoy en pleno siglo XXI el 95.4% de las localidades donde viven los pueblos indígenas son consideradas de alta y muy alta marginación. Esas regiones, generalmente apartadas de los grandes centros económicos, se mantienen con frecuencia de la agricultura de subsistencia. A pesar de que en su mayoría cuentan con recursos naturales, la falta de asesoría técnica y apoyos económicos no les permite aprovecharlos. Los pueblos indígenas representan el sector social que registra los mayores índices de pobreza y marginación en nuestro país. Se calcula que el ingreso de la mayoría de ellos es de poco más de 3,000 pesos al año, lo cual significa 250 pesos al mes y 8.30 por día, con lo que deben satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, salud, vivienda y vestido (Cisneros, 2005 p. 95).

Los indicadores básicos sobre la población indígena de México (CDI, 2008) muestran que dicha situación no se ha modificado en los últimos años y que la población indígena aún tiene menores oportunidades y acceso a los servicios de salud, educación y, sobre todo, un menor ingreso económico, lo que los coloca con un índice de desarrollo humano inferior<sup>4</sup> en comparación a la población no indígena (0.7057 y 0.8304 respectivamente).

En el rubro de la educación, el plan nacional de desarrollo 2007-2012 (Plan Nacional de Desarrollo PND, 2007) describe que aún existen bajos niveles de logro escolar, alta deserción escolar y bajo rendimiento académico en las comunidades indígenas; por lo que las diversas modalidades educativas implementadas –primaria general, educación bilingüe y bilingüe intercultural– no han podido reducir las brechas entre población indígena y no indígena, sobre todo en las tasas de continuidad educativa y rendimiento escolar (INEE, 2009). De la misma forma describe que mientras el 9.4% de la población nacional mayor de 15 años no sabe leer, el 27.26% de las personas indígenas en el mismo rango de edad son analfabetas. Ante esta información, Navarrete (2008) describe que:

Estas cifras muestran una realidad que es necesario explicar.

La clara desventaja de los indígenas en el terreno educativo se debe, en primer lugar, a la tradicional desatención por parte del gobierno: por hablar una lengua diferente, por vivir en las regiones más remotas del país, las comunidades indígenas no han recibido los mismos servicios educativos que otros grupos y comunidades, la educación se ha impartido tradicionalmente en español, lo que ha dificultado el

---

<sup>4</sup> El índice de Desarrollo Humano (IDH) parte de la premisa de que existen ciertas capacidades básicas y comunes a todas las sociedades y todos los tiempos, que son esenciales para que las personas tengan la libertad de escoger el tipo de vida que más valoran. El IDH resume los resultados de tres dimensiones fundamentales para la vida y el desarrollo humano: la salud, la educación y el acceso a los recursos básicos que los individuos requieren para desarrollar sus capacidades y participar en la vida de la comunidad. Estas tres dimensiones tradicionalmente son medidas a través de indicadores calculados a partir de datos que son de fácil acceso, aun para países en desarrollo: la salud evaluada por medio de la esperanza de vida al nacimiento; la educación por medio de los indicadores sobre alfabetización y matrícula escolar que reflejan la capacidad de aprender y el acceso a conocimientos para la consecución de bienestar; mientras que el acceso a recursos básicos es medido utilizando del ingreso básico de las personas (CDI-PNUD, 2006). Para el caso de México el cálculo en salud se retomó la sobrevivencia infantil, en educación el alfabetismo en población de 15 años y más y la asistencia escolar en la población de 6 a 18 años, y en el ingreso, el producto interno Per cápita.

avance de los niños indígenas para los que ésta es su segunda lengua. Pese al avance en la educación bilingüe en las últimas décadas, los grados superiores de primaria y casi toda la educación media se siguen impartiendo únicamente en español, para desventaja de los indígenas (pp.107-108).

Los datos disponibles acerca de la salud de la población mexicana refieren que la esperanza de vida al nacer de las personas indígenas es, por lo menos, cinco años menor en comparación a la población no indígena (Torres, Villoro, Ramírez, Zurita, Hernández, Lozano & Franco, 2003), aunque puede aumentar a 10 años en algunas regiones (PND, 2007); asimismo, se ha observado que la mortalidad infantil es en las comunidades con mayor presencia indígena es 58% superior a la media nacional, y las muertes maternas entre mujeres hablantes de lenguas indígenas es casi del triple en comparación con las mujeres no hablantes de alguna lengua indígena (Castro, Erviti & Leyva, 2007).

Se ha observado que la desnutrición y las deficiencias nutricionales han aumentado en algunas comunidades con mayor presencia de personas indígenas, reportándose formas moderadas y severas de desnutrición crónica (PND, 2007); de la misma forma, los problemas de salud causados por el abuso de sustancias alcohólicas y/o fermentadas generan una enorme pérdida de años en la vida saludable de los hombres indígenas, causando padecimientos asociados a la cirrosis hepática y la dependencia alcohólica (Frenk, 2005), así como accidentes de motor y con el fuego relacionados al consumo de estas sustancias, en comparación a las poblaciones con menor presencia indígena (Vargas, 2002).

[Aunado a lo anterior,] existe una falta de inversión pública en clínicas y hospitales de regiones indígenas, [hay] un menor número de médicos, menor capacidad de los indígenas para adquirir medicamentos o pagar atención médica privada. [Al igual que en la

educación] la falta de dominio del español de los pacientes indígenas y el nulo conocimiento de las lenguas nativas por parte de la inmensa mayoría de los doctores, hacen difícil la comunicación y afectan la atención médica a los indígenas (Navarrete, 2008 p. 112).

En el ámbito económico los datos más recientes de los que se tienen referencia son del año 2000, estos señalan que para ese año 45 de cada 100 indígenas ocupados en el sector primario no recibían ingresos, manteniéndose de lo que ellos mismos producían o intercambiaban; así mismo 34 de cada 100 que trabajaban en el mismo sector recibían menos de un salario mínimo. La pobreza que prevalece en las comunidades indígenas produce que el 74.4% de las localidades indígenas se encuentren en condiciones de alta y muy alta marginación, dónde la población monolingüe siempre será la más afectada (CDI, 2008). Todos los factores anteriormente descritos *“se potencian unos a otros, haciendo más dificultoso salir del círculo de pobreza y desigualdad en el que se encuentran”* (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010 p. 104).

De esta forma, como una búsqueda de aliviar la situación de pobreza y las condiciones precarias en las que se encuentran las comunidades indígenas que obstaculizan el ejercicio de una vida digna, la población de estas comunidades se inserta en la migración (Granados, 2005). Este fenómeno afecta a 321 de los 907 municipios indígenas, los cuales se consideran como expulsores de población y se encuentran en situaciones de alta y muy alta marginación (CDI, 2008).

Con la expectativa de llegar a comunidades que aparentemente son ilimitadas en posibilidades, las poblaciones indígenas viajan encontrándose en situaciones de mayor desventaja que en sus comunidades. Cuando llegan por primera vez al destino elegido no siempre encuentra un lugar para alojarse de manera satisfactoria, lo que obliga a estas familias a habitar espacios poco óptimos para la vivienda (Méndez, Castro, Durán & González, 2010; Vega, Gutiérrez, Juárez & Rendón, 2008).

Una vez encontrado un lugar en el cual poder residir, las personas indígenas migrantes se enfrentan con una gran barrera, el idioma (Domínguez, 2003), lo que da lugar a que los indígenas no tengan mejores oportunidades de empleo que en su tierra de origen, generando condiciones precarias y de extrema pobreza en los nuevos lugares de residencia, situación que se agrava con la ausencia de servicios médicos y educativos específicos para esta población. En general, las personas indígenas migrantes viven bajo la marginación social causada por la discriminación ejercida por la población no indígena que, desde el aspecto social, sólo retoma la etnicidad como elemento de discurso político (Vega, Gutiérrez, Juárez & Rendón, 2008).

La falta de preparación académica promueve que las personas indígenas migrantes sólo se pueden colocar en trabajos de poca capacitación dependiendo del contexto al que migren. En los contextos urbanos “los hombres trabajan, principalmente, en el sector del comercio –tiendas de abarrotes–, de servicios informales como la jardinería y auxiliares de comercio –transporte y descarga de mercancía, repartidores, vendedores de periódicos– y de la albañilería... [Mientras que] las mujeres se insertan en la vida laboral... trabajando en servicios domésticos –en el lavado de ropa, limpieza de casas–” (Raesfeld, 2009 pp. 53-54). Mientras tanto, en los contextos agrícolas, hombres y mujeres trabajan por igual en los campos, luchando por la subsistencia diaria durante la época del corte (Méndez, Castro, Durán & González, 2010).

### **La marginación dentro de la exclusión social**

Dentro de todo este contexto general, en el que las personas indígenas padecen una segregación social dentro y fuera de sus comunidades, las mujeres viven una situación de discriminación, explotación, pobreza y exclusión que da por consecuencia una notable inequidad de género, social, económica y política que las margina mucho más que a los hombres (Méndez, Castro, Durán & González, 2010).

Se han documentado en diversas comunidades indígenas que las mujeres son subordinadas a la voluntad del hombre, bajo una lógica de que aquella mujer que incumpla una solicitud del hombre incurre en algún delito del que debe ser castigada, donde el maltrato hacia la mujer puede ser considerado una falta simple, un asunto menor que se arregla a partir de una disculpa del hombre para no repetir la conducta; buscando así una continuidad de la unidad doméstica y el restablecimiento de la relación (López, 2010; Vallejo, 2004). De la misma forma, en estos contextos, los hombres indígenas no valoran la aportación económica de las mujeres hacia el hogar llegando, incluso, a considerarlas como personas improductivas para la familia y la comunidad –aunque ellas sean las que más aportaciones económicas tuviesen hacia la familia– (Rendón, 2011a).

Las situaciones antes descritas no cambian al llegar a contextos urbanos o agrícolas. La mayoría de las mujeres indígenas que migran a la ciudad describen situaciones de violencia similares o superiores a las vividas en la comunidad; estas mujeres comparten el hecho de tener relaciones conflictivas e inestables con sus parejas, el alcoholismo y la violencia son motivo de sufrimiento, y muchas veces la responsabilidad del cuidado de los hijos es actividad exclusiva de ellas (Durín, 2006).

En su caso, las mujeres indígenas jornaleras laboran igual que los hombres, además de cuidar a los niños y hacer las labores domésticas; sin embargo, viven regaños y maltratos de sus parejas cuando no cumplen con las tareas relacionadas a lo femenino –lavar la ropa, lavar trastes, hacer de comer, etcétera–, y su trabajo es invisibilizado y poco valorado por los hombres, por lo que la situación de las mujeres apela “*a la concepción más arcaica de lo femenino en la sociedad humana*” (Méndez, Castro, Durán & González, 2010 p. 326).

En general, la mujer indígena se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad en comparación a los hombres indígenas.

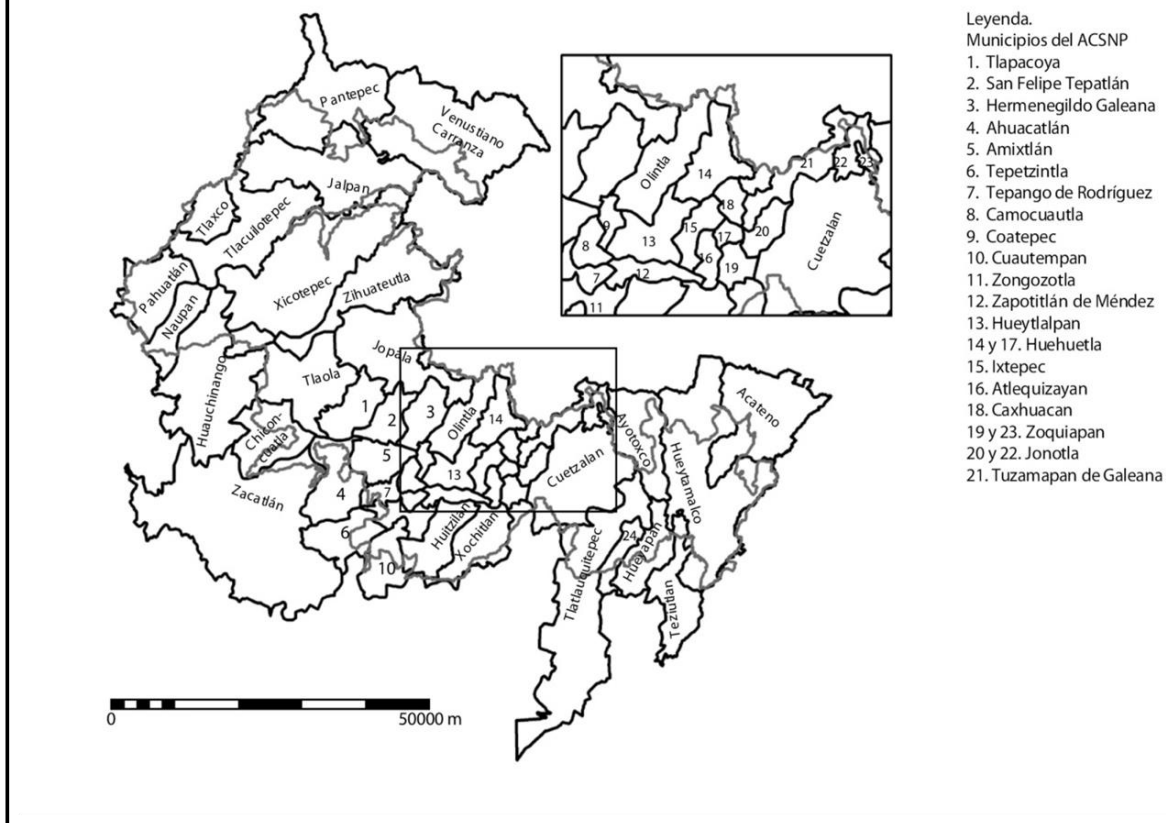


### 2.1.5 La población indígena de la Sierra Norte de Puebla

De acuerdo a Masferrer (2006), la configuración regional de la Sierra Norte de Puebla es “una cuestión siempre polémica que divide tanto a los geógrafos [como] a otros especialistas” (p. 135); por ejemplo, mientras que para la CDI (2006) la Sierra Norte de Puebla se encuentra conformada por 57 municipios, de los cuales 41 son indígenas, para Masferrer (2006) la región se puede dividir, a partir de criterios orográficos y ecológicos, en cuatro subregiones: a) Sierra Alta o Bocasierra (franja ubicada entre los 1500 y 2500 m.s.n.m.), b) Sierra Norte (propriadamente dicha y también conocida como zona cafetalera; ubicada entre los 200 y 1500 m.s.n.m.), c) Sierra Baja o Declive del Golfo (tierras ubicadas a menos de 200 m.s.n.m.) y, d) Declive Austral de la Sierra (ladera de la Sierra Madre Oriental que mira hacia el Altiplano Poblano Tlaxcalteca). Empero, el propio autor señala que “*esta primera subregionalización... nos da una primera aproximación al problema, [pero] por su amplitud y diversidad no resulta operativa para una investigación [social]*” (p. 137), sobre todo porque no reconoce las relaciones hombre-naturaleza en las que “*se combinan un medio natural peculiar, con los distintos grupos de hombres, quienes poseen en muchos casos distintos bagajes culturales y étnicos y diferentes grados de acumulación de capitales o de recursos técnicos y humanos*” (Masferrer, 2006 p. 137-138).

Partiendo de estas consideraciones, para el presente trabajo, se definirá a la Sierra Norte de Puebla como el conjunto de municipios que se ubican entre los 200 y 1500 m.s.n.m. y cuya tierra es especialmente utilizada para la producción de café. De esta forma, la Sierra Norte de Puebla será constituida por los municipios de Ahuacatlán, Amixtlán, Atlequizayan, Camocuautla, Caxhuacan, Coatepec, Cuautempan, Cuetzalan, Hermenegildo Galeana, Huehuetla, Hueytlalpan, Ixtepec, Jonotla, Jopala, Naupan, Olintlá, Pahuatlán, San Felipe Tepatlán, Tepango de Rodríguez, Tepetzintla, Tlapacoya, Tuzamapan de Galeana, Xicotepec de Juárez, Xochitlan de Vicente Suárez, Zapotitlán de Méndez, Zihuateutla, Zongozotla y Zoquiapan (Ver figura 2; Evangelista, López, Caballero & Martínez, 2010; Masferrer, 2009).

**Figura 2. Sierra Norte de Puebla**



En la Sierra Norte de Puebla predomina el uso de dos lenguas indígenas: Náhuatl y Tutunakú<sup>5</sup>. De la misma forma, en la mayoría de los municipios (75%) más del

<sup>5</sup> La palabra Totonaco es un término cuyo significado aún no tiene una definición consensuada entre los diversos investigadores que se proponen estudiar algún fragmento de ésta cultura. Por ejemplo, comenta Troiani (2004) basándose en trabajos referentes a la colonia y los indígenas que, *“de acuerdo a los escritos [el vocablo Totonaco] se puede describir de la siguiente manera: toto: tres y naco: corazón, los tres corazones. Lo cual se conecta con el relato [colonial] sobre el sacrificio de tres niños cada tres años [que realizaba la cultura mesoamericana previo a la conquista]... un segundo significado se deriva del náhuatl que describe el termino como tona “del lugar caliente”, “del lugar del sol” con la intensidad al pronunciar to-tona-c para describir a “los de la tierra caliente” para hablar de los habitantes de la costa tropical (pp. 1-2; traducción personal). Asimismo, algunas fuentes señalan que en Nahua el significado de Totonaca es persona con poca capacidad o habilidad (Palerm, 1952). Lo anterior permite retomar lo descrito por Palerm (1952) quien señala que, aunque el término Totonaco ya estaba bien establecido en el siglo XVI, la etimología de la palabra es oscura. No obstante, los hablantes de esta lengua mesoamericana describen que es un error decir totonaco, puesto que es una palabra impuesta por los mestizos (personas no indígenas), y se debe decir Tutunakú cuyo significado es tres corazones; sin embargo, a diferencia de los investigadores académicos –quienes utilizan para señalar los tres grandes centros ceremoniales que existieron en el esplendor de esta cultura: Cempoala y Tajín en Veracruz, y Yohualichan en Puebla (Masferrer, 2004)– las personas originarias de algunas partes de la región lo utilizan filosóficamente para señalar la esencia de ser Tutunakú: un corazón para vivir, uno más para amar, y un tercero para reír; lo que en la cosmogonía de estas personas están dotados de una triple fortaleza, y por eso son tan sabios, tan orgullosos de su origen, tan alegres (Borunda, 2009). De esta forma, para evitar el uso de un término que los propios hablantes de esta lengua no aceptan, en este trabajo se utilizará el vocablo Tutunakú con el significado filosófico de “tres corazones”, el cual no atenta con las definiciones realizadas por los académicos que previamente han trabajado con elementos de ésta cultura, puesto que esta palabra fue aceptada en el año 2003 en el Acta de Acuerdos para la sistematización de la Escritura de la lengua Tutunakú (Masferrer, 2004).*

90% de la población se considera indígena, y sólo en un municipio menos del 25% de la población se auto adscribe como tal (ver tabla 2). La principal actividad de la mayoría de estos municipios es la agricultura, por lo que el paisaje de esta región *“es un mosaico de terrenos de cultivos anuales (maíz, frijol y chile): potreros para la ganadería extensiva; huertos, familiares y sistemas de cultivo permanente, como el café.... Además... se recolectan plantas medicinales para su venta... [y se han] introducido especies exóticas comerciales como macadamia, maracuyá y cedro rosado por la baja del precio del café en el mercado internacional (Evangelista et al., 2010 p. 25).*

**Tabla 2**  
**Municipios, lengua indígena predominante y población que se auto-adscribe como indígena en la Sierra Norte de Puebla**

Municipio	Lengua indígena predominante	Población que se considera Indígena	Municipio	Lengua indígena predominante	Población que se considera Indígena
Ahuacatlán	Tutunakú	94.72	Naupan	Náhuatl	95.43
Amixtlán	Tutunakú	96.54	Olintla	Tutunakú	96.42
Atlequizayan	Tutunakú	99.37	Pahuatlán	Náhuatl	56.10
Camocautla	Tutunakú	98.88	San Felipe Tepatlán	Tutunakú	77.20
Caxhuacan	Tutunakú	93.70	Tepango de Rodríguez	Tutunakú	97.00
Coatepec	Tutunakú	98.62	Tepetzintla	Náhuatl	92.79
Cuautempan	Náhuatl	68.33	Tlapacoya	Náhuatl	71.66
Cuetzalan del Progreso	Náhuatl	94.00	Tuzamapan de Galeana	Náhuatl	92.54
Hermenegildo Galeana	Tutunakú	93.49	Xicotepec	Náhuatl	22.96
Huehuetla	Tutunakú	96.27	Xochitlán de Vicente Suárez	Náhuatl	93.24
Hueytlalpan	Tutunakú	94.66	Zapotitlán de Méndez	Tutunakú	93.66
Ixtepec	Tutunakú	97.89	Zihuateutla	Tutunakú	68.88
Jonotla	Náhuatl	84.32	Zongozotla	Tutunakú	97.31
Jopala	Tutunakú	92.15	Zoquiapan	Náhuatl	90.05

En cada municipio existe una lengua predominante, pero no es extraño encontrar municipios y/o localidades en los que coexisten estas dos lenguas indígenas en interacción constante con el español (Castillo, 2007; Masferrer & Báez, 1995). Diversas investigaciones explican la coexistencia del Tutunakú y el Náhuatl, y por

ende la distribución territorial, a partir de procesos históricos previos a la conquista española. Para algunos expertos en la zona, los primeros habitantes de la Sierra Norte de Puebla fueron los Tutunakú, un pueblo nómada del que se desconoce su origen (Croda, 2005) que fue controlado militarmente por los pueblos hablantes de diversas variantes de la lengua Náhuatl que venían del norte del territorio mesoamericano –inicialmente Chichimecas y Toltecas, y posteriormente Mexicas– y creaban asentamientos militares para controlar a la población Tutunakú, originando de esta forma núcleos de población Náhuatl que difundían el uso de este idioma (Castillo, 2007; González & Cardeño, 2009; Masferrer, 2009).

El uso del español en la Sierra Norte de Puebla no se generalizó posterior a la conquista española, a diferencia de otros territorios mesoamericanos como el veracruzano, el uso de este idioma inició con la inserción de la religión católica (Melgarejo, 1985); se tranquilizó hasta el siglo XVIII; se impulsó a partir de 1838 con diversos programas educativos que promovían la castellanización de los indígenas (Garma & Masferrer, 1995); tuvo auge con los diversos programas educativos surgidos para la castellanización de la población indígena (Masferrer, 2009); y se ha consolidado con la ampliación de vías de acceso a los municipios y la llegada de mestizos a diversos cargos económicos y gubernamentales (Castillo, 2007). Esta situación específica promovió condiciones favorables para su reconstrucción, reorganización y afirmación como personas indígenas en un determinado espacio geográfico, creando sistemas culturales bastante autónomos y eficaces ante la dominación española que reafirmaron la fusión biológica y cultural entre hablantes de Náhuatl y Tutunakú que existía antes de la conquista española, y que perdura hasta recientes años mediante un sincretismo religioso que involucra la visión indígena prehispánica y la religión católica introducida por los españoles (Castillo, 2007; Garma & Masferrer, 1995; Masferrer, 2009).

[Ésta situación ha generado] un proceso de síntesis y de negociación entre modelos culturales diferentes que ... aún no ha concluido. Tal es el caso que, dentro de las relaciones interculturales, este proceso origina una ambigüedad y crea una tensión que crea un

diversificado contexto social donde conviven tanto indígenas nahuas y totonacos, como “mestizos” lugareños, sacerdotes, maestros, comerciantes, funcionarios municipales, funcionarios procedentes de fuera y, de alguna manera, investigadores y turistas nacionales y extranjeros (Castillo, 2007 p. 62).

Las personas indígenas de la Sierra Norte de Puebla interactúan y comparten numerosas formas de expresión y comportamiento, pues les atribuyen significados y valores homogéneos sobre el destino de la vida, la distribución de los saberes, la organización cívico-religiosa, la organización económica y política; pero sobre todo, les asignan valores similares a las relaciones interculturales con los mestizos, interacciones basadas en sistemas de conflicto étnico y lingüístico (Castro, 2007; Masferrer, 2004).

De esta forma, la población indígena de esta región crea, promueve y reproduce esquemas culturales (representaciones sociales) semejantes, pues parten de *“esquemas presupuestos sobre el mundo que son dados por sentidos y que son extensamente compartidos por los miembros de una sociedad que juegan un papel enorme en el entendimiento de su mundo y su acción en él”* (Quinn & Holland, 1987 en Rodríguez, 2004), por lo cual, funcionan para interpretar la experiencia y para guiar la acción en una gran variedad de interacciones sociales, como el matrimonio, y los elementos físicos y mentales que hay a su alrededor (D’ Andrade, 1995 en Cole, 2003/1999)—, cuya máxima diferencia radica en el uso del Náhuatl o el Tutunakú entre los municipios de la región.

Estos esquemas culturales cumplen las funciones de comunicación, motivación y justificación de las relaciones de género y generacionales entre la población indígena de la región, así como las relaciones con la población mestiza que habita en las comunidades indígenas; de esta forma los esquemas culturales son elementos integradores e integrantes de la población indígena, pues se constituyen como vehículos de comunicación de la sabiduría ancestral hacia las nuevas generaciones, las cuales desconocen u olvidan los códigos que norman las relaciones colectivas/comunitarias.

No se puede afirmar que la población de la Sierra Norte de Puebla es homogénea en cuanto a situación demográfica, pero se puede mencionar que mantiene una matriz cultural que permite observarla como una población semejante en cuanto a expectativas y comportamientos cotidianos, incluyendo los relacionados con el ejercicio de la sexualidad (Aguilar, 2012) y su interpretación del proceso salud/enfermedad (González, 2004), lo que permitirá crear estrategias de prevención y atención similares en hablantes de Náhuatl y Tutunakú de la Sierra Norte de Puebla ante padecimientos de salud sexual y reproductiva, incluyendo el VIH-sida.

## **2.2. El VIH en población indígena de la Sierra Norte de Puebla**

### **2.2.1 El VIH en la población indígena de México**

En México, como en otros países de Latinoamérica, existe poca información sobre el VIH en pueblos indígenas. En general, no existen datos cuantitativos *“que presenten un registro sistematizado y fidedigno de los casos que incluyan variables como etnicidad, lengua y otros factores culturalmente ilustrativos”* (Montijo & Gottsbacher, 2004 p. 12), y la poca investigación cualitativa que se ha realizado se enfoca principalmente a entender los factores de vulnerabilidad femenina en zonas rurales (Torres, Zarco & Allen, 2010). De esta forma, los pueblos indígenas en México han sido ignorados ante la epidemia de VIH (Ponce, 2011) sobre todo porque *“como tradicionalmente ha ocurrido, [estos] pueblos han sido usados desde el discurso oficial y folklorista... [lo que ha producido] una falta de esfuerzos tangibles de investigación epidemiológicos-socioculturales sobre la situación de la epidemia en nuestras comunidades indígenas”* (Ponce & Gómez, 2008 p. 14).

La invisibilidad de la población indígena en el contexto de la epidemia tiene que ver con diversos factores como:

1) No concebir la salud incluyendo a los pueblos indígenas, 2) los estereotipos sociales sobre quién es un indígena y cómo viven. En la medida en la que se les considera como algo exótico, que mora en lugares inaccesibles, se piensa que la epidemia no significa una amenaza para ellos, 3) la creencia sobre que todos y todas las indígenas son heterosexuales y la permanente vinculación del virus con homosexualidad, por ende, si no hay homosexualidad entre este sector de la población luego entonces no hay riesgo de VIH/SIDA, 4) muchos investigador@s (sic) creen que al desarrollar pesquisas y programas para los migrantes o población rural se está tomando en cuenta a los pueblos indios (sic), pero esto no es así porque se ignora su especificidad sociocultural en un país marcado por la discriminación y el racismo (Ponce, 2011 p. 11).

De esta forma, en México la poca investigación sobre poblaciones indígenas y VIH/sida se ha abordado a partir de la relación entre la incidencia de casos en zonas rurales del país, la migración masculina y femenina, y el estudio de unos pocos grupos étnicos (Torres, Zarco & Allen, 2010). Esta investigación ha mostrado que:

- a) Hay un fuerte desequilibrio entre los sexos. La preservación de la cultura va de la mano con la conservación de los comportamientos de género, lo que coloca a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad.
- b) El consumo de alcohol durante buena parte de su vida, más común entre varones y asumido como rasgo de virilidad, genera violencia familiar, abuso sexual, inhibición de las capacidades de decidir sobre el propio cuerpo y su protección.

- c) En general existe desinformación y [pocos] conocimientos respecto al cuerpo, la sexualidad, la epidemia, las formas de transmisión, sus riesgos, la prevención, la detección y por ende, una baja percepción del riesgo.
- d) No hay diálogo intergeneracional sobre sexualidad, prevención de embarazos ni VIH/SIDA.
- e) Persiste al interior de las comunidades actitudes homofóbicas que obligan a los hombres que tienen relaciones con otros hombres a migrar para no ser víctimas de discriminación.
- f) En los contextos migratorios la sexualidad de algunos varones y mujeres se modifican por el deseo de explorar, por la soledad, por la necesidad afectiva, por la ausencia de una red social de control, por aislamiento, por la necesidad de generación de ingresos económicos, por placer, por la mayor oferta de encuentros, incurriendo en comportamientos de mayor riesgo que probablemente no realizaron en su comunidad, lo que por supuesto acrecienta su vulnerabilidad.
- g) Las relaciones sexuales entre varones son muy comunes en las comunidades de origen, en particular durante la infancia y la pubertad, es igualmente común que estas relaciones se den con hombres mayores migrantes a zonas urbanas con altos índices de prevalencia, estos varones y jóvenes no usan preservativo.
- h) La migración es un camino para la introducción del virus a las comunidades.
- i) No existen suficientes servicios de salud y en los existentes hay graves deficiencias. Hay acceso muy limitado para el tratamiento de las ITS, pruebas de detección, tratamiento oportuno y prevención en áreas urbanas y rurales, además de un trato racista.
- j) El estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA es muy fuerte, algunos son expulsados de sus lugares de origen y/o son abandonados para morir.



- k) Muchos están muriendo a consecuencia del virus, ignorando la razón, así mismo están naciendo niñ@s (sic) con el virus y ya hay infantes huérfan@s (sic).
- l) A pesar de lo anterior, el VIH/SIDA se sigue considerando ajeno y externo a sus comunidades, por ello no es percibido como un problema de salud ni es un tema en su agenda de discusión (Ponce, 2011 p. 16-17).

De la misma forma, esta investigación ha mostrado que una de las formas de discriminación institucional hacia esta población en el contexto de la epidemia es *“la que los ‘infantiliza’ al presentarlos como incapaces de tomar decisiones, por ejemplo, respecto a su salud, o ‘inocentes’ respecto a la sexualidad”* (Hernández, 2011).

Lo anterior justifica la necesidad de crear espacios de diálogo sobre sexualidad, relaciones de género y VIH (Ponce, 2011) adaptados a las especificidades socioculturales de cada región indígena (Torres, Zarco & Allen, 2010), por lo que es indispensable analizar los factores de vulnerabilidad social, y entender los esquemas culturales de cada región, que moldean las representaciones sociales del VIH y las barreras psicológicas que promueven la propagación del virus entre las personas indígenas, en este caso, de la Sierra Norte de Puebla.

### **2.2.2 Epidemiología del VIH en la Sierra Norte de Puebla**

Si bien no existen datos epidemiológicos acerca del número de personas indígenas con VIH en la Sierra Norte de Puebla, algunas investigaciones han reportado la existencia de casos de personas con VIH, así como defunciones por infecciones oportunistas relacionadas con el sida, en municipios de la región:

- Aguilar (2012), a partir de los resultados del diagnóstico sobre servicios de salud sexual y salud reproductiva dirigidos a jóvenes nahuas de la Sierra Norte de Puebla, describe que en Cuetzalan se registraron en el año 2010 dos casos de hombres con VIH.
- Rendón (2010a), a partir de entrevistas a mujeres terapeutas tradicionales de Huehuetla, señala que se tiene el conocimiento de hombres que han fallecido por diversas infecciones oportunistas relacionadas con el sida.

De la misma forma, al revisar los casos acumulados en las Jurisdicciones Sanitarias de Huauchinango y Zacapoaxtla, Puebla –las cuales son encargadas de mejorar la calidad de vida de las personas indígenas de los municipios de la región en cuestión–, se observa que desde 1984 se habían acumulado 374 casos de VIH para junio del 2010 (Secretaría de Salud del estado de Puebla, 2010) que podrían corresponder, en la mayoría de casos, a personas de la Sierra Norte de Puebla que son atendidas en los diferentes hospitales generales o integrales correspondientes a dichas Jurisdicciones Sanitarias. Sin embargo, lo anterior sólo es una hipótesis que deberá ser corroborada con análisis retrospectivos de los datos presentados.

Aunque no existe un panorama epidemiológico, se debe considerar que la presencia de algunos casos de personas con VIH en la región justifica cualquier trabajo para prevenir la expansión de la epidemia en la población indígena de la Sierra Norte de Puebla.

### **2.2.3 Representaciones sociales del VIH en la Sierra Norte de Puebla**

Aunado a la falta de datos epidemiológicos acerca de la incidencia de VIH en la Sierra Norte de Puebla, existe una carencia en investigaciones cualitativas que permitan comprender las representaciones sociales del virus en la población indígena de la Región. Las instituciones gubernamentales se han preocupado en

trabajar sobre los procesos relacionados con el embarazo, principalmente por las altas tasas de mortalidad materna e infantil existentes en las comunidades indígenas (Cabral & Flores, 2000; Rosales & Doroteo, 2012), y las organizaciones de la sociedad civil se han enfocado a mostrar las carencias existentes en los servicios de salud que atienden la salud sexual y reproductiva en dichas comunidades (Aguilar, 2012).

Rendón y Rodríguez (2011), al realizar un proceso de adaptación de materiales de prevención de VIH-sida para comunidades indígenas del estado de Puebla, describen que en la Sierra Norte las terapeutas tradicionales Tutunakú consideran que el VIH es causado por transgredir las costumbres de la comunidad. Señalan que para estas terapeutas el virus es un padecimiento de las ciudades y que sólo puede ser adquirido por relacionarse con los “*lūhuā'n*” (persona no indígenas en Tutunakú), situación que invisibiliza la transmisión del virus entre personas indígenas.

Asimismo, en la Sierra Norte de Puebla los padecimientos de salud se explican y atienden a partir de una lógica simbólica que relaciona el mundo natural y social con el mundo sobrenatural, donde el conjunto de síntomas, causas y el proceso salud/enfermedad tienen coherencia y significado en términos de las concepciones propias de las pautas culturales de la región (González, 2004). Esto produce que la infección por VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida sean diagnosticadas y tratadas por las y los terapeutas tradicionales a partir de padecimientos como el susto y el embrujo (Rendón & Rodríguez, 2011), retrasando el diagnóstico oportuno de la infección (ver tabla 3).

En general, el VIH es observado como el problema de los otros –que cuando se presenta en la comunidad, puede ser confundido con otros padecimientos relacionados con la matriz cultural del proceso salud/enfermedad–, pero aún faltan investigaciones desde las ciencias sociales que permitan comprender de manera profunda el pensamiento de las personas indígenas de la región acerca del VIH y el sida.

**Tabla 3.**  
**Coincidencias sintomatológicas del VIH y los síndromes de filiación cultural (ampliado de Rendón y Rodríguez, 2011).**

Fase de la infección por VIH (Lamotte, 2004).	Síndrome de filiación cultural/Descripción	Tratamiento
<p>Infección aguda retroviral:</p> <p>Puede ser asintomática, como sucede en la mayoría de los pacientes. O sintomática, en cuyo caso el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, a saber:</p> <p>a) Síntomas generales: fiebre, faringitis, linfadenopatías artralgiás, mialgias, anorexia y pérdida de peso.</p> <p>b) Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas.</p> <p>De forma general, estos síntomas se manifiestan aproximadamente 6 a 8 semanas y no requiere tratamiento específico, sólo sintomático.</p>	<p>Susto:</p> <p>Enfermedad originada por cualquier episodio traumático que amenace la integridad física y/o del individuo.</p> <p><b>Los desajustes orgánicos y anímicos que acompañan al susto son muy drásticos; en la mayoría de los casos, el enfermo sufre la pérdida del alma o bien queda debilitado y puede padecer otros procesos morbosos</b> (Mata et al., 1994).</p> <p>Entre los síntomas se incluyen temblores, agitación, llanto, dificultad para dormir, palidez, nervios, <b>falta de apetito, pérdida de peso, dolores musculares y corporales, vómitos y diarreas</b> (Weller, 2002, en Weller, 2008).</p>	<p>Los tratamientos son variados, complejos y dependen de la causa del padecimiento. Combinan procedimientos tales como: baños, limpiezas, ingestión de tés medicinales, sobadas, frotadas con lociones y hierbas calientes de olores muy fuertes, y aplicación de emplastos sobre la región estomacal (Mellado et al. 1994).</p>
<p>Fase del portador asintomático.</p>		<p><b>Las terapéutas Tutunakú consideran que el tratamiento dio buenos resultados cuando el enfermo comienza a recobrar el apetito y a dormir sin sobresaltos</b> (Mellado y otros, 1994).</p>
<p>Fase de complejo relacionado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:</p> <p>Representa una fase intermedia entre el portador asintomático y la de caso SIDA. Clínicamente se reconoce por distintos síntomas:</p> <p>a) Generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado y pérdida de peso;</p> <p>b) Hematológicos: anemia y trombocitopenia.</p> <p>c) Respiratorios: tos seca persistente.</p> <p>d) Digestivos: diarrea.</p> <p>e) Dermatológicos: candidiasis oral, dermatitis seborreica, herpes simple recurrente, herpes zoster y verrugas genitales.</p> <p>f) Neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso-depresivo y meningitis aséptica</p>	<p>Susto complicado:</p> <p>Padecimiento descrito anteriormente el cual, <b>si se cursa con calentura</b>, puede complicarse afectando el sistema nervioso del enfermo, haciendo que sufra trastornos. Su estado continúa deteriorándose, "se hincha, se le adelgaza la sangre" y pierde por completo el apetito, condición que más tarde le producirá la muerte (Mellado et al., 1994).</p> <p>Embrujo:</p> <p>Conjunto de procedimientos que se acompañan con una serie de materiales mágicos y actos rituales, así como con componentes verbales variados y complejos, ejecutados por determinadas personas para alcanzar objetivos tales como enfermar o matar a un individuo, entre otros.</p> <p>En mayor o menor medida se encuentra presente la inclinación a señalar a un embrujo como la causa directa de las desgracias, sufrimientos y enfermedades que no tienen una explicación lógica en la concepción popular.</p>	<p>El tipo de tratamiento depende de la especialidad que tenga el terapeuta consultado. En general está basado en el mismo concepto: extraer el mal del interior del enfermo a través de la piel y, de este modo, hacer desaparecer el embrujo.</p>

**Tabla 3.**  
**Coincidencias sintomatológicas del VIH y los síndromes de filiación cultural (Continuación).**

Fase de la infección por VIH (Lamotte, 2004).	Síndrome de filiación cultural/Descripción	Tratamiento
	<p>La motivación principal es la envidia, y los principales síntomas pueden ser: <b>dolores agudos de estómago, diarrea, vómito, falta de apetito, dolor de cabeza, fiebre, pérdida de peso, dolores musculares y óseos, infecciones en la piel y oídos, pérdida temporal de la vista o parálisis de una mano o de un pie, debilidad, cansancio, somnolencia, apatía, palidez, miedo, angustia, mareos y alucinaciones.</b></p> <p><b>Cuando el embrujo se relaciona con aspectos amorosos, es común la presencia de enfermedades venéreas, dermatitis en la región genital, esterilidad e impotencia, entre otros padecimientos (Mata et al., 1994).</b></p>	
<p>Caso SIDA:</p> <p>Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Situaciones que si no se diagnostican oportunamente, pueden producir la muerte.</p>	<p>Embrujo:</p> <p>Padecimiento descrito anteriormente que se complica y, al no ser tratado de manera oportuna, puede producir la muerte.</p>	<p>Sin tratamiento.</p>

### **2.2.4 Correlatos de vulnerabilidad ante el VIH en la Sierra Norte de Puebla**

Como se describió en el apartado anterior, el riesgo individual se circunscribe en una estructura social históricamente construida que hace que algunos sectores poblacionales sean más vulnerables que otros (Magis, Bravo, Gayet, Rivera & De Luca 2008), siendo la condición étnica, el ser indígena, un factor que se traduce en condiciones sociales que propician la infección por VIH (Núñez, 2010).

La condición étnica, en particular el ser indígena en una sociedad como la mexicana, es un factor de vulnerabilidad en la medida en que implica estar colocado en estructuras diversas: 1) de explotación económica que los perpetúa en la pobreza y los impulsa a la migración, 2) de segregación o marginación social como los sistemas de salud y educación adecuados, 3) de subordinación política y cultural que les impide el pleno ejercicio de sus derechos humanos y de sus derechos colectivos como pueblos y 4) de dominación simbólica (racista, homofóbica, clasista) que a través de actos de discriminación cotidiana configuran sus dinámicas familiares sociales, emocionales, afectivas, sexuales. Esta sumatoria de condiciones estructurales dificulta o priva la posibilidad de un estado de salud sexual adecuado para prevenir la infección por VIH, esto es, de las posibilidades de conseguir un estado de bienestar integral y físico, psíquico y social en el cual vivir su existencia sexual. Ser indígena condiciona el no ejercicio de derechos sexuales necesarios para llegar a tener una sexualidad sin riesgos: el derecho a la información y educación sexual, el derecho a la no violencia en virtud a la propia identidad sexo-genérica, el derecho a los servicios de salud sexual, el derecho a la no discriminación, el derecho a la equidad, el derecho a un trato digno, etc. (Núñez, 2010 p. 493).

De esta forma, la vulnerabilidad dentro de las comunidades indígenas será configurada por la violencia sexo-genérica, así como por la pobreza y migración

existente en las poblaciones indígenas. Factores que serán analizados en la población de la Sierra Norte de Puebla.

#### **2.2.4.1 Violencia de género en la Sierra Norte de Puebla**

Desde la perspectiva de género se ha hecho hincapié que los *“los niños, machos o hembras, nacen con las mismas posibilidades, pero que los padres y demás elementos que los integran en la sociedad les imponen diversos estándares de comportamiento [ , entre ellos el sexual,] según los criterios dictados por la cultura”* (Rodríguez, 2009 p. 33), creando así lo masculino y lo femenino. El género apunta a la organización social de las relaciones entre las personas, es decir, a la construcción cultural que incluye formas de ser, actuar y sentir en un contexto histórico y social determinado (Bellato, 2007).

La investigación actual ha mostrado que no existe un solo femenino o masculino, y que más bien existen significados que hombres y mujeres asocian con la imagen de ser uno u otra a partir de los valores, creencias, ideales, normas y opiniones que guían las prácticas cotidianas (Bellato, 2007). Para el caso de la Sierra Norte de Puebla se puede observar que conviven tres y hasta cuatro generaciones de hombres y mujeres con la misma cantidad de imágenes de lo que es ser hombre o mujer en la región, significados que están relacionados con los cambios políticos y sociales que ha enfrentado la zona en las últimas décadas; no obstante, estas representaciones no varían significativamente entre generación y generación (Rendón, 2011b).

Para el caso de las mujeres, se ha observado que aún existe en el imaginario colectivo la representación de la mujer con ciertas características que le permiten ser valorada:

[La mujer es] valorada por su capacidad de gestar, dar vida,  
producir la mano de obra necesaria en la economía de la unidad

doméstica; obviamente el estatus es más alto cuando se es madre de hijos varones, que el varón es símbolo de fortaleza. También se asocia al hecho de ser mujeres al trabajo doméstico, pues desde la niñez la mujer está siempre llena de tareas y responsabilidades, por ejemplo, realizan trabajos domésticos que sus hermanos no hacen, e inician su pubertad asumiendo la maternidad (crianza y cuidados de sus hijos o hermanos menores); se les prepara para que su vida adulta sea una secuencia de embarazos, partos, lactancia y jornadas agotadoras, como acarrear agua y cargar leña desde grandes distancias y por caminos escabrosos, llevando en brazos a sus niños estando ellas embarazadas, sin contar con un tiempo para su desarrollo personal. Asimismo, desde la perspectiva sexual, sus mitos crean imágenes contradictorias de las mujeres y las dividen en “buenas y malas” (las buenas son madres y esposas, y las malas son las prostitutas, adúlteras, divorciadas y dejadas). En su mitología de tradición nahua-totonaca, se manifiesta claramente un temor constante al carácter peligroso y contaminante de los órganos sexuales femeninos; representan la oscuridad y la parte negativa del cosmos, que sólo será superada cuando la mujer sea madre, pues sus leyendas recalcan mucho los roles esperados de la mujer: abnegación, sacrificio, resignación (Rodríguez, 2009 pp. 41-42).

Para el caso de los hombres, se ha observado que la imagen correspondiente implica mayor estatus que el de la mujer al ser considerado el conductor, vigilante y protector del grupo familiar (Rodríguez, 2009); aunque muchas veces para



reafirmar este estatus tendrán que ejecutar conductas violentas a causa de diversos factores como:

Temor por no cumplir adecuadamente con las expectativas sociales...; [experimentar] tristeza y frustración por no poder establecer relaciones afectivas positivas y no poder cumplir con la demanda social de ser buen proveedor económico, dadas las circunstancias de fuertes restricciones económicas en las que se desarrollan estos varones, que en sus representaciones constituye uno de los soportes de lo que significa ser hombre (Bellato, 2007 p. 19).

Dichas conductas violentas no son verbalizadas bajo el concepto “violencia” por las mujeres que la padecen, las mujeres hablan del “mal trato”, de la “mala vida”, o de “regaños”, términos que son categorías de pensamientos locales en los que es posible identificar las formas de violencia que la bibliografía especializada ha conceptualizado como violencia física, sexual y psicológica o emocional. Estas manifestaciones de violencia son consideradas legítimas en la Sierra Norte de Puebla *“si lo aplican figuras de autoridad como los padres, esposos y maestros, siempre y cuando lo hagan con el fin de disciplinar a sus subordinados o como castigo para quienes no cumplen sus obligaciones, o les ‘faltan al respeto’* (González, 2004 p. 167).

Lo anterior no sólo ha sido manifestado en la literatura especializada, los cronistas locales dan testimonio de la violencia ejercida por las figuras de autoridad hacia las mujeres que no cumplen sus obligaciones o expectativas planteadas a partir del género, tal y como se puede observar en los siguientes fragmentos de poesía:

A ella no le salen las tortillas redondas, sus manos sólo saben  
pintar estrellas en tiempos de luna tierna.

Nunca aprendió a jugar el juego de los aplausos, se transforman las hojas en ortigas y espinas en las palmas de sus manos.

Por más que su cordón fue enterrado con cazuelas y canastas en el ombligo del fogón, su vientre jamás expulsará los diez frutos que la abuela pide.

Una vez que caminaba por la calle del pueblo, el sol le tiró pedradas, pero aun así, ella prefiere jugar con las hojas de violeta, pintar el comal de barro, convertirlo en espejo, hasta mirar cómo arde en la lumbre su propia espalda (Espinosa, 2008 p. 77)<sup>6</sup>.

En general, las diversas manifestaciones de violencia se reproducen de manera similar en los diversos estratos económicos de la región (Lovera, 2010), pues la percepción de cómo deben ser las relaciones familiares no se diferencia entre personas pobres y aquellas que tienen un mayor acceso a recursos económicos (Rojas & Sánchez, 2009) –ya por su incorporación a programas de apoyo gubernamental, o por su afiliación a sociedades cooperativas–. De esta forma, la violencia hacia las mujeres se justifica como correctivos por no cumplir las expectativas sociales de lo que es “ser mujer” (Amador, 2003), pero si se ha ido más allá de lo que se considera una autoridad legítima la persona puede pedir ayuda. Un exceso de autoridad se entiende cuando *“los padres ‘corrigen’ a sus hijos de manera ‘demasiado enérgica’, o a los maridos que golpean a sus esposas con frecuencia y de manera brutal”* (González, 2004 p. 167).

Esta violencia tiene diversas repercusiones en la salud de las mujeres indígenas; por ejemplo, en municipios Tutunakú seis de cada 10 mujeres tiene problemas de autoestima, dicen sentirse en una situación de inferioridad, dominio, discriminación, y resignación, en su relación con los hombres; llegando incluso a

---

<sup>6</sup> Ni lakstillin xa xtagá xchu (A ella no le salen las tortillas redondas), poesía en Tutunakú.  
Ni lakstillin xla lakgxtakgá xchu iymá tasamat, kalaklhkikinín staku xa maníy xmakanín akxní skgata pa'pa.  
Ni akxnikú xa makgapakgxnal akxní xkgamanán, lhtakún chu tatup litapalakgoy tawán kxmakgxtampún.  
Maski tamaknuka putsilin chu pakxgu xtamputsni kpumalhku akxní lakachilh, niakxnikú kitilikgokganalh kgalhkaw lekgokgot lakum skin xnana.  
Akxní makgatam akgatsiya xtlawama ktiji kxakachikín aktalalialh chichiní, pala nitu tlawá, lakgatiy xla lekgamanán xatawán limanin, maniy xlahan palhka', walhten limaxtu palhka', wakxilha lata akhikutajuma lata akhikutajuma kikhuyat Kstipun (Espinosa, 2008 p. 76).

querer haber nacido del sexo opuesto (Centro de Estudios y Desarrollo del Totonacapan Chuchutsipi A.C. CEDET, 2008).

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de estas mujeres, la violencia ejercida hacia ellas puede manifestarse mediante golpes durante el embarazo, negligencia durante el puerperio, y relaciones sexuales forzadas por parte del marido; siendo esta última manifestación de violencia aquella que se relaciona con las infecciones de transmisión sexual (CEDET, 2008; González, 2004), y por ende con el VIH.

Las investigaciones realizadas en municipios Nahuas muestran que las relaciones sexuales forzadas son una problemática:

Porque de acuerdo con las pautas culturales prevalecientes, el papel de la esposa implica el débito conyugal; es decir, parte de las obligaciones de servicio de la esposa al marido es tener relaciones sexuales cuando el marido las demande.... Pero hay algunas situaciones en las que las mujeres rechazan a los maridos: cuando llegan alcoholizados a casa, cuando las han golpeado, o cuando ellas saben que ellos han estado previamente con otra mujer. Sin estas condiciones el marido impone su voluntad de tener relaciones, las mujeres se sienten forzadas (González, 2004 p. 170).

Sin embargo, las relaciones sexuales forzadas no sólo responden al débito conyugal, sino también a la creencia –sobre todo en las mujeres más jóvenes– de que *“para tener a un varón en la palma de la mano, sólo hay dos cosas que hacer, quererlo mucho y tener sexo frecuentemente [complacerlo sexualmente], [pues] el sexo es el principal elemento en la pareja y así nunca te dejará”* (Rodríguez, 2009 p. 111). Sin embargo, el complacer sexualmente al hombre muchas veces involucra *“no usar ningún método anticonceptivo bajo el argumento de que al usar alguno [–condón–], existe la posibilidad de la infidelidad femenina”* (Observatorio

de Violencia Social y de Género de la Sierra Norte de Puebla, 2008). Así, el ejercicio de la sexualidad de las mujeres indígenas queda limitado a la voluntad del hombre.

Las relaciones sexuales forzadas durante el matrimonio se presentan en todas las generaciones de mujeres –aunque en las más jóvenes se reportan en menor medida– (Rodríguez, 2009), por lo que todas han entrado a un proceso de desesperanza aprendida al haberse resignado ante la infidelidad de sus esposos, ya que la consideran una conducta que forma parte del repertorio del ser hombre, al igual que el ejercicio de la violencia hacia ellas –*“la cual, por cierto, no es producto de la condición étnica, sino de la menor valorización que se confiere a lo femenino en todas las culturas conocidas en la actualidad”* (Rosales, 2010 p. 247)–.

Esta desvalorización a lo femenino no sólo recae en las mujeres, sino también en los hombres no heterosexuales. A los hombres que muestran abiertamente su gusto por los otros hombres, se les insulta mediante apelativos como *“puxtulo”* que quiere decir incompleto –que le hace falta su parte para ser hombre, y por eso la busca– en Tutunakú, o *“cuetán”* que puede entenderse como mula en nahua –haciendo referencia la incapacidad de reproducirse– (Rendón, 2012). Estas valoraciones muestran que, para esta región, la homosexualidad es vista como una situación anormal, *“la creencia general es que la homosexualidad es ‘cosa del diablo, no de Dios’..., aunque ésta se da en forma frecuente pero soterrada”* (Becerril & Sedeño, 1984 p. 291-292).

En contraste, existen hombres homosexuales que no se reconocen como tal y que mantienen contactos homoeróticos clandestinos pensando que mientras tengan un rol activo (penetrador) seguirán considerándose hombres, mientras que si mantienen un rol pasivo (penetrado) serán considerados homosexuales. En general, los hombres indígenas de la región viven con temor a la diversidad sexual, con temor a *“volverse”* homosexuales, pues el *“que pica un maricón, si no junta siete..., se vuelve maricón”* (Becerril & Sedeño, 1984 p. 293).

Si bien existe evidencia de la presencia de personas homosexuales en la región, son nulos los estudios contemporáneos acerca de su vida cotidiana. Sin embargo, por analogías con otros grupos indígenas, se puede decir que estos hombres sufren violencia por no ser heterosexuales, situaciones que les obligan a salir de la comunidad para vivir con menos factores estresantes y, por ende, con mayor tranquilidad (Núñez, 2010).

La violencia que se ejerce en la Sierra Norte de Puebla busca mantener un sistema androcéntrico, pues son los hombres quienes tienen la autoridad ante todas las situaciones de la comunidad; misógino, al considerar que las mujeres son inferiores a los hombres; y heterocéntrico, al considerar que la homosexualidad es una desviación de la norma sexual predominante en la región. De esta forma las conductas violentas manifestadas en la zona indígena pueden enmarcarse en lo que puede denominarse violencia de género (Rendón, 2010b). Esta violencia de género está íntimamente ligada a la infección por VIH:

Pues “es muy frecuente que un hombre tenga más de una pareja y que no se proteja con ninguna/o de ellas/os (sic). Además existe una relación de superioridad en donde los varones deciden dónde, cómo y cuándo tener relaciones sexuales, que obviamente implica la ausencia de métodos de protección, además de que deja de lado la capacidad de decisión de las mujeres (Montijo & Gottsbacher, 2004 p. 41).

De la misma forma, la existencia de rechazo, estigmatización y discriminación contra las diversas manifestaciones de la diversidad sexual por la existencia de ideas tradicionales, sexistas y conservadoras sobre el deber ser de hombres y mujeres, siguen afectando la vida de varias personas, siendo el riesgo de infección por VIH una de las múltiples consecuencias (Montijo & Gottsbacher, 2004).

Esta construcción sociocultural de la violencia de género en la Sierra Norte de Puebla –sus significados, prácticas y consecuencias– no es estática y se ve

influenciada por diversos factores como los medios masivos de información (Rodríguez, 2009), así como los procesos migratorios originados por la pobreza existente en la región (Masferrer, 2009).

#### **2.2.4.2 Pobreza y migración en la Sierra Norte de Puebla**

El término pobreza “*está asociado a un estado de necesidad o carencia de lo necesario para el sustento de la vida. Una persona es pobre cuando el nivel de vida observado no cumple con las normas mínimas para subsistir*” (González & Macías, 2005 p 16), es decir, una persona es pobre cuando se ubica en una situación en la cual existe insalubridad, desnutrición, escasos recursos y una alta exposición a las inclemencias del tiempo y a las enfermedades; situaciones que promueven una carencia de capacidades y oportunidades de desarrollo (Vélez, 1994 en González, Ramírez, Boltvinik & Macías, 2006). De esta forma, la pobreza en los pueblos indígenas se ha hecho tangible en las situaciones donde la inclusión en el mundo moderno ha implicado la migración hacia otros contextos –urbano y jornalero agrícola– (González, Ramírez, Macías & Chulín, 2006).

De acuerdo a Garma y Masferrer (1995) la pobreza de la Sierra Norte de Puebla inició con la imposición de cultivos agrocomerciales a partir de la segunda mitad del siglo XIX, en dicha época:

Se imponen cultivos de algodón que luego son desplazados por los textiles industriales en Puebla, después éstos son remplazados por la caña de azúcar que más tarde entra en crisis por los controles de precios que la hacen poco rentable. Finalmente se impone el cultivo de café, especie que había sido introducida en pequeños volúmenes también a finales del siglo XIX (p. 331).

Al principio, el cultivo del café fue muy rentable por su alto precio de compra, lo que permitió mejorar la calidad de vida de las personas indígenas, por lo que se privilegió este producto ante otros de autoconsumo, promoviendo así una alta dependencia de los alimentos traídos de otros lugares, los cuales eran subsidiados por la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo; Masferrer, 2009). Sin embargo, la caída del precio internacional del café y los cambios en Conasupo produjeron una crisis considerable entre las personas indígenas de la región pues las estrategias de supervivencia previas al periodo cafetalero quedaron invalidadas, los intentos de diversificar la producción agrícola implicaban costos muy altos (Garma & Masferrer, 1995), y por ende el café no podía ser sustituido por algún cultivo legal (Masferrer, 2009).

Esta situación ha repercutido severamente a las personas indígenas de la Sierra Norte de Puebla en las últimas décadas, sobre todo en la economía familiar (Rivadeneira & Ramírez, 2006). En general, las personas indígenas de la región –por lo menos las Tutunakú– se consideran pobres, el 32.8% considera que no tienen nada, el 19.8% siente que no les alcanza para lo necesario, 17.6% describe que no tiene tierra y 17.6% que no hay trabajo (González, Valverde, Macías & Chulín, 2006); lo que ha llevado a la población a buscar nuevas formas de ingreso (Alvarado, Juárez & Ramírez, 2005).

*“El no tener nada –como una característica del por qué se consideran pobres– está relacionado con los problemas de la vivienda, el empleo y la posesión de bienes, y se debe a la falta de ingresos suficientes para comprar lo necesario: motivos claros y objetivos de la realidad que están padeciendo. El no tener tierra, trabajar como jornalero, o que no existan posibilidades de empleo, son indicadores importantes que también salen a relucir y demuestran la situación de los indígenas [de la Sierra Norte de Puebla] (González, Valverde, Macías & Chulín, 2006 p. 139).*

Estas percepciones son compartidas en la mayoría de los municipios de la Sierra Norte de Puebla, por ejemplo, más del 40% de su población sobrevive en pobreza extrema (ver Tabla 4), lo que significa que estas personas no cuentan con el ingreso suficiente para adquirir un canasta alimentaria y por ende no podrían adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, 2012a). Asimismo, la mayor parte de estos municipios se encuentran en un rezago social alto, lo que implica que existe un rezago en educación, salud, servicios básicos y espacios de vivienda (CONEVAL, 2012b) en comparación con los municipios donde la mayoría de las familias no son indígenas.

**Tabla 4**  
**Población en pobreza y pobreza extrema, e índice de rezago social, en los municipios de la Sierra Norte de Puebla**

Municipio	Población en pobreza %	Población en pobreza extrema %	Índice de rezago social	Municipio	Población en pobreza %	Población en pobreza extrema %	Índice de rezago social
Ahuacatlán	87	41.4	Alto	Naupan	88.6	42.3	Alto
Amixtlán	86.4	43.3	Alto	Olintla	89.1	49.7	Alto
Atlequizayan	86.8	40.5	Alto	Pahuatlán	85.6	40.1	Alto
Camocuautla	91.1	59.1	Alto	San Felipe Tepatlán	89.2	55	Alto
Caxhuacan	77.2	31.4	Medio	Tepango de Rodríguez	89.6	45	Alto
Coatepec	89.2	42.7	Alto	Tepetzintla	87.6	48.7	Alto
Cuauteupan	86.6	45.9	Alto	Tlapacoya	89.6	47.6	Alto
Cuetzalan del Progreso	80.8	41.2	Alto	Tuzamapan de Galeana	76.9	23	Medio
Hermenegildo Galeana	88.8	54.5	Alto	Xicoteppec	75.4	23	Bajo
Huehuetla	86.4	46.2	Alto	Xochitlán de Vicente Suárez	82.9	33.2	Alto
Hueytlalpan	90.4	51.1	Alto	Zapotitlán de Méndez	83.2	32.7	Medio
Ixtepec	88.6	48	Alto	Zihuateutla	90	52.4	Alto
Jonotla	78.4	28.8	Medio	Zongozotla	86.3	29.9	Medio
Jopala	90	43.6	Alto	Zoquiapan	78.2	29.8	Alto

Elaboración propia con información obtenida de las estimaciones del CONEVAL (2011a) con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas-Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 (MCS-ENIGH 2010) y la Muestra del Censo de Población y Vivienda 2010; y el Índice de Rezago Social 2010 (CONEVAL 2011b).



Las dificultades económicas en las comunidades, la falta de recursos para la siembra, la falta de trabajo asalariado, el bajo precio del producto del café, el abandono de la tierra para sembrar el maíz y otros problemas hacen que [las personas indígenas de la Sierra Norte de Puebla] destaquen lo de afuera, miren hacia la ciudad o hacia los centros urbanos con el propósito de encontrar algún empleo (Castillo, 2007 p. 176).

Para esta población, el Distrito Federal y Puebla constituyen centros de atracción al ofrecer la posibilidad de empleo en las áreas industriales y de comercio, sin embargo, *“son pocos los que deciden quedarse definitivamente en el lugar donde trabajan; el no quedarse hace que no rompan con las costumbres de su pueblo”, regresando preferentemente para las festividades del santo patrón* (Rodríguez, 2009 p. 85).

En estos contextos, contrario a lo que esperan encontrar, las personas indígenas migrantes se encuentran con falta de oportunidades laborales dignas, ingresos y salarios muy bajos; presenta inseguridad laboral pues viven con temor de ser despedidas sin el pago de su trabajo; cuando se dedican a la venta de artesanías, la gente les regatea mucho al desconocer o devaluar el tiempo y complejidad que se lleva hacerlas. Asimismo tienen problemáticas relacionadas con la vivienda, les cobran una renta excesiva por espacios poco dignos para habitar y, al no contar con recibos que amparen sus pagos, viven con la incertidumbre de ser o no desalojados del espacio. De igual forma, las personas indígenas que migran de la Sierra Norte de Puebla se encuentran que los servicios básicos son inexistentes para ellas; carecen de accesos a servicios y programas de gobierno al no contar con la documentación básica como acta de nacimiento o credencial de elector, y cuando acceden son discriminadas y, en algunas ocasiones, humilladas por su condición étnica (Hernández & Hidalgo, 2003; Rendón, 2012).

[No obstante a lo anterior], estos procesos migratorios [también] ofrecen la posibilidad de nuevos valores respecto, por ejemplo, del ejercicio de la [sexualidad], el número de hijos y las relaciones de pareja, ya que los discursos que vienen de la “modernidad” promueven ideas como “la familia pequeña vive mejor”. “el uso de la sexualidad desligado de la reproducción”, “el uso del cuerpo como objeto erótico” (Rodríguez, 2009 p. 87).

Sin embargo, estos nuevos valores serán vividos de manera diferente entre hombres y mujeres pues para ellas existe “*el estigma de que si una mujer salió hacia otro lugar es porque es una mujer ‘fácil’*” (Rosales, 2010), mientras que para los hombres el proceso migratorio puede considerarse un ritual de iniciación masculina (Hernández-Rosete, Maya, Bernal, Castañeda & Lemp, 2008).

Para varias mujeres se crea una crisis que les indica que se deben alejar de todo lo moderno porque consideran que atenta contra sus roles tradicionales (Rodríguez, 2009), pero a su vez quieren mantenerlos porque saben que ellos significan la libertad que en su comunidad les es negada (Rosales, 2010).

Las nahuas... refieren una gran resistencia al matrimonio, pero hablan con frecuencia del día en que se casarán. A pesar de que en el contexto de sus pueblos serían mujeres “quedadas”... opinan que el casamiento es indeseable porque implica para ellas un costo muy alto: su libertad. Aunque quieren tener un esposo, creen que él restringirá su autonomía para actuar y decidir sobre sus recursos económicos e incluso para salir y seguir frecuentando a sus amistades. Se genera un dilema, pues, por un lado, saben que al estar solas tienen mayor independencia en sus acciones y, por el otro,

se hallan bajo la presión que ejerce la familia y la comunidad, y su propio deseo de amor y de tener hijos. La premisa es que ninguna mujer puede realizarse si no es en el matrimonio y bajo la dirección de un marido. Para las nahuas..., el matrimonio representa un rito de paso hacia la maternidad, hecho que, en el fondo, esperan vehementemente. Las relaciones de noviazgo y las prácticas sexuales son vividas con ambivalencia, pues, por un lado, se espera establecer vínculos afectivos con un hombre y procrear y, por otro, se experimentan deseos de mantener autonomía y libertad (Rosales, 2010 p. 217).

Esta crisis promueve que algunas de estas mujeres decidan regresar a sus contextos socioculturales, a sus roles tradicionales –*“donde la mujer, por su condición de género, está ubicada de antemano en una condición secundaria..., donde su papel femenino tradicional caracterizado por la sumisión y obediencia ante la conducta autoritaria del hombre”* (Baltazar, 2007 p. 114)–, mientras que otras se asimilan y optan por la cultura urbana, asumiendo poses modernas y adquiriendo más decisión sobre sus cuerpos (Rodríguez, 2009), aunque el ejercicio de su sexualidad sea experimentado desde dos polos distintos: el placer y el peligro; esto último por miedo al abandono de la pareja sexual después de ceder a sus presiones sexuales (Rosales, 2010).

El temor de “salir embarazada” es constante en estas mujeres, es el riesgo de mayor peso sobre durante el ejercicio de la sexualidad, sobre todo porque de suceder se reforzaría la idea comunitaria de que el salir del pueblo sólo significa un libertinaje sexual (Rendón, 2012). Sin embargo estas mujeres, como las que regresan a sus contextos de origen, carecen de herramientas para el cuidado de su salud sexual y reproductiva, sobre todo porque en sus comunidades los padres sólo les decían “cuídate”, les restringían el tener amigos, rara vez les permitían

asistir al baile y, por ende, pocas veces hablaban de uso y negociación del preservativo (Rosales, 2010).

En el caso de los hombres migrantes indígenas de la Sierra Norte de Puebla es más complejo describir su ejercicio de la sexualidad en los contextos urbanos en los que se insertan, sobretodo porque no existen estudios específicos para esta población en comparación a los trabajos que se relacionan con hombres indígenas migrantes de Oaxaca (Hernández-Rosete, Maya, Bernal, Castañeda & Lemp, 2008) o aquellos provenientes de Chiapas (García, Meneses & Pale, 2007). Situación que promueve que las siguientes descripciones se realicen por analogía entre grupos indígenas migrantes.

De acuerdo a algunos autores *“Estar fuera de su contexto social puede significar aislamiento, soledad, falta de apoyo económico, social y familiar. Estos sentimientos pueden inducir al migrante a buscar compañía..., también puede conllevar al rompimiento de normas sociales relativas al número de parejas sexualmente admitidas”* (Eriksson et al. en Evangelista, Tinoco & Martínez, 2007 p. 46).

Sin embargo, más allá de ese sentimiento de soledad, el anonimato puede significar que la persona está dispuesta a hacer cosas que no haría en su lugar de origen, como pudiese ser la visita cotidiana a prostíbulos, los cuales no visitan en la región de origen por temor a las sanciones familiares, sociales y religiosas a las que podrían hacerse acreedores de ser vistos en un lugar de este tipo (Rodríguez, 2009). En este sentido, para algunos indígenas migrantes existe *“la posibilidad de experimentar en el ámbito de la sexualidad... lejos de los controles comunitarios y con una variedad de jóvenes, entre las que se mencionan las ‘chicas de la calle’”* (Reartes, 2010) con las cuales, en el caso de los hombres jóvenes, podrán adquirir experiencia sexual que en la comunidad de origen no podrían obtener—experiencia que compartirán, en un futuro, con la pareja sexual definitiva— (Evangelista & Kauffer, 2007); o ejecutar posiciones sexuales y practicar el sexo oral y anal que no pueden pedirle a la pareja, en el caso de los hombres casados (Hidalgo, García, Flores, Castañeda, Lemp & Ruiz, 2008), porque en las

comunidades de origen estas prácticas se consideran algo sucio, inmoral, anormal, y una falta de respeto (Evangelista, Tinoco & Martínez, 2007).

En la mayoría de los casos, las relaciones sexuales extramaritales –en el caso de los hombres casados– o con varias mujeres –en el caso de los hombres jóvenes– suelen ser regla más que excepción, sobretodo porque prevalece la creencia de que el ejercicio sexual frecuente afirma la masculinidad de estos hombres (Rosales, 2010).

Discursivamente, la modernidad dentro de las ciudades busca establecer un tipo de relaciones más igualitarias entre varones y mujeres, aunque esto no se cumple porque lo que los hombres indígenas al migrar se encuentran con un mundo patriarcal y machista donde se ejerce mayor discriminación y cosificación de las mujeres y su cuerpo (Rodríguez, 2009), lo que reafirma la idea de superioridad masculina que se vive, reproduce y perpetua en las comunidades indígenas.

#### **2.2.4.3 Configuración de la vulnerabilidad en la Sierra Norte de Puebla**

Considerando los incisos anteriores, la configuración de la vulnerabilidad para la infección por VIH en población indígena de la Sierra Norte de Puebla se moldea por los siguientes elementos:

- La creencia de que el VIH es una enfermedad de los de afuera (los no-indígenas) o de aquellos que rompen las tradiciones;
- La violencia de género existente en las comunidades de la Sierra Norte de Puebla, la cual subordina a las mujeres ante los hombres, que promueve relaciones sexuales forzadas y sin protección;
- La infidelidad masculina basada en la creencia de que es una conducta normal en los hombres;
- La carencia de información y herramientas para el cuidado a la salud sexual y reproductiva;

- Los procesos migratorios que permiten el ejercicio de la sexualidad sin sanciones familiares, sociales y/o religiosas, en especial de los hombres;
- La falta de acceso a los servicios de salud en las comunidades de origen o los centros urbanos de recepción;
- Las coincidencias sintomatológicas del VIH y el sida, y los síndromes de filiación cultural.

Estos elementos deben ser considerados ante la posibilidad de planificar y/o ejecutar estrategias para la prevención del VIH en comunidades indígenas de la Sierra Norte de Puebla.

# CAPÍTULO 3

SE CURAN TORCEDURAS  
-DE HUESOS-EN GRAL

ENTRADA FRENTE A LA CASA  
DEL SR. FEDERICO CARMONA.

A SUS ORDENES PARA ATENDERLE  
EN CURACIONES COMO SON:

Torseduras Retrasos  
Dislocaciones Menstruales  
Ovarios DE LUNES A DOMINGO Coxonis.  
Naturista Masculares HORARIO  
QUIROPRACTICO. CORRIDO



## **3.1 Propuesta para la prevención del VIH en comunidades indígenas de la Sierra Norte de Puebla**

### **3.1.1 Justificación**

Como se describió en el apartado anterior, existe poca información acerca de la infección por VIH en comunidades indígenas, es decir: a) hace falta información epidemiológica que muestre la incidencia de la epidemia en la población; b) existe poco trabajo cualitativo que permita comprender los factores que promueven la vulnerabilidad social frente a la epidemia; c) se desconoce el impacto de las pocas estrategias de prevención ejecutadas en comunidades indígenas; d) no existe material traducido a las lenguas y adecuados a la cosmovisión de las diferentes culturas indígenas en México.

Lo anterior se agudiza en la en la Sierra Norte de Puebla, donde la poca información existente para configurar correlatos de vulnerabilidad ante el VIH se basa en investigaciones que sólo describen e interpretan –y no por ello se desmerece– los problemas de las mujeres indígenas de la región (e g. Rodríguez, 2009; Rosales, 2010). Si bien esta investigación muestra que los problemas de estas mujeres tienen sus raíces en las premisas histórico-socio-culturales que prevalecen en las comunidades indígenas de la región, no existe investigación acerca de la socialización de los hombres, sus problemas y temores; lo que representa un sesgo importante a cubrir para tener un panorama completo de las relaciones de género existentes en esta zona indígena. De la misma forma, hacen falta investigaciones que muestren cuales son los cambios de comportamiento e ideas que sufren los hombres de esta región indígena cuando migran a espacios urbanos, sobre todo en tópicos relacionados con el ejercicio de la sexualidad.

Asimismo, en esta región, la información sobre el VIH no ha permeado a toda la población indígena por lo que aún se considera que es un padecimiento de las ciudades, de los de afuera, y lo llegan a confundir con otros padecimientos que presentan signos y síntomas similares y que tienen profunda relación con su



cosmovisión sobre el proceso salud/enfermedad, como son el susto y el embrujo. Aunada a esta falta de información sobre el virus, en la región poco se habla del ejercicio de la sexualidad, por lo que las personas carecen de información y herramientas esenciales para el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Esta falta de información promueve dos fenómenos paralelos: a) que la mayoría de las mujeres viva el ejercicio de la sexualidad como una obligación; y b) que los hombres tengan varios contactos sexuales por la búsqueda de reafirmación de su masculinidad. Fenómenos que ponen en riesgo la integridad de la población ante el VIH; sobre todo si se considera que en la mayoría de estos contactos no se utiliza condón como elemento de protección.

A partir de lo anterior, se vuelve relevante generar estrategias que busquen brindar información sobre VIH que no deje de lado la cosmovisión cultural acerca de los procesos de salud y enfermedad que perduran en la región, y la creación de espacios para el empoderamiento de las mujeres y la reducción de los hombres en cuanto a los roles estereotipados de género y su relación con el ejercicio de la violencia y la sexualidad. Buscando así disminuir los factores que configuran la vulnerabilidad ante el VIH en las comunidades indígenas de la Sierra Norte de Puebla.

### **3.1.2 Objetivos**

#### **General**

Que hombres y mujeres indígenas de la Sierra Norte de Puebla puedan construir entornos favorables para la prevención del VIH en sus comunidades.

#### **Particulares**

Que las mujeres, después de participar en el taller “Construcción de relaciones familiares armoniosas: módulo para mujeres”, modifiquen sus ideas acerca de los

roles de género y adquieran capacidades para controlar su vida sexual y reproductiva –lo que significa en términos muy concretos, que no entren en relaciones sexuales sin su voluntad; que sean capaces de negociar prácticas sexuales placenteras para ellas como para su pareja; y que los hombres practiquen el sexo seguro–.

Que los hombres, después de participar en el taller “Construcción de relaciones familiares armoniosas: módulo para hombres”, modifiquen sus ideas acerca de los roles de género y adquieran capacidades para controlar su vida sexual y reproductiva –lo que significa en términos muy concretos, que no ejecuten relaciones sexuales en contra de la voluntad de la pareja; que sean capaces de negociar prácticas sexuales placenteras para ellos como para su pareja; y que practiquen el sexo seguro–.

Que las y los terapeutas tradicionales de la Sierra Norte de Puebla se conviertan en promotores para la prevención de VIH en sus comunidades después de participar en el taller “Medicina tradicional y VIH en las comunidades indígenas”.

### 3.1.3 Participantes

1. El taller “Construcción de relaciones familiares armoniosas: módulo para mujeres” será dirigido a mujeres con las siguientes características:

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Edad	14 a 18 años	19 a 25 años	26 a 36 años
Grado escolar	Bachillerato y Secundaria	Secundaria	Secundaria y Primaria
Condición personal característica	Mujeres en relación de noviazgo	Mujeres en relación de noviazgo, casadas o en unión libre	Mujeres casadas o en unión libre
Conocimientos previos	No necesarios	No necesarios	No necesarios

El número de participantes por grupo serán 15 como mínimo y 25 como máximo, pertenecientes a los municipios de San Miguel Atlequizayan (Tutunakú) y Jonotla (Nahua) las cuales serán convocadas de la siguiente manera:

- Las mujeres de 14 a 18 años de edad serán abordadas en las instalaciones de sus escuelas, por lo cual se pedirá el apoyo a la Dirección de Educación Indígena del Estado de Puebla y la Delegación del estado de Puebla de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, en las regiones de Huehuetla y Zacapoaxtla, para que ellas permitirán el acceso a las escuelas de los municipios citados.
- Las mujeres de 19 a 25 años de edad serán convocadas mediante los Centros Coordinadores para el Desarrollo Indígena de las regiones de Huehuetla y Zacapoaxtla, para que ellos convoquen a las mujeres que atienden mediante el Programa Organización Productiva para Mujeres Indígenas (POPMI) de los municipios seleccionados para esta propuesta.
- Las mujeres de 26 a 35 años de edad serán convocadas mediante los Centros Coordinadores para el Desarrollo Indígena de las regiones de Huehuetla y Zacapoaxtla, para que ellos convoquen a las mujeres que se encuentren apoyadas mediante acciones del Programa para la Igualdad de Género con Población Indígena (PAIGPI) de los municipios seleccionados para esta propuesta.

2. El taller “Construcción de relaciones familiares armoniosas: módulo para hombres” será dirigido a hombres con las siguientes características:

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Edad	14 a 18 años	19 a 25 años	26 a 36 años
Grado escolar	Bachillerato y Secundaria	Secundaria	Secundaria y Primaria
Condición personal característica	Hombres en relación de noviazgo	Hombres en relación de noviazgo, casados o en unión libre	Hombres casados o en unión libre

El número de participantes por grupo serán 15 como mínimo y 25 como máximo, pertenecientes a los municipios de San Miguel Atlequizayan (Tutunakú) y Jonotla (Nahua), los cuales serán convocados de la siguiente manera:

- Los hombres de 14 a 18 años de edad serán abordados en las instalaciones de sus escuelas, por lo cual se pedirá el apoyo a la Dirección de Educación Indígena del Estado de Puebla y la Delegación del estado de Puebla de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, en las regiones de Huehuetla y Zacapoaxtla, para que ellas permitirán el acceso a las escuelas de los municipios citados.
- Los hombres de 19 a 25 años de edad serán convocados mediante los Centros Coordinadores para el Desarrollo Indígena de las regiones de Huehuetla y Zacapoaxtla, para que ellos convoquen a los novios, esposos o parejas de las mujeres que atienden mediante el Programa Organización Productiva para Mujeres Indígenas (POPMI) de los municipios seleccionados para esta propuesta.
- Los hombres de 26 a 35 años de edad serán convocados mediante los Centros Coordinadores para el Desarrollo Indígena de las regiones de Huehuetla y Zacapoaxtla, para que ellos convoquen a los esposos o parejas de las mujeres que se encuentren apoyadas mediante acciones del Programa para la Igualdad de Género con Población Indígena (PAIGPI) de los municipios seleccionados para esta propuesta.

3. El taller “Medicina tradicional y VIH en las comunidades indígenas” será dirigido a hombres y mujeres con las siguientes características:

	Hombres	Mujeres
Edad	35 a 60 años	25 a 60 años
Grado escolar	Saben leer y escribir	Saben leer y escribir

Condición personal característica	Curanderos, Hueseros, Yerberos.	Curanderas, Hueseras, Yerberas, Parteras
Conocimientos previos	En medicina tradicional	En medicina tradicional

El número de participantes será de 40 personas las cuales serán convocadas a partir del Hospital Integral de Huehuetla y del Centro Coordinador para el Desarrollo Indígena de Zacapoaxtla, los cuales atienden a una gran parte de la población de la Sierra Norte de Puebla; instituciones pertenecientes a la Secretaría de Salud del Estado de Puebla y la Delegación del estado de Puebla de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, respectivamente.

### 3.1.4 Escenario

Los talleres se realizarán en dos escenarios generales: las escuelas secundarias o bachilleratos existentes en los municipios seleccionados, y los Hospitales Integrales.

En el municipio de San Miguel Atlequizayan se trabajará en las escuelas: Telesecundaria “Juan Escutia”, y el Bachillerato General “Francisco Javier Mina”; en contraparte, en el municipio de Jonotla se ejecutarán las actividades en las escuelas: Secundaria “Beethoven” y el Bachillerato General “5 de Mayo”. En estas escuelas se realizarán los talleres para hombres y mujeres de los tres rangos de edad señalados. Los talleres con las y los terapeutas tradicionales se ejecutarán en los Hospitales Integrales de Huehuetla y el Centro Coordinador para el Desarrollo Indígena de Zacapoaxtla.

Dentro de estos espacios, se utilizará un aula de 30 m<sup>2</sup> como mínimo y 40 m<sup>2</sup> como máximo. Este espacio deberá estar bien ventilado y contar con buena iluminación –natural de preferencia–; de la misma forma deberá contar con 25 sillas y cinco mesas para trabajar en equipo. El equipo digital necesario para desarrollar estos talleres son: un cañón proyector y una computadora portátil,

ambos para las sesiones de presentación; en caso de no contar con electricidad para el cañón proyector, se recomienda imprimir las dispositivas en “lona ahulada” en medidas no menores a 90cm por 120cm.

### **3.1.5 Acciones propuestas**

En este trabajo se han propuesto trabajar con tres grupos específicos: mujeres y hombres de la población en general, y hombres y mujeres terapeutas tradicionales. Para el primer caso se propone ejecutar el taller “Construcción de relaciones familiares armoniosas” con un módulo específico para cada sexo: con las mujeres se propone replicar el taller “Aprendiendo a vivir con las diferencias” desarrollado por Patrón (2003) el cual ha sido probado y ejecutado con mujeres indígenas Tutunakú de la Sierra Norte de Puebla, con los hombres se propone ejecutar el taller “Masculinidad: nuevas formas de ser hombres en la familia y la comunidad” desarrollado por Rendón (2011b) el cual ha sido probado y ejecutado con hombres indígenas Nahuas de la Sierra Norte de Puebla.

Para el caso específico de las y los terapeutas tradicionales, desde finales del siglo XX existen talleres enfocados a capacitar a las parteras tradicionales para mejorar la salud reproductiva femenina (Pelcastre, Villegas, De León, Díaz, Ortega, Santillana et al., 2005), sin embargo, no existen talleres que les permitan actualizarse en otros temas relacionados a la salud sexual como es el caso del VIH. Atendiendo a lo anterior, se propone ejecutar el taller “Medicina tradicional frente a los problemas de la sexualidad”. Éste taller consta de dos módulos que desarrollan en 10 diez horas: 1) Módulo teórico: Coincidencias sintomatológicas del VIH y los síndromes de filiación cultural; 2) Módulo práctico: Detección temprana del VIH (ver anexo).

Éste taller busca lograr que las y los terapeutas tradicionales reconozcan que existen padecimientos médicos que presentan el mismo conjunto de signos y síntomas que los síndromes de filiación cultural que ellos saben curar, pero que no pueden ser tratados sin el componente de la medicina académica (Rendón & Rodríguez, 2011). De la misma forma busca que estas personas, después de

haber participado en este taller, se conviertan en promotoras para la prevención del VIH en sus comunidades de origen, lo que significa que:

- Las y los terapeutas tradicionales puedan ejecutar pláticas informativas sobre el VIH cuando brindan sus servicios médicos tradicionales;
- Las y los terapeutas tradicionales puedan ejecutar pruebas de detección rápida para la detección de VIH;
- Las y los terapeutas puedan ejecutar acompañamiento para las personas que obtengan una respuesta afirmativa acerca del virus en su cuerpo;
- Las y los terapeutas puedan canalizar a las personas con personal médico gubernamental para un tratamiento integral que incorpore a la medicina académica y la medicina tradicional.

Lo anterior se sustenta en la lógica de que las y los terapeutas tradicionales llegan a tener un mejor conocimiento de la población que los médicos gubernamentales –dado que ellos no sólo brindan sus conocimientos, sino que también establecen una relación afectiva y social que los médicos académicos (Rendón & Rodríguez, 2011)–, y que ellos no sólo se centran en manejar los padecimientos físicos inmediatos, *“sino también las tensiones emocionales que van minando al organismo y eventualmente provocan [otros] trastornos en la salud”* (González, 2004 p. 190). De esta forma, las y los terapeutas tradicionales han desarrollado un conjunto de respuestas prácticas que el personal médico gubernamental no ha logrado; sobre todo en problemas que involucran trabajar con la intimidad de la persona, como pudiese ser el VIH.

Así, al finalizar el taller, se habrá ejecutado una acción que permitirá complementar las sinergias entre la medicina tradicional y la medicina académica, lo que permitirá construir entornos favorables para la prevención del VIH.

### **3.1.6 Producto propuesto**

Como material de apoyo a los talleres antes mencionados, se propone diseñar un folleto con información básica sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Dicho folleto incluirá una síntesis de la información básica propuesta por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, UNESCO (por sus siglas en ingles), y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para las Mujer, UNIFEM (por sus siglas en ingles), en su “Manual para jóvenes: VIH y SIDA, Derechos Humanos y Género” (2007).

Este folleto se les entregará a las y los participantes durante las sesiones de trabajo que involucran el tema de infecciones de transmisión sexual, de tal forma que sería un material que reforzaría el tópico analizado durante el taller.

### **3.1.7 Criterios de evaluación**

Si bien el objetivo general de esta propuesta es la construcción de entornos favorables para la prevención del VIH, la evaluación de que la propuesta cumpla dicho cometido será a largo plazo. Sin embargo, como evaluación a corto plazo, después de un mes de ejecución de los talleres se ejecutarán grupos focales para evaluar el cambio de actitudes en cuanto a las relaciones de género, así como para evaluar los conocimientos sobre VIH adquiridos durante la ejecución de los talleres.

Las entrevistas logradas mediante la estrategia de grupos focales tienen el propósito de registrar como los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia. Como todo acto comunicativo tiene siempre un contexto (cultural, social), entonces el investigador debe dar prioridad a la comprensión de esos contextos comunicativos y a sus diferentes modalidades. Esta modalidad de entrevista grupal es abierta y estructurada: generalmente toma la forma de una



conversación grupal, en la cual el investigador plantea algunas temáticas –preguntas asociadas a algunos antecedentes que orientan la dirección de la misma, de acuerdo con los propósitos de la investigación. En este sentido, se diferencia de una conversación coloquial porque el investigador plantea, previamente las temáticas y, si es el caso, el tópico no se da por agotado retornando nuevamente una y otra vez ya que interesa captar en profundidad los diversos puntos de vista sobre el asunto discutido (Aigner, 2002 p. 1).

De esta forma, con la ejecución de los grupos focales se podrán analizar las fortalezas y debilidades de los procesos de capacitación, así como detectar las nuevas necesidades de capacitación que apuntalen el trabajo desarrollado mediante esta propuesta.

# CAPÍTULO 4



#### **4.1 Alcances y limitaciones**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es uno de los patógenos mejor estudiados en el mundo. Se ha descubierto su origen, se conocen las vías de infección, y se ha descrito el proceso de replicación dentro del cuerpo humano; sin embargo se desconoce una cura para dicha infección. Asimismo, se conocen las causas que fomentaron la epidemia a nivel mundial y, sobre todo, las consecuencias sociales que esta infección ocasionó al reforzar viejos mitos y estereotipos acerca de la normalidad. De la misma forma se han descrito los factores de vulnerabilidad y los factores relacionados a la infección por VIH que diversos sectores de la población comparten, por ende se han desarrollado estrategias para prevenir el aumento de la epidemia en dichas poblaciones.

Para el caso de la disciplina que nos compete, se conoce el diagnóstico de los problemas de la salud mental relacionados con el VIH y su impacto en la identidad de la persona infectada –incluso de los familiares–, y por ende se han desarrollado posibles tratamientos que buscan ajustar a las personas para convivir con su padecimiento y sus entornos personales, familiares, laborales y sociales.

Sin embargo, con excepción del conocimiento biomédico –que es aplicable a todos los seres humanos–, aún se desconocen la mayoría de los factores de vulnerabilidad y los factores relacionados a la infección por VIH en las comunidades indígenas de México, y por consiguiente se desconocen estrategias efectivas para la prevención de la epidemia en estas poblaciones, así como los tratamientos para las posibles crisis que enfrenten las personas que pudiesen ser detectadas con este virus.

Un primer alcance de este trabajo radica en la sistematización de la mayor cantidad de información desarrollada en la Sierra Norte de Puebla en diferentes tópicos, dando un acercamiento integral a los factores de vulnerabilidad que posibilitarían una epidemia por VIH en las comunidades indígenas de esta región. No obstante, y como primera limitante, la información referente de los roles

estereotipados de género y el ejercicio de la sexualidad en estas comunidades se basa en investigaciones desarrolladas con mujeres, por lo que varios comportamientos negativos ejecutados por hombres que se describen en estos correlatos corresponden parcialmente a una realidad que ha sido complementada por analogías con otros hombres indígenas en similitud de condiciones. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de realizar investigaciones con hombres de la región que permitan conocer la realidad existente en esta zona indígena.

Un segundo alcance de este trabajo, y probablemente una aportación a la detección del VIH en comunidades indígenas, es el reconocimiento de los síndromes de filiación cultural que mantienen similitudes con los signos y síntomas del proceso de infección por VIH hasta el desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana. Esta consideración permite retomar el conocimiento tradicional del proceso salud/enfermedad de las comunidades y adecuarlo para que dicha cosmovisión pueda ser una herramienta para la detección y tratamiento de personas con VIH.

Una posible limitante para las personas que no conocen la región radicará en la incompreensión de los conceptos tradicionales para denominar algunos padecimientos de salud, pues muchos de los síndromes de filiación cultural no sólo guardan similitudes con el proceso VIH/sida, sino con patologías relacionadas a la salud mental. Lo anterior podrá solucionarse si las y los psicólogos –y otros profesionales interesados en el tema– se documentan y reflexionan sobre la medicina tradicional –sus bases, usos, alcances y limitaciones– y la etnopsicología aplicada en las comunidades indígenas (Barrera, 1994).

Teniendo en cuenta esta discusión, la propuesta de intervención tiene grandes alcances, destacándose que: a) eliminará la creencia de que el VIH es sólo una enfermedad de los de afuera, o de aquellos que rompen las tradiciones; b) se evitará confundir el VIH con otros síndromes de filiación cultural, por lo que se podrán detectar y tratar de manera integral a las personas con el virus; c) se deconstruirán diversas premisas histórico-socio-culturales en las que sustenta la violencia de género que aún se ejecuta en la Sierra Norte de Puebla; d) se

deconstruirán premisas que permiten el ejercicio de la infidelidad masculina; e) se capacitará a promotores y promotoras comunitarios que puedan ejecutar pláticas para la prevención del VIH en su lengua materna y sin dejar de lado la cosmovisión del proceso salud/enfermedad que prevalece en la comunidad.

De esta forma se lograrían cubrir los objetivos particulares descritos en la propuesta, y llegar así a la construcción de entornos favorables para la prevención del VIH en comunidades indígenas Nahuas y Tutunakú de a Sierra Norte de Puebla.

## Referencias

- Abrego, L., de Caso, L., García, P., Hernández, S., López, A., Malagón, N. et al. (1998). *Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA* (2ª ed.). México: CENSIDA.
- Aguirre, J. y Rendón, A. (2008). *Aproximación a una masculinidad estigmatizada: Hombres que tienen sexo con otros hombres*. México: CONAPRED.
- Aguilar, R. (2012). Diagnóstico sobre servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a jóvenes nahuas de la Sierra norte de Puebla. En A. Rosales & S. Mino (Coord.). *La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención* (pp. 113-135). México: SIPAM/INDESOL.
- AIDSinfo. (2005). *The HIV life cycle* [El ciclo de vida del VIH]. Recuperado de [http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/HIVLifeCycle\\_FS\\_en.pdf](http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/HIVLifeCycle_FS_en.pdf)
- Aignerren, M. (2002). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. *La Sociología en sus escenarios*, 6, 1-32. Disponible en <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/1611/1264>.
- Amador, P. (2003). *Violencia y relaciones de género, en una comunidad Náhuatl-Totonaca, de la Sierra Norte de Puebla*. Tesis de licenciatura inédita, Universidad Autónoma de México, México.
- American Psychological Association. (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (2ª ed. Adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.

- Alarcón, D. (2003). Primeras descripciones e investigaciones sobre el SIDA en México. En D. Alarcón & Ponce de León, S. (Eds.) *El SIDA en México: veinte años de la epidemia* (pp. 13-18). México: El Colegio Nacional.
- Alvarado, C., Juárez, H. & Ramírez, B. (2006). La comercialización del café en una comunidad indígena: estudio en Huehuetla, Puebla. *Ra Ximhai*, 2 (2), pp. 293-318.
- Álvarez, R. (1988). Pacientes y Médicos. En F. Galván (Coord.). *El SIDA en México: Los efectos sociales* (pp. 161-169). México: Universidad Autónoma de México.
- Antela, A. (2004). *Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, DC., OPS.
- Arrizabalaga, J. (1995). La construcción de la SIDA: de la “pesta dels gais” a la malaltia dels “altres” [La construcción del SIDA: de la “peste de los gays” en la enfermedad de los “otros”]. En Puig i Pla, C. (Coord.) *Actes de les III Trobades d’Història de la Ciència i de la Tècnica als Països Catalans 1994* (pp. 81-96). Barcelona: Societat Catalana d’Història de la Ciència i de la Tècnica.
- Ávila, S. y Reyes, G. (2008). Virología del VIH: buscando nuevas estrategias antirretrovirales. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2ª. ed., pp. 135-160). Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), 53-69.

- Baltazar, C. (2007). *Vínculo entre la construcción histórica y la concepción de lo indígena en los jóvenes urbanos de secundaria*. Tesis de Maestría Inédita, Universidad Pedagógica Nacional, México.
- Baltazar, S. (2007). Tejiendo sueños y bordando realidades. Las mujeres indígenas migrantes. En B. Suárez & E. Zapata (Coord.). *Ilusiones, sacrificios y resultados. El escenario real de las remesas de emigrantes a Estados Unidos*. México: GIMTRAP.
- Barrera, J. (1994). La etnopsicología en la cosmovisión de los adultos indígenas. *Revista Educación de Adultos*, 20, 26-32.
- Barrios, D. (2003). *Resignificar lo masculino. Guía de supervivencia para varones del siglo XXI*. México: Vila Editores.
- Becerril, M. & Sedeño, L. (1984). *Dos culturas y una infancia. Psicoanálisis de una etnia en peligro*. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Bellato, L. (2007). *Representaciones sociales de la sexualidad de hombres y mujeres Mazahuas*. México: CDI.
- Borunda, R. (2009). Una cultura de tres corazones, en M. González & A. Cerdeño. (2009). *El arte de ser Totonaca*. México: Gobierno del estado de Veracruz.
- Bronfman, M. & Leyva, R. (2008). Migración y SIDA en México. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2ª. ed., pp. 241-258). Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Cabral, J. & Flores, A. (2000). *Salud sexual y reproductiva en jóvenes indígenas de las principales etnias de México. Hñahñú, Maya, Mixteca, Nahuatl, Tzeltal, Zapoteca: enfoque sociodemográfico, antropológico y psicosocial*. México: IMSS-Solidaridad.



- Calderón, J. (2002). Diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 45 (3), 110-117.
- Cánoves, L. (s/f). *Alteraciones psicológicas en el paciente VIH*. Recuperado el 25 de mayo de 2012 de <http://www.ashecova.org/>
- Cárdenas, L. (1988). Dramatismo, Esperanza, Frustración. En F. Galván (Coord.). *El SIDA en México: Los efectos sociales* (pp. 173-179). México, D.F., México: UAM.
- Catillo, M. (2007). *Mismo Mexicano Pero Diferente Idioma: Identidades y Actitudes Lingüísticas en los maseualmej de Cuatezalan*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia/UNAM/Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- Castro, R., Erviti, J. & Leyva, R. (2007). Globalización y enfermedades infecciosas en las poblaciones indígenas de México. *Cuadernos de Saúde Pública*, 23, S41-S50.
- Centro de Estudios y Desarrollo del Totonacapan Chuchutsipi A.C. (2008). *Proyecto Talakxtamit Lakchajan Chu Chixkuhuin (Igualdad Mujeres y Hombres)*. México: CEDET/CDI.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA. (2012). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Junio de 2012*. México, D.F., México.: Autor. Disponible en [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida\\_vih30junio2012pub2.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida_vih30junio2012pub2.pdf)
- Chersich, M. & Rees, H. (2008). Vulnerability of women in southern Africa to infection with HIV: biological determinants and priority health sector interventions [La vulnerabilidad de las mujeres en el sur de África a la

infección por VIH: determinantes biológicos e intervenciones prioritarias del sector salud] (Suplemento). *AIDS*, 22, S27-S40.

Chong, F. (2003). *Muerte en Vida: Representación Social del Sida*. Tesis de maestría inédita, Universidad de Guadalajara, México.

Chong-Villarreal, F., Torres-López, T. & López-Coutiño, B. (2007). La representación social del SIDA en jóvenes de tres ciudades mexicanas. En R. Tinoco, M. Martínez & Evangelista, A. (Coord.) *Compartiendo Saberes sobre VIH/SIDA en Chiapas* (pp. 141-157). Comitán, México: Colegio de la Frontera Sur.

Cisneros, I. (2005). *Derechos humanos de los pueblos indígenas en México: Contribución para una ciencia política de los derechos colectivos*. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Cole, M. (2003). *Psicología cultural* (2ª ed.). Madrid: Morata. (Trabajo original publicado en 1996).

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011a). *Medición de la pobreza en México 2010, a escala municipal*. Recuperado en Agosto de 2012 de [http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/multidimensional/informacion\\_municipios.es.do](http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/multidimensional/informacion_municipios.es.do)

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011b). *Índice de rezago social 2010 a nivel municipal y por localidad*. Recuperado en Agosto de 2012 de <http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/cifras/rezago%20social%202010.es.do>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2012a). *Glosario*. Recuperado en Agosto de 2012 de <http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/glosario.es.do>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2012b). *¿Qué es el Índice de Rezago Social?* Recuperado en Agosto de 2012 de [http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/Indice\\_de\\_Rezago\\_Social.es.do](http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/Indice_de_Rezago_Social.es.do)

Collazos, J., Asensi, V. & Cartón, J. (2007). Sex differences in the clinical, immunological and virological parameters of HIV-infected patients treated with HAART [Diferencias por sexo en parámetros clínicos, inmunológicos y virológicos de pacientes infectados por VIH con tratamiento TARGA]. *AIDS*, 21 (7), 835-843.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2006). *Regiones Indígenas de México*. México: CDI.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2008). *Indicadores básicos sobre la población indígena de México*. México: CDI.

Connell, R. (2003). *Masculinidades* (I. Artigas Trad.). México, D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México. (Trabajo original publicado en 1995).

Croda, R. (2005). *Entre los hombres y las deidades: la danza del Totonacapan*. México: CONACULTA.

Dunford, C. (2002). Building better Lives: sustainable integration of microfinance with education in child survival, reproductive health, and HIV/AIDS prevention for the poorest entrepreneurs [Construyendo mejores vidas: integración sustentable de las microfinanzas con educación en sobrevivencia infantil, salud reproductiva, y prevención de VIH/sida para los empresarios de más bajos recursos]. En S. Daley (Coord.). *Pathways out of poverty: Innovations in Microfinance for the poorest families* [Caminos para Salir de la Pobreza: Innovaciones en microfinanzas para las familias más pobres]. Connecticut, EE.UU.: Kumarian Press

- Díaz-González, E., Rodríguez, M., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. & Robles, S. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-sida. *Psicología y Salud*, 15 (1), 5-12.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). Premisas socioculturales, actitudes e investigación transcultural. En R. Díaz-Guerrero. *Psicología del Mexicano. Descubrimiento de la Etnopsicología* (6ª ed.; pp. 116-128). México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1963).
- Domínguez, R. (2003). La voz de los actores. El indígena Oaxaqueño binacional. *Migración y Desarrollo*, 1, 1-13.
- Durín, S. (2006). Indígenas en Monterrey. Redes sociales, capital social e inserción urbana. En P. Yáñez, V. Molina & O. González (Coord.). *El triple desafío. Derechos, instituciones y políticas para la ciudad pluricultural* (pp. 163-197). México: Gobierno del Distrito Federal.
- Espinosa, M. (2008). Tlikgoy litutunakunín. Cantan los totonacos. México: CDI.
- Evangelista, A. & Kauffer, E. (2007). Jóvenes y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en comunidades de la Región Fronteriza de Chiapas. En R. Tinoco, M. Martínez & Evangelista, A. (Coord.) *Compartiendo Saberes sobre VIH/SIDA en Chiapas* (pp. 77-98). Comitán, Chiapas, México: Colegio de la Frontera Sur.
- Evangelista, A., Tinoco, R. & Martínez, M. (2007). Vulnerabilidad y Riesgo al VIH en mujeres rurales de la Región Fronteriza de Chiapas. En R. Tinoco, M. Martínez & Evangelista, A. (Coord.) *Compartiendo Saberes sobre VIH/SIDA en Chiapas* (pp. 37-55). Comitán, Chiapas, México: Colegio de la Frontera Sur.
- Evangelista, V., López, J., Caballero, J. & Martínez, M. (2010). Patrones espaciales de cambio de cobertura y uso de suelo en el área cafetalera de

la sierra norte de Puebla. *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía, UNAM*, 72, 23-38.

Flores, F. & De Alba, M. (2006). El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental*, 29 (3), 51-59.

Fonseca, A. (2009). *Representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá D.C: aportes para la comprensión de sus significados y prácticas*. Tesis de maestría inédita, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Frenk, J. (2005). Presentación. En Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones (Eds.). *Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas* (pp. 5-6). México: Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones.

Gala, A., Berdasquera, D., Pérez, J., Pinto, J., Suarez, J., Joanes, J. et al. (2007). Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 59 (2), 90-97.

Gallardo, V., Martínez, J. & Martínez, N. (2002). Indios y rotos: el surgimiento de nuevos sujetos en los procesos de construcción identitaria latinoamericana. *Universum*, 17, 171-178.

García, J., Meneses, S. & Pale, S. (2007). Migración internacional indígena y vulnerabilidad ante el VIH-SIDA. Los Chamulas entre barras y estrellas. *Liminar. Estudios sociales y humanísticos*, 5 (1), pp. 119-144.

Girón, J. (2006). Género y VIH/SIDA: elementos de vulnerabilidad en mujeres jóvenes de barrios pobres de las ciudades de Lima y Trujillo. En P. Ruiz-Bravo & J. Rosales (Eds.). *Género y metas del milenio* (pp. 181-205). Perú, Lima: UNIFEM/PNUD/UNFPA.

- González, A. & Macías, A. (2005). *El combate a la pobreza en los pueblos indígenas totonacos de Puebla*. México: El Colegio de Tlaxcala, A.C./Colegio de Posgraduados, Campus Puebla.
- González, A., Ramírez, B., Boltvinik, J. & Macías, A. (2006). Pobreza y población objetivo de PROGRESA en cuatro municipios indígenas de la Sierra Norte de Puebla. *Papeles de Población*, 47, pp. 115-153.
- González, A., Ramírez, B., Macías, A. & Chulín, E. (2006). La Pobreza en los pueblos indígenas Totonacos y los efectos de la política social en México. En A. Cimadamore, A., R. Eversole & J. McNeish. (Eds.). *Pueblos indígenas y pobreza. Enfoques multidisciplinarios*. Buenos Aires, Argentina: Programa CLACSO-CROP.
- González, S. (2004). La violencia conyugal y la salud de las mujeres desde la perspectiva de la medicina tradicional en una zona indígena. En M. Torres (Comp.). *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales* (pp. 153-194). México: El Colegio de México.
- González, L. (2008). El SIDA en la calle. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2ª. ed., pp. 93-100). Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- González, M. & Cerdeño, A. (2009). *El arte de ser Totonaca*. México: Gobierno del estado de Veracruz.
- González, R. (2009). Intervención Psicológica en VIH/SIDA. *Uaricha*, 13, 49-63.
- Garma, C. & Masferrer, E. (1995). Totonacas. En Instituto Nacional Indigenista (Edit.). *Etnografía contemporánea de los pueblos indígenas de México: Región Oriental*. México: Instituto Nacional Indigenista/Secretaría de Desarrollo Social.

- Granados, J. (2005). Las nuevas zonas de atracción de migrantes indígenas en México. *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía, UNAM*, 58, 140-147.
- Granados-Cosme, J., Nasaiya, K. & Torres, A. (2007). Actores sociales en la prevención del VIH/SIDA: oposiciones e intereses en la política educativa en México, 1994-2000. *Cuadernos de Saúde Pública*, 23 (3), 535-544.
- Grmek, M. (2004). *Historia del SIDA* (2ª. ed., E. Mastrangelo Trad.). México, D.F., México: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1990).
- Hernández, A. & Corral, J. (2003). El Virus de Inmunodeficiencia Humana. Inmunopatogenia. En J. Pachón, E. Pujol & A. Rivero. (Eds.) *La infección por el VIH: Guía práctica* (2ª. ed., pp. 85-93). Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.
- Hernández, G. & Hidalgo, R. (2003). Apuntes en torno a los indígenas no organizados en la ciudad de México: el caso de Tlalpan. En J. Anzaldo (Comp.). *Cómo vivimos. Migración e interculturalidad en la ciudad de México* (pp. 37-47). México: Centro de Estudios Antropológicos, Científicos Artísticos, Tradicionales y Lingüísticos "Ce-Acatl", A.C.
- Hernández, R. (2011). VIH, derechos humanos y pueblos indígenas. En P. Ponce, R. Hernández, J. Torres & A. Rascón (Comp.). *El VIH y los pueblos indígenas*. México, D.F., México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Hernández-Rosete, D., Maya, O., Bernal, E., Castañeda, X. & Lemp, G. (2008). Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México. *Rev Saúde Pública*, 42 (1), pp. 131-138.
- Herrera, C. & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Publica de México*, 44 (6), 554-564.

- Herrera, C., Campero, L., Caballero, M., Kendall T. & Quiroz, A. (2009). Cuerpo y sexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias y coincidencia de género en México. *Estudios Sociológicos*, 27 (79), 147-170.
- Hidalgo, I., García, F., Flores, A., Castañeda, X., Lemp, G. & Ruiz, J. (2008). Aquí y en el otro lado. Los significados socioculturales de la sexualidad y sus implicaciones en la salud sexual de los migrantes mexicanos. *Migraciones Internacionales*, 4 (3), pp. 27-50.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censo de población y vivienda 2010*. Recuperado de <http://www.censo2010.org.mx/>
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2009). *El aprendizaje en tercero de secundaria en México: Español, Matemáticas, Biología y Formación Cívica y Ética*. México: INEE
- Infante, C., Zarco, A., Magali, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. et al. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de prestadores de salud en México. *Salud Pública de México*, 48 (2), 141-150.
- Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. (2008). *Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales: Variantes Lingüísticas de México con sus auto denominaciones y referencias geoestadísticas*. Recuperado de [http://www.inali.gob.mx/pdf/CLIN\\_completo.pdf](http://www.inali.gob.mx/pdf/CLIN_completo.pdf)
- Irwin, A., Millen, J. & Fallows, D. (2004). *SIDA Global: verdades y mentiras* (F. Aguilar Trad.). Barcelona: PAIDOS. (Trabajo original publicado en 2003).
- Joffe, H. (1995). Social representations of AIDS: toward encompassing issues of power [Representaciones sociales del SIDA: hacia cuestiones que incluyen el poder]. *Papers on Social Representations*, 4 (1), 29-40.



- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2011). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. [Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA]. Ginebra, Suiza: Autor.
- Kendall, T. & Pérez, H. (2004). *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario*. México: Colectivo Sol, A.C.
- Kendall, T. (2009). Reproductive rights violations reported by Mexican women with HIV [Violaciones a los derechos reproductivos reportados por mujeres mexicanas con VIH]. *Health and Human Rights*, 11 (2), 77-87.
- Lamotte, J. (2004). *Infección-enfermedad por VIH/SIDA*. *MEDISAN*, 8 (4), 49-63.
- Lozano, A., Torres, T. & Aranda, C. (2008). Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6 (2), 739-768.
- López, M. (2010). *Hacerse hombres cabaes. Masculinidades Tojolabales*. México: CIESAS.
- Lovera, S. (2010). Testimonios y experiencias de promotoras indígenas del Programa Organización Productiva para Mujeres Indígenas (POPMI). México: CDI.
- Magis, C. y Hernández, M. (2008). Epidemiología del SIDA en México. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2ª. ed., pp. 101-119). Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Magis, C., Bravo, E., Gayet, C., Rivera, P. & De Luca, M. (2008). *El VIH y el SIDA en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones*. México, D.F., México: CENSIDA.

- Masferrer, E. (2004). *Totonacos*. México: CDI/PNUD.
- Masferrer, E. (2006). *Cambio y continuidad entre los totonacos de la Sierra Norte de Puebla*. Tesis de Maestría Inédita. Universidad Iberoamericana, México.
- Masferrer, E. (2009). *Los dueños del Tiempo: Los Tutunakú (Totonacos) de la Sierra Norte de Puebla*. México: Fundación Juan Rulfo.
- Masferrer, E. & Báez. (1995). Nahuas de la Sierra Norte de Puebla. En Instituto Nacional Indigenista (Edit.). *Etnografía contemporánea de los pueblos indígenas de México: Región Oriental*. México: Instituto Nacional Indigenista/Secretaría de Desarrollo Social.
- Mata, S., Méndez, D., Marmolejo, M., Tascón, J., Zurita, M., Galindo, Y. y Lozano, G. (1994). *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Mellado, V., Sánchez, A., Femia, P., Navarro, A., Erosa, E., Bonilla, D. y Domínguez, L. (1994). *La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Mejía, M. (1988). Sida. Historias extraordinarias del siglo XX. En F. Galván (Coord.). *El SIDA en México: Los efectos sociales* (pp. 17-60). México, Distrito Federal, México: UAM.
- Méndez, A., Castro, L., Durán, E. y González, L. (2010). Condiciones de vida, desde las mujeres agrícolas migrantes, en el campamento de Tanhuato, Michoacán. En L. Aresti (Coord.). *Mujer y Migración: Los costos emocionales* (pp. 315-330), México: UAM-X.
- Melgarejo, J. (1985). *Los Totonaca y su cultura*. México: Universidad Veracruzana.
- Meza-Rodríguez, M., Mancilla-Ramírez, J., Sánchez-Bravo, C., Figuero-Damián, R., Contreras-Maldonado, L. & Carreño-Meléndez, J. (2011). Respuesta

psicológica en la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Parinatólogía y Reproducción Humana*, 25 (4), 236-240.

Monsiváis, C. (1988). Las plagas y el amarillismo: notas sobre el SIDA en México. En F. Galván (Coord.). *El SIDA en México: Los efectos sociales* (pp. 117-129). México, D.F., México: UAM.

Montijo, J. & Gottsbacher, M. (2004). *Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA en México y Centroamérica*. México: UNESCO.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2. Recuperado de <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/55>

Navarrete, F. (2008). *Los pueblos indígenas de México*. México: CDI.

Núñez, G. (1999). *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual* (2ª. ed.). México, D.F., México: Miguel Ángel Porrúa/El Colegio de Sonora/ Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Núñez, G. (2010). *Vidas vulnerables. Hombres indígenas, diversidad sexual y VIH-Sida*. México: Centro de Investigación en Alimentos y Desarrollo, A.C./Octavio Antonio Colmenares y Vargas, editor.

Observatorio de Violencia Social y de Género de la Sierra Norte de Puebla. (2008). *Violencia social y de género en la Sierra Norte de Puebla. Reporte del proceso de investigación cualitativa en 4 municipios de la Sierra Norte de Puebla: Ahuacatlán, Hueytlalpan, San Felipe Tepatlán y San Pedro Camocuautla*. México: Observatorio de Violencia Social y de Género de la Sierra Norte de Puebla/Indesol.

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación & Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para las Mujer. (2007). *Manual para jóvenes: VIH y SIDA, Derechos Humanos y Género*. México, D.F., México.: Autor.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación. (2005). *Manual de Teatro VIH/SIDA para México y Centroamérica*. Guatemala, Guatemala: Heller Palacios.
- Palacios, X., Rueda, A. & Valderrama, P. (2006). Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 25-38.
- Palerm, A. (1952). Etnografía antigua totonaca en el Oriente de México. *Revista Mexicana de Estudios Antropológicos*, 13 (2-3), 163-174.
- Pan American Health Organization, (2006). *HIV-related Language: PAHO 2006 Update*. Washington, DC.: Autor.
- Pan, L. (2008). Pueblos y huérfanos por sida en China. *Estudios de Asia y África*, 43 (1), 195-206.
- Patrón, M. (2003). *Aprendiendo a vivir con las diferencias: Acercándonos a nuestros derechos para una vida sin discriminación y sin violencia*. México: ASEMIC.
- Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V., Díaz, A., Ortega, D., Santillana, M. & Mejía, J. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Rev Esc Enferm USP*, 39 (4), 375-382.
- Pérez, S., Cayón, M. & Esquitino, B. (2003). Historia Natural y clasificación de la infección por el VIH-1 en el adulto. En J. Pachón, E. Pujol & A. Rivero. (Eds.) *La infección por el VIH: Guía práctica* (2ª. ed., pp. 85-93). Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.

- Pick, S. & Sirkin, J. (2011). *Pobreza: cómo romper el ciclo a partir del desarrollo humano* (A. Prado & C. Vértiz, Trad.). México: LIMUSA.
- Pinto, G. (2006). *Las implicaciones clínicas y psicológicas del VIH y sida en los seres humanos y el trabajo de la psicología de la salud*. Tesis inédita de Posgrado, Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10818/2175>
- Piña, J. & Rivera, B. (2009). Predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas en estudiantes de educación superior: un análisis por género. *Acta Colombiana de Psicología*, 12 (1), 53-65.
- Piña, J. & Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), 71-83.
- Piña, J. & Urquidi, L. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9 (2), 227-236.
- Piña, J., Corrales, A. & Rivera, B. (2008). Variables psicológicas como predictores de conductas de prevención relacionadas con la infección por VIH. *Colombia Médica*, 39 (1), 16-23.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo*. México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la Republica. Recuperado de [http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND\\_2007-2012.pdf](http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf)
- Ponce, P. (2011). Pueblos indios y VIH/SIDA: nuevas miradas epidemiológicas, socioculturales y políticas públicas. En P. Ponce, R. Hernández, J. Torres & A. Rascón (Comp.). *El VIH y los pueblos indígenas*. México, D.F., México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

- Ponce, P. & Gómez, A. (2008). Una perspectiva mexicana: Visión global de los pueblos indígenas y el VIH. *Impacto transnacional*, 6 (1), 14-15.
- Ponce, S. & Lazcano, A. (2008). La evolución del SIDA: una sima de epidemias. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2ª. ed., pp. 17-25). Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Popolo, F. & Oyarce, A. (2005). Población Indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la CIPD y de las Metas del Milenio. En CEPAL (Organizador). *Seminario Internacional: Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas*. Recuperado de <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/21237/delpopolo.pdf>
- Pozas, R. & de Pozas, I. (1971). *Los indios en las clases sociales de México* (8ª ed.). México: Siglo veintiuno editores.
- Preciado, J. & Montesinos, L. (1992). El SIDA: desafíos para la psicología. *Revista Latinoamericana de psicología*, 24 (1-2), 177-187.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2011, Octubre). *Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA*. Recuperado de [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2010). *Informe sobre Desarrollo de los Pueblos Indígenas en México. El reto de la desigualdad de oportunidades*. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Ramos, C. (2010). *La consejería y el VIH-sida en el contexto intercultural de la huasteca hidalguense*. Tesis de licenciatura inédita, Centro Universitario "Vasco de Quiroga" de Huejutla A.C., México.

- Raesfeld, Lydia & Durán, Rosa. (2009). *Pluralidad indígena en las aulas de Pachuca. La situación socio-económica, cultural y educativa de los niños indígenas, hijos de migrantes*. México: Secretaria de Educación Pública.
- Reartes, D. (2010). Movilidad territorial y construcción de vulnerabilidad frente a ITS/VIH/SIDA entre estudiantes indígenas de Chiapas. *Miradas en Movimiento*, 4, pp. 70-95.
- Rendón, A. (2010a). *Evaluación, adaptación, traducción e implementación del “Manual para Jóvenes, VIH-SIDA, Derechos Humanos y Género” a contextos indígenas del estado de Puebla como herramienta para la prevención del VIH-sida*. Reporte de avances. México: Masculinidad y Políticas A.C.
- Rendón, A. (2010b). Problemas en la formación de las trabajadoras sociales para atender violencia de género: análisis de caso. En I. Berruecos, P. Conde & A. Rodríguez (Comp.). *Trabajo Social y la Agenda Social: Formación Sustantiva y Ejercicio Profesional* (pp. 79-90). México: Facultad de Trabajo Social, Sociología y Psicología de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Rendón, A. (2011a). *Masculinidad: nuevas formas de ser hombres en la familia y la comunidad*. Memoria de Trabajo. México: Masculinidad y Políticas, A.C. /CDI.
- Rendón, A. (2011b). *Wa xla' tlawatlh wa tu wanika (Él hizo lo que le dijeron): Trabajando por nuevas masculinidades Tutunakú en Atlequizayan. Propuesta de Proyecto*. México: Masculinidad y Políticas, A.C.
- Rendón, A. (2012). *Situación de las mujeres indígenas en la ciudad de Puebla*. México: Masculinidad y Políticas, A.C.
- Rendón, A. & Aguirre, J. (2009, Noviembre). *Percepción social e individual de las formas de discriminación hacia los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en la costa de Chiapas: Apuntes para el diseño de Políticas*

*Públicas*. Sesión de cartel presentada en el XI Congreso Nacional de VIH-sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Rendón, A. & Rodríguez, C. (2011). *Coincidencias sintomatológicas del VIH y los síndromes de filiación cultural en comunidades Tutunakú*. Sesión de cartel presentada en el XII Congreso Nacional de VIH-sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, Villahermosa, Tabasco.

Rivadeneira, J. & Ramírez, B. (2006). El comercio local del café a raíz de su crisis en la Sierra Norte de Puebla. *Revista Mexicana de Agronegocios*, 18, pp. 14.

Rivera, L. & Salas, L. (2008). Respuesta Inmune al VIH. *Revista Salud Pública y Nutrición* (Edición Especial), 10, 10-12.

Robles, H, Hernández, J & Godínez M. (2007). Estimaciones de la población indígena en México: Conceptos y formas de cálculo. En E. Ferrero & G. Espinoza (Comp.). *IX Congreso Nacional de Investigación Educativa: Memoria Electrónica*. Recuperado de <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v09/ponencias/at12/PRE1178927995.pdf>.

Rodríguez, M. (2009). *Las mujeres totonacas de Veracruz. Perspectiva generacional de su cuerpo, sexualidad y relaciones de género*. México: Universidad Veracruzana/Instituto Veracruzano de las Mujeres.

Rodríguez, T. (2004). Cultura y cognición: entre la sociedad y la naturaleza. *Revista Mexicana de Sociología*, 68 (3), pp. 399-430.

Rodríguez, L. & Díaz-González, E. (2011). Relación entre la consistencia en el uso del condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21 (1), 17-24.

Rojas, J. & Sánchez, C. (2009). Cooperativismo y desarrollo humano: análisis de la autoestima de los integrantes y no integrantes de la cooperativa Tosepan,



- estado de Puebla, México. En C. Sánchez. (Coord.). *Psicología en ambiente rural*. México: Colegio de Postgraduados/Plaza y Valdez, editores.
- Rosales, A. (2010). *Sexualidades, cuerpo y género en culturas indígenas y rurales*. México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Rosales, A. & Doroteo, C. (2012). Sexualidad, diversidad y salud reproductiva en jóvenes indígenas. En A. Rosales & S. Mino (Coord.). *La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención* (pp. 113-135). México: SIPAM/INDESOL.
- Rozenbaum, W., Seux, D. & Kouchner, A. (1985). *SIDA: realidades y fantasmas* (I. Custodio Trad.). México (Trabajo original publicado en 1984).
- Ruiz, A. (2008). Aspectos inmunológicos en la infección por VIH/SIDA. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2ª. ed., pp. 161-180). Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sánchez-Sosa, J., Cázares, O., Piña, J. & Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, 32 (5), 389-397.
- Secretaría de Salud del estado de Puebla. (2010). *Epidemiología del Sida Puebla 1984-2010*. Recuperado de [www.ss.pue.gob.mx](http://www.ss.pue.gob.mx).
- Sevilla, M. & Álvarez, N. (2002). La enfermedad del SIDA: un estudio antropológico desde la perspectiva del discurso. *Cuicuilco*, 9 (24), 191-216.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del psicólogo. México: Trillas.
- Théodore, F., Gutiérrez, J., Torres, P. & Luna, G. (2004). El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Salud Publica de México*, 46 (2), 104-112.

- Torres, J., Villoro, R., Ramírez, T., Zurita, B., Hernández, P. Lozano, R. & Franco, F. (2003). La salud de la población indígena en México. En *Caleidoscopio de la Salud* (pp. 41-55). *De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. México: Funsalud.
- Torres, P., Zarco, Á. & Allen, B. (2010). Prevención. En P. Torres (Edit.). *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA* (pp. 52-100). México: CENSIDA/INMUJERES/INSP.
- Troiani, D. (2004). *Aperçu grammatical du Totonaque de Huehuetla, Puebla, Mexique* [Estudio de la gramática Totonaca de Huehuetla, Puebla, México]. München, Alemania: LINCOM EUROPA.
- Traa-Valarezo, X. (2004). *Evaluación Social y Estrategias para Pueblos Indígenas y Afro-descendientes. Borrador para Discusión*. Washington D.C., EEUU: Banco Mundial.
- Uribe, P., Ortiz, F. & Hernández, G. (2008). La prevención de la transmisión perinatal. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2ª. ed., pp. 73-92). Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Valadez-González, N. & Soler-Claudín, C. (1995). Respuesta Inmune Humoral Hacia VIH-2 en México. *Salud Pública de México*, 37 (5), 394-399.
- Valdespino, J., García, M. y Palacios, M. (2008). El diagnóstico epidemiológico 1981-1995 y el primer Programa Nacional de Prevención: 1990-1995. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2ª. ed., pp. 27-58). Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Vallejo, I. (2004). Usos y escenificaciones de la legalidad entre litigios de violencia hacia la mujer masehual en Cuetzalan, Puebla. En M. Torres (Comp.).

*Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales* (pp. 379-414). México: El Colegio de México.

Vargas, L. (2002). Del trago a la tragedia. Consecuencias del consumo de alcohol en San Juan Chamula, Chipas. *Cuadernos FISAC*, 1 (12), pp. 43-50.

Vega, L. Gutiérrez, R., Juárez, A. & Rendón, A. (2008). La investigación de las trayectorias interculturales en las comunidades indígenas migrantes en el Distrito Federal. *Salud Mental*, 31 (2), 139-144.

Velazco, A. y Lazcano, A. (2008). Origen y Evolución del VIH. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2ª. ed., pp. 123-134). Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública.

Vergara, M. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6 (1), 55-80.

Vidal, F. & Donoso, C. (2002). *Estrategias de empoderamiento y prevención del VIH/SIDA en parejas de trabajadores marítimos*. Santiago, Chile: FLACSO-Chile.

Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud*, 16 (1), 51-62.

Volkow, P., Soberón, G. & Marín, A. (2008). La prevención de la transmisión sanguínea. En Córdoba, J., Ponce de León, S. & Valdespino, J. (Eds.). *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (2ª. ed., pp. 59-72). Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública.

Weller, S., Baer, R., Gracia, J. y Salcedo, A. (2008). Susto and Nervios: Expression for stress and depression. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32, 406-420.

Wichukchinda, N., Nakajima, T., Sairpradit, N., Nakayama, E., Ohtani, H., Rojanawiwat, A. et al. (2010). TIM1 haplotype may control the disease progression to AIDS in a HIV-1-infected female cohort in Thailand [El haplotipo TIM 1 puede controlar la progresión el padecimiento del SIDA en una cohorte Tailandesa de mujeres infectadas por VIH-1]. *AIDS*, 24 (11), 1625-1631.

Zúñiga, V. (1998). De cómo hablamos de los indígenas los mexicanos (no indígenas) en el México Actual. *Región y Sociedad*, 15 (15), 131-164.

# Anexo

## Carta descriptiva\*

**Objetivo: Que las y los terapeutas tradicionales de la Sierra Norte de Puebla se conviertan en promotores para la prevención de VIH en sus comunidades.**

Modulo	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Forma de evaluar	Instructor
1	Presentación del taller.	El equipo de trabajo de las instituciones convocadas brindará unas palabras de bienvenida a las y los participantes, explicarán los antecedentes del taller y los objetivos del mismo. De la misma forma presentarán a las y los instructores a cargo y a las personas responsables de la interpretación.		30'	No aplica	Ernesto Rendón  Personal del Sector Salud
1	Presentación de las y los participantes	El facilitador, con ayuda de las intérpretes, pedirá a las y los participantes que se presenten señalando su nombre, su lugar de origen y su especialidad en la terapia tradicional. De la misma forma pedirá que describan sus expectativas del taller.	Papel para Rotafolio  Marcadores	30'	No aplica	Ernesto Rendón
1	Los que saben	El facilitador, con ayuda de las y los intérpretes, pedirá que las y los terapeutas tradicionales se reúnan en equipo y, en un papel para Rotafolio, describan las tres características importantes para ser un buen terapeuta tradicional. Posteriormente, pedirá que, en no más de cinco minutos, cada equipo exponga sus conclusiones. Finalmente, el facilitador dará una retroalimentación retomando las principales características para ser un buen terapeuta tradicional.	Papel para Rotafolio  Marcadores	60'	No aplica	Ernesto Rendón
1	Ponencia  La medicina tradicional contemporánea.	La ponente, con apoyo de una presentación en PPT, brindará un panorama de la medicina tradicional contemporánea, sus usos, alcances y limitaciones.	Cañón proyector PPT "La medicina tradicional contemporánea"	30'	No aplica	Ernesto Rendón  Personal del Sector Salud
<b>Receso</b>						
1	Canasta de conocimientos: Las ITS y los Síndromes de Filiación Cultural.	El facilitador, con apoyo de las y los intérpretes y una presentación en PPT sobre las ITS y los Síndromes de Filiación Cultural, presentará imágenes de las manifestaciones de diversas infecciones de transmisión sexual, y les pedirá a las y los participantes que describan como les nombran en su lengua materna, las formas de tratamiento y las consecuencias por no seguir las estrategias terapéuticas. Cuando el facilitador presente al VIH, y las y los participantes brinden su descripción, hablará de los Síndromes de Filiación Cultural	Cañón proyector  Computadora portátil  Presentación en PPT "Las ITS"	60'	Lluvia de ideas	Ernesto Rendón

		relacionados y la confusión que este padecimiento puede crear al momento de identificar dicha ITS.	Apuntador Papel para Rotafolio			
1	Creando compromisos	El facilitador propiciará que las y los participantes generen el compromiso de incluir en sus procesos de diagnóstico, para los casos de embrujo y susto, pruebas de detección rápida, para así crear procesos integrales para la prevención de VIH.	Marcadores Papel para Rotafolio Marcadores	30'	Lluvia de ideas	Ernesto Rendón
<b>Comida</b>						
2	Capacitación en las pruebas de detección rápida	El personal del Sector Salud Presentarán las pruebas de detección rápida, su forma de uso y la utilidad de las mismas. Posteriormente les pedirán a las y los participantes que se integren en equipos y que, con asesoría del personal de Sector Salud, practiquen todos los pasos para el uso correcto de las pruebas.	Pruebas de detección rápida Cañón proyector Computadora portátil Presentación en PPT "Las ITS" Apuntador	120'	Uso correcto de la prueba de detección rápida	Personal del Sector Salud
<b>Receso</b>						
2	Consejería durante el uso de la prueba de detección rápida	Después de aprender el uso correcto de las pruebas rápidas, el equipo de Sector Salud, con el apoyo de una presentación en PPT y de las personas responsables de la interpretación, presentará a las y los participantes los elementos básicos para realizar consejería de acompañamiento durante la prueba rápida.  Posteriormente, mediante dramatizaciones, las y los participantes practicarán lo aprendido durante la intervención del equipo de Sector Salud.	Cañón proyector Computadora portátil Presentación en PPT "Elementos para la consejería" Apuntador	90'	Dramatizaciones	Personal del Sector Salud
2	Conclusiones y clausura del taller	Finalmente, el facilitador pedirá que las y los participantes se incorporen en un círculo de reflexión y que describan sus conclusiones del taller. Posteriormente se brindarán las palabras de despedida por parte de las autoridades correspondientes, y se entregarán las constancias de participación.	Constancias de participación.	30'	Testimonios de participación	Ernesto Rendón

\* La presente carta descriptiva se puede desarrollar en un solo día, o en dos, dependiendo de las posibilidades de las y los participantes.