



# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“La Sensibilización al Personal de Salud para el Trabajo con Pacientes que Viven con VIH/sida, desde una Perspectiva de Género”.

T E S I S I N A  
P A R A O B T E N E R E L T Í T U L O D E  
L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A  
P R E S E N T A  
BIANCA PÉREZ REYES

Directora: Dra. María Antonieta Dorantes Gómez

Dictaminadoras: Dra. Laura Evelia Torres Velázquez

Mtra. María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgoitia



Los Reyes Iztacala. Edo. de México, 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
ANTECEDENTES	7
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	10
DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS	11
1. VIH Y SIDA	13
1.1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS PRINCIPALES	13
1.2. HISTORIA DEL VIH/SIDA	23
1.2.1. MITOS, REALIDADES E IMAGINARIOS SOBRE VIH/SIDA	26
1.2.2. RIESGO Y VULNERABILIDAD	29
1.3. VIH/SIDA EN MÉXICO	33
1.3.1. VIH/SIDA EN JÓVENES	37
1.3.2. VIH/SIDA EN MUJERES	38
1.3.3. TRANSMISIÓN EN HOMBRES	39
1.3.4. VIH/SIDA EN HOMBRES TRABAJADORES SEXUALES	40
1.3.5. TRANSMISIÓN A TRAVÉS DE SANGRE Y HEMODERIVADOS	40
1.3.6. VIH/SIDA Y DROGADICCIÓN INTRAVENOSA	41
1.4. VIH/SIDA EN MÉXICO Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD	41

1.5. VIH/SIDA Y LA ATENCIÓN EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO	44
1.6. POLÍTICAS PÚBLICAS	46
1.7. PROPUESTAS PARA NUEVAS POLÍTICAS PÚBLICAS	50
2. PERSPECTIVA DE GÉNERO	55
2.1. ¿QUÉ ES PERSPECTIVA DE GÉNERO?	55
2.2. CONCEPTOS PRINCIPALES	57
2.2.1. SEXO	58
2.2.2. GÉNERO	58
2.2.3. ASIGNACIÓN, ROLES Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO	64
2.2.4. IDENTIDAD DE GÉNERO	66
2.2.5. MASCULINIDADES Y FEMINIDADES	70
2.2.6. MÁS ALLÁ DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO	74
2.2.7. SEXUALIDAD Y GÉNERO	76
2.2.8. HOMOFOBIA	77
3. VIH Y GÉNERO	79
3.1. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN VIH/SIDA	79
3.2.1. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA	85
3.2.2. LIMITACIONES PARA LA PREVENCIÓN EN LAS MUJERES	100
3.3. VULNERABILIDAD DE GÉNERO EN HOMBRES	106
3.4. VULNERABILIDAD DE GÉNERO EN MUJERES TRANSGÉNERO Y TRANSEXUALES	111
3.5. ELEMENTOS PARA UNA INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA	119
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: TALLER VIVENCIAL DE SENSIBILIZACIÓN PARA EL TRABAJO CON PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO	129

5. CONCLUSIONES	135
REFERENCIAS	149
ANEXOS	160

# LA SENSIBILIZACIÓN AL PERSONAL DE SALUD PARA EL TRABAJO CON PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA, DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

## RESUMEN

El VIH es un virus muy estigmatizado desde el inicio de la epidemia, se vinculó con comportamientos sexuales inmorales y poco responsables de minorías. Sin embargo se ha estudiado que factores económicos, sociales, étnicos y culturales engarzados con el género son la fuente principal de la vulnerabilidad para adquirir el virus. De este modo, se propone el diseño de un taller vivencial, con el objetivo de sensibilizar al personal de salud en la perspectiva de género, con la finalidad de reconocer los factores causales de la vulnerabilidad y así evitar la estigmatización de las personas que viven con VIH/sida. Se investiga la categoría de género, las identidades sexo-genéricas, la homofobia y el sexismo como elementos que aumentan la vulnerabilidad para adquirir el virus; la historia y características del VIH/sida, así como sus particularidades en hombres, mujeres biológicas, transexuales y transgénero. Se concluye que al sensibilizar al personal de salud es posible guiar los recursos de sus instituciones hacia un modelo de respuesta al VIH/sida más equitativo e incluyente que permita a las personas empoderarse y mejorar su calidad de vida.

*Palabras clave: Género, vulnerabilidad, riesgo, estigmatización, identidades sexo-genéricas, disidencia sexual, agencia, empoderamiento.*

## INTRODUCCIÓN

El VIH es un virus muy estigmatizado desde su aparición hace más de treinta años. En ese entonces se le relacionó con prácticas homosexuales, como una enfermedad de drogadictos y vinculada a la prostitución (Tapia, Bravo y Uribe, 2003). El diagnóstico era sinónimo de muerte debido a la nula investigación, a su rápido avance, a las múltiples y a las difíciles infecciones que generaba en la persona que dificultaban el tratamiento.

Con el paso del tiempo y la investigación se logró generar un tratamiento altamente efectivo que aumentaba radicalmente la esperanza de vida, se diseñaron grandes campañas de prevención en todo el mundo, estrategias institucionalizadas para contener la pandemia, manuales de atención a los pacientes y se impulsó el respeto a los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/sida (Brito, 2003; Tapia, Bravo y Uribe, 2003).

Sin embargo, pese al gran avance en la información y la atención, cada día se registran miles de nuevos diagnósticos y muertes debido al VIH/sida; la epidemia ha cambiado, cada vez más mujeres viven con el virus y también más personas jóvenes lo adquieren. En respuesta a estas estadísticas, los organismos internacionales propusieron incluir la perspectiva de género en el sistema de atención al VIH/sida en las instituciones de salud pública.

Al investigar desde la perspectiva de género, se ha estudiado el concepto de vulnerabilidad en el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, pero se han planteado pocas estrategias para resolver y evitar la discriminación de la que son objeto las personas que viven con VIH/sida, la cual, en muchos casos se realiza dentro de las instituciones de salud pública. Por esa razón es importante generar propuestas que tiendan a sensibilizar al personal de salud que los atiende, y que ellos a su vez, puedan replicar este trabajo con otras personas.

## ANTECEDENTES

Desde el diagnóstico de los primeros casos de VIH/sida, la categoría de género ha sido relevante. En el inicio de la epidemia, por cada 10 hombres viviendo con VIH, había 1 mujer. En la actualidad esta relación es de 4 a 1, de modo que, la tasa de diagnósticos de VIH ha crecido muy rápido en la población de mujeres. Esto se ha dado, debido sobre todo, a las condiciones estructurales y de género que llevan a las mujeres a ser más vulnerables para adquirir el virus (Torres, 2010).

La vía principal de transmisión del VIH en nuestro país es sexual, el virus en un inicio afectó principalmente a la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), pero poco a poco el número de mujeres aumento considerablemente, (Torres, 2010; CENSIDA, 2004).

Dentro de las investigaciones desarrolladas desde la perspectiva de género, se han realizado estudios sobre el concepto de vulnerabilidad, en los que se ha descrito la importancia de la atención a las mujeres, porque biológicamente son más susceptibles al virus. Debido a que su superficie de mucosa vaginal es más extensa y puede lesionarse con mayor facilidad. Además el semen, en comparación con las secreciones vaginales, contiene una mayor cantidad de virus y si se toma en cuenta que las mujeres viven con frecuencia relaciones sexuales a la fuerza, el porcentaje de microlesiones aumenta y las vulnera más (Torres, 2010).

Las mujeres se viven sin poder de decidir sobre su sexualidad, viven frecuentemente diversas formas de violencia sexual. Culturalmente se permite a los hombres tener otras parejas sexuales; aunque por contradictorio que resulte, el matrimonio y las creencias del amor romántico mantienen a las mujeres en negación. Ellas saben que sus parejas pueden tener contactos sexuales con otras personas y no perciben el riesgo ni exigen el uso del condón (Parrini y Amuchástegui, 2011).

La investigación en relación a las mujeres también se ha enfocado en su papel reproductivo, las principales campañas se han realizado para evitar la transmisión vertical del virus, es decir, se controla y atiende a las mujeres embarazadas para que sus hijas/os no vivan con



VIH/sida (Enria, Fleitas y Staffolani, 2009). Se les instruye para que busquen que su pareja use condón, pero desde un papel pasivo, ya que no se promueve el uso del condón femenino ni la posibilidad de vivir una sexualidad empoderada.

En cuanto a los hombres, las investigaciones se han desarrollado en torno a hombres homosexuales o que viven una identidad gay. Se ha estudiado a la homofobia como un concepto que vulnera a los hombres homosexuales, debido a la depresión y a la baja de empoderamiento que genera, estos hombres se sienten menos capaces para negociar el uso del condón y viven más violencia sexual (Granados, Torres y Delgado, 2009). De modo que la estigmatización juega un papel importante en la adquisición del VIH/sida.

Sin embargo, pese a la información y a la prevención dirigida a homosexuales, las campañas han tenido muy poco acercamiento hacia los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH); debido a que muchos de ellos viven su sexualidad en la clandestinidad, y se asumen como heterosexuales, pero en los espacios privados tienen prácticas sexuales con otros hombres. Por lo tanto, resulta fundamental abordar las causas de la clandestinidad y el papel de la homofobia en estas experiencias; la violencia de género que viven estos hombres al no poder ejercer su sexualidad libremente, la estigmatización y la rigidez de los roles de género que no les permiten vivir una sexualidad empoderada.

También se ha investigado cómo el personal de salud fomenta las prácticas de estigmatización, homofobia y violación a los derechos humanos. CENSIDA en su Manual para personal de salud sobre VIH/sida (2009), describe la importancia de sensibilizar a este personal en indicadores de estigmatización y discriminación. Debido a que se mantiene la creencia de que las personas que viven con VIH/sida son grupos de riesgo, por desconfianza ante los protocolos de seguridad, lo cual les genera el «miedo al contagio».

Esta práctica refuerza la vivencia de disparidad de poder que viven las personas con VIH/sida. Se vive desigualdad en las condiciones que las y los vulneran para adquirir el virus y en la atención de su salud; se violenta su derecho a la información, se les estigmatiza y discrimina en las instituciones e incluso no se respeta su derecho a la confidencialidad.

Siguiendo esta reflexión resulta de suma importancia generar métodos para sensibilizar al personal de salud en perspectiva de género, procedimientos que no se conformen con informar; sino que también permitan instruir a las personas que trabajan en instituciones de salud en habilidades fundamentales como la empatía y la comprensión.

Carl Rogers desarrolló su perspectiva centrada en la persona a partir de actitudes fundamentales como: empatía, consideración positiva incondicional, autenticidad, coherencia y congruencia. En estas actitudes se encuentra la clave para desarrollar un proceso que permita “intervenir desde la actitud, no desde la habilidad” (Barceló, 2012, p. 133). Entonces, si el personal de salud brindará sus servicios desde estas actitudes, se podría generar un clima que posibilitaría en el paciente: crecimiento, desarrollo, responsabilidad sobre sí mismo y sobre sus decisiones (Barceló, 2012). A partir de los principios de Rogers se han desarrollado metodologías que han permitido producir aprendizajes significativos y sobre todo experiencias enriquecedoras que potencializan el desarrollo de las personas. Dentro de estos métodos se encuentran los grupos de encuentro y los talleres vivenciales.

Los talleres vivenciales centrados en la persona son espacios de reunión, en ellos se abordan contenidos teóricos, algunos ejercicios que potencialicen el aprendizaje y desarrollo personal a través de la posibilidad de compartir experiencias personales (Villar, 2010, en Gómez del Campo, Salazar y Rodríguez, 2014). “La persona también aprende a encontrarse con las necesidades de los demás y a comprender mejor sus relaciones interpersonales; se muestra más satisfecho consigo mismo y con los otros” (Gómez del Campo, Salazar y Rodríguez, 2014, p. 181). Por lo tanto, emplear un taller vivencial desde la perspectiva de género, permitiría al personal de salud sensibilizarse y generar empatía con las personas que viven con VIH/sida, desestigmatizándolos, desechando actitudes como la homofobia y comprendiendo las condiciones de vulnerabilidad que los lleva a adquirir el diagnóstico.

## JUSTIFICACIÓN

Partiendo de los temas descritos previamente, es importante resaltar que al hablar de VIH y sida desde la perspectiva de género es necesario conocer conceptos fundamentales de sexualidad, como las identidades sexo-genéricas y la diversidad sexual. Generalmente en las instituciones de salud pública se desconocen estos conceptos y la importancia de diferenciarlos, de modo que tienden a expresar discriminación, en muchos casos poca sensibilidad al diagnóstico, no se respeta la confidencialidad y existen numerosas violaciones a los derechos humanos (CENSIDA, 2004).

En el caso de las mujeres la atención reafirma el rol de género femenino tradicional, se va-

lora la función reproductora y se les identifica como pasivas al ejercer su sexualidad. Es decir, se les asume en un papel de víctima con nula capacidad de modificar su situación. Siguiendo esta percepción, el personal de salud desconoce por completo las múltiples masculinidades y feminidades, se ignoran los factores necesarios para empoderar a mujeres y hombres y se violenta el derecho a la información.

Además, las instituciones de salud pública son las principales fuentes de estigmatización, debido a que en ellas se mantiene el concepto de “grupo de riesgo”, se expresa un constante “miedo al contagio” y manifiesta cierta incredulidad a las medidas de prevención que les ofrecen los hospitales (CENSIDA, 2009). En este sentido, no solamente se violan los derechos humanos de los pacientes, además se refuerza la desigualdad de poder, que en el caso de la violencia de género no permite a las personas empoderarse y las mantiene en un estado de indefensión.

Por lo tanto, es importante capacitar al personal de salud para atender con perspectiva de género a los pacientes que viven con VIH. Entendiendo la importancia de sus condiciones sociales y modo en que se viven como mujeres y hombres; para ser partícipes en la construcción de su empoderamiento, aspecto de vital importancia en la calidad de vida, adherencia al tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Para lograr la construcción de estos objetivos, los talleres vivenciales resultan un método que ha mostrado su efectividad, dado que constituyen espacios de diálogo, donde los conocimientos, afectos y experiencias pueden resignificarse y generar formas distintas de ser y relacionarse con otras personas (Berra y Dueñas, 2011, en Gómez del Campo, Salazar y Rodríguez, 2014).

De este modo se propone el diseño de un taller vivencial, que permita al personal de salud sensibilizarse en la perspectiva de género. Con la finalidad de que no se vulnere y estigmatice a las personas con VIH/sida y que las instituciones de salud se conviertan en una fuente de información para el empoderamiento y la equidad de género.

## OBJETIVOS

La presente tesina tiene como objetivo diseñar un taller vivencial para el personal de salud que atiende a personas que viven con VIH/sida, esto desde la perspectiva de género.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Informar sobre la relación entre VIH/sida y género, sus implicaciones en la vulnerabilidad y desarrollo del diagnóstico.

Favorecer los conocimientos sobre género y disidencia sexo-genérica y su relación con la estigmatización de los pacientes que viven con VIH/sida.

Instruir en conceptos que les permitan mejorar su atención a las personas que viven con VIH/sida.

## DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS

### 1. VIH Y SIDA.

En este capítulo se explicará en qué consiste el VIH y sida y como es el panorama actual en el país, de modo que se puedan exponer las indicaciones de las instituciones sobre cómo atender a las personas que viven con VIH/sida.

### 2. PERSPECTIVA DE GÉNERO.

En este capítulo se abordarán los conceptos fundamentales en la perspectiva de género, así como su relación con la salud y sexualidad, con la finalidad de entender cómo el género influye y va construyendo la vulnerabilidad que viven las personas con VIH.

También se describirá en qué consiste la disidencia sexo-genérica y la homofobia. Se observará como son conceptos estigmatizadores que potencializan la adquisición del VIH.

### 3. VIH Y GÉNERO.

En este capítulo se describirán las condiciones de género que producen vulnerabilidad y afectan la atención de las personas que viven con VIH/sida.

### 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Diseño del taller vivencial dirigido al personal de salud que atiende a personas que viven con VIH/sida. Constituye una revisión de temas clave en la integración de la perspectiva de género a la atención de las personas que viven con el virus. Con la finalidad de sensibilizar sobre temas como vulnerabilidad de género, estereotipo y disidencia sexo-genérica que son fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/sida.

# 1. VIH Y SIDA

El VIH es un virus con características muy específicas que sorprendió desde su aparición y generó diferentes métodos y estrategias para dar respuesta a sus consecuencias en la población. En este capítulo se describirán sus particularidades, historia y formas de prevención y atención.

## 1.1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS PRINCIPALES.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es el virus que causa el Sida, pertenece a la familia de los retrovirus, sus blancos principales son las células T CD4+ y los macrófagos, sin embargo, tiene la capacidad de infectar diferentes células del cuerpo humano como otros linfocitos, algunas células del sistema nervioso central, del intestino, dendríticas, neuronas y células Langerhans (Soto Ramírez, 2004).

Una vez que entra al torrente sanguíneo, el VIH ataca a las células CD4, que son parte del sistema inmunológico y se encargan de ayudar al cuerpo a enfrentarse a las infecciones. Cuando el virus invade estas células, se reproduce en ellas y continúa su avance. En respuesta a este ataque, se producen anticuerpos para responder al VIH y producir más CD4 que puedan reemplazar a las que están muriendo, sin embargo, esta respuesta no es eficaz, el virus se reproduce rápidamente y continúa avanzando durante varios años. En las últimas etapas de la infección por VIH, el cuerpo ha perdido tantas células CD4, que ya no es capaz de combatir a otros virus y bacterias y empieza a declinar hasta que el sistema inmunológico dejar de funcionar por completo produciendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) (Irwin, Millen y Fallows, 2004; Soto Ramírez, 2004).

El mecanismo de avance de la enfermedad puede observarse como un círculo vicioso, la

presencia del virus genera una producción de células CD4 constante de las que el VIH depende para persistir, por lo tanto, la respuesta del cuerpo para protegerse del virus constituye su método para sobrevivir más tiempo en el cuerpo.



**Figura 1.1. Conteos de células T CD4+ por mililitro cubico en suero de sangre, según la progresión de la enfermedad (Salgado, 2011).**

Cuando el VIH entra al cuerpo existe una reacción sintomática (en el 70% de los casos) conocida como infección primaria, puede presentarse entre dos y cuatro semanas después la adquisición del virus o hasta diez meses después. Se caracteriza por fiebres, crecimiento ganglionar, faringitis, erupciones, úlceras en mucosas, mialgias, artralgias, linfopenia y altos niveles de carga viral. Pese a estas manifestaciones, es muy raro que las personas sean diagnosticadas en esta etapa (Soto Ramírez, 2004). Pueden pasar de 1 a 6 meses para que un individuo infectado por VIH desarrolle cantidades detectables de anticuerpos para dar positivo en alguna prueba de detección del virus (Ruiz, 2009).

El problema de esta situación, es que por cada persona que tiene síntomas de la infección por VIH y acude a realizarse alguna prueba de detección, existen 3 o 4 más que están infectadas pero al no percibir ninguna de las manifestaciones clínicas, pueden continuar transfiriendo

do el virus a otras personas (Ruiz, 2009). Por esa razón resulta fundamental informar sobre los factores de riesgo y mecanismos de transmisión de la enfermedad.

La evolución de la infección por VIH desde la adquisición hasta el desarrollo de Sida es muy variable para cada persona, independiente de su vía de transmisión, dado que el virus evoluciona y puede adaptarse a la respuesta del sistema inmune del huésped, por lo tanto los tiempos de progresión son variables (Soto Ramírez, 2004).

Sin embargo, de acuerdo a Soto Ramírez (2004), se ha podido categorizar a las personas entre cuatro formas de progresión de la infección por VIH:

- Progresores típicos: Desarrollan Sida entre siete y diez años después de haber adquirido el virus. (Entre el 80 y 85% de las personas que viven con VIH se encuentran en esta categoría).
- Progresores rápidos: El avance es de tres años o menos. (Entre el 10 y 15% de las infecciones).
- Progresores lentos: Tardan más de diez años en manifestar la etapa de Sida. (Entre el 5 y 10% de los portadores del virus).
- No progresores a largo plazo: No desarrollan Sida por más de trece años y pueden vivir sin presentar ningún síntoma hasta 23 años. (2% de los casos).

Debido a esta diversidad en la progresión del virus, no es posible describir la enfermedad de forma muy específica, se hablan de generalidades y promedios, pero el virus puede evolucionar de forma muy diferente en cada persona; sin embargo es posible identificar cuando la persona que vive con VIH, ha desarrollado sida.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) es un concepto médico creado para describir una serie de síntomas, infecciones oportunistas y marcadores de laboratorio necesarios para indicar que una infección por VIH se encuentra en estado avanzado y el sistema inmunitario de la persona se encuentra afectado (Irwin, Millen y Fallows, 2004).

Entre los síntomas se encuentran la pérdida involuntaria de peso de más del 10%, diarrea o fiebre por más de un mes, se pueden presentar algunos tumores, crecimiento en los ganglios linfáticos o sarcoma de Kaposi. Las infecciones oportunistas se refieren a las enfermedades adquiridas por el debilitamiento del sistema inmune como neumonías, tuberculosis, toxoplasmosis, entre otras (Córdova, Ponce de León y Valdespino, 2009; Irwin, Millen y Fallows,



2004).

“Una persona que sea VIH-Positiva está infectada pero no tiene necesariamente Sida” (Irwin, Millen y Fallows, 2004, p. 32).

Es decir, el virus puede encontrarse en el cuerpo incluso por varios años sin afectar al sistema inmunológico de forma contundente para producir sida, una vez que el síndrome se produce existen manifestaciones muy evidentes que ponen en peligro la vida de la persona, pero este estado no es necesariamente permanente.

Siguiendo a Cadafalch, Domingo y Fuster (1995 en Basabe, et al. 1996), se pueden distinguir las siguientes fases en el proceso de infección por VIH/sida:

- Período de incubación y síndrome agudo del VIH. Comprende desde la adquisición del virus hasta la primera manifestación clínica. Puede durar desde unas semanas hasta seis meses.
- Período de latencia o asintomático. En esta etapa la replicación del virus es a bajo nivel, puede durar de 4.5 años hasta 15. Este período termina con las primeras manifestaciones avanzadas de la enfermedad.
- Curso clínico avanzado de la infección. Se caracteriza por un incremento de la actividad del VIH, por la pérdida progresiva del funcionamiento del sistema inmune.

Mientras el desarrollo de estas etapas sigue su curso, al mismo tiempo pueden presentarse diversas manifestaciones psicológicas-emocionales. Estas manifestaciones son consecuencia de todos los cambios que las personas que viven con VIH tienen que enfrentar a lo largo de la enfermedad, desde el diagnóstico, la aparición de los primeros síntomas, las enfermedades oportunistas, hasta el afrontamiento de la muerte. Estos cambios representan modificaciones drásticas en el estilo de vida, como tener que acudir a instituciones de salud de forma más frecuente, cambios en los hábitos (sexuales, de horarios, de medicación) y sobre todo el estigma, la discriminación y la crítica social relacionada con el diagnóstico, de modo que se produce una carga ansiogena constante para la persona (Basabe, Iraurgi, Páez e Insua, 1996).

Estos estresores psicosociales favorecen la inmunosupresión y por lo tanto pueden contribuir a la replicación del virus (Glaser y Kiecolt-Glaser, 1987; Kemeny, Weiner, Taylor et al, 1994 en Basabe, Iraurgi, Páez e Insua, 1996).

Por lo tanto atender las manifestaciones psicológicas es fundamental para proteger la salud

de la persona infectada con VIH, además de abordar las cuestiones sociales; en este sentido, es importante que la persona se encuentre informada sobre los mecanismos del virus y las formas para prevenir reinfecciones, coinfecciones o el progreso acelerado de la enfermedad.

Es necesario saber que el VIH puede propagarse a través de algunas prácticas sexuales sin protección como el coito vaginal, anal y oral, sin el uso de un método anticonceptivo de barrera, como son los preservativos masculino y femenino. A través de algún medio de inyección o transfusiones de sangre contaminadas con VIH. Vía perinatal, es decir, de la madre al hijo antes o durante el nacimiento o a través de la lactancia sin tener precauciones médicas (Irwin, Millen y Fallows, 2004).

Por lo tanto, convivir con una persona que vive con VIH, abrazarla, estar en contacto con sus lágrimas y sudor, no constituye ningún riesgo de infección (MPS-UNFPA, 2011). Dadas estas condiciones para que pueda producirse la transmisión del virus, es posible observar que el aislamiento resulta innecesario, sin embargo es uno de los factores que más produce miedo entre las personas que viven con el virus y es una fuente de ansiedad o discriminación para las personas que conviven ellas.

Las formas saludables para prevenir la transmisión del VIH son: mediante el sexo protegido (empleando preservativos al tener relaciones sexuales, evitando así el contacto con fluidos corporales), u otras prácticas de sexo seguro (relaciones sexuales sin penetración, besos, caricias, masturbación mutua); no compartiendo jeringas o medios de inyección; mediante un control adecuado de las donaciones de sangre; administrando una pequeña dosis de medicamentos antirretrovirales a la madre VIH-positiva durante el parto, que éste sea mediante cesárea y evitando la lactancia (Irwin, Millen y Fallows, 2004; Córdova, Ponce de León y Valdespino, 2009). Atendiendo estas formas de prevención, las personas que viven con VIH/sida pueden disfrutar de una vida sexual y de formar una familia, sin que sus hijos tengan que vivir con el virus, de modo que estos métodos garantizan derechos humanos fundamentales en las personas que les permitan vivir con calidad y en condiciones de igualdad.

Además de estas medidas preventivas diseñadas o recomendadas para estas prácticas específicas, se ha descubierto la importancia de la educación sobre la sexualidad humana. La información que debe emitirse necesita disminuir los tabúes, ser dirigida a poblaciones clave como los jóvenes y ser impartida durante la preadolescencia, antes de la primera relación sexual, enfocándose en el uso adecuado del condón masculino y femenino (Córdova, Ponce

de León y Valdespino, 2009).

En la estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015, se ha planteado promover un comportamiento sexual sano, y por otro se habla de la importancia de la sensibilización al personal que trabaja en estos programas para expandir la prestación de la atención de calidad capacitando al personal para dar una mejor respuesta (Córdova, Ponce de León y Valdespino, 2009).

Además de estos enfoques de prevención que tienen que ver con la educación y sensibilización hacia la población y el personal de salud, de han desarrollado otros métodos biomédicos con la finalidad de buscar una cura o dar una respuesta contundente al VIH/sida, entre ellos se encuentran los microbicidas, la circuncisión y las estrategias profilácticas pre y post exposición.

Los microbicidas son algunos productos que pueden presentarse en forma de geles, anillos u otro tipo de aplicaciones que contienen sustancias que si se aplican en la vagina o el recto, pueden disminuir o prevenir la transmisión del VIH u otras enfermedades que puedan adquirirse vía sexual (Iglesias, 2011). De este modo la prevención puede hacerse accesible o práctica, sobre todo para las personas que no desean emplear los métodos de barrera, o métodos que requieren de procedimientos clínicos como la circuncisión.

Los estudios sobre la circuncisión como método para prevenir el VIH parten de las siguientes premisas: el prepucio puede lastimarse ligeramente durante las relaciones sexuales, de modo que se puede producir inflamación y microlesiones que facilitan la entrada al virus; y por otro lado la piel del pene es prácticamente impermeable a éste si no tiene lesiones, mientras que la superficie interna del prepucio es más vulnerable al VIH porque queda expuesta a las secreciones vaginales o anales. Por lo tanto eliminando el prepucio, se suprime una de las zonas más sensibles al virus (Iglesias, 2011). Este procedimiento resulta muy efectivo para prevenir el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales en un papel activo, sin embargo no protege a mujeres ni a hombres que tienen relaciones con otros hombres en un rol pasivo.

La profilaxis preexposición (PrEP) consiste en administrar medicamentos antirretrovirales en personas no infectadas con el virus para prevenir su adquisición. Se han realizado diversos estudios clínicos para medir su efectividad y en algunos los resultados han sido muy positivos, como el estudio CAPRISA 004, realizado en 2010, en el que se administró Tenofovir en gel mediante un aplicador vaginal a varias mujeres y se encontró que este método redujo

un 39% el riesgo de infectarse con VIH, en comparación con las mujeres que recibieron el placebo. Cabe resaltar que las mujeres con alta adherencia al gel disminuyeron la posibilidad de infectarse del virus en un 54% (Iglesias, 2011). Otro estudio con resultados positivos fue el iPrEx, desarrollado en alrededor de 2500 hombres con prácticas homoeróticas, esta investigación produjo una reducción del 44% en la incidencia de la transmisión del VIH en comparación con el grupo control, mediante la administración de Tenofovir+Emtricitabina vía oral (Iglesias, 2011).

La profilaxis postexposición (PEP) consiste en suministrar medicamentos antirretrovirales a una persona que probablemente se expuso al VIH. Este método debe ser evaluado, recetado y seguido por un médico especialista en la atención al VIH/sida. En este caso los medicamentos tienen que tomarse antes de que transcurran más de 72 horas desde la exposición, el tratamiento dura un mes, y si se hace de forma adecuada, se puede disminuir significativamente el riesgo de infectarse con el virus. Los casos en los que este método puede aplicarse son: cuando el condón se rompe en la relación sexual con una persona que vive con el VIH, o con una persona que se desconoce su estado serológico; puede emplearse por el personal de salud cuando por accidente se expone al contacto de sangre infectada o en caso de violación (Iglesias, 2011).

Sin embargo, la prevención con medicamentos antirretrovirales no es del todo positiva, porque su uso puede generar virus más resistentes, permitir que se disminuya la adherencia al tratamiento, constituir un alto costo económico y producir «desinhibición conductual», es decir, que al sentir la protección de estas intervenciones, las personas tiendan a aumentar sus prácticas de riesgo, esto si no se emplea la consejería adecuada (Iglesias, 2011)

Estos métodos constituyen opciones que amplían la prevención, sin embargo es importante mencionar que su aplicación no es del todo simple, dado que no es posible emplear estos métodos para protegerse de todas las relaciones en las que puede haber un riesgo de infección, no sólo por los efectos secundarios que pueden desarrollarse, también por los aspectos económicos y culturales, por lo tanto no todas las poblaciones son candidatas para emplear este recurso.

Todas estas estrategias han sido desarrolladas para prevenir la incidencia del VIH/sida en el mundo, pero a pesar de que existen muchas opciones, a veces el panorama aún resulta difícil y en estos casos, cuando la prevención falla y las personas adquieren el virus, es nece-

sario constatarlo a través de algunas pruebas, algunos exámenes de sangre que confirmen el diagnóstico para poder iniciar con el tratamiento y detener el avance de la enfermedad.

Existen las pruebas rápidas, dónde sólo se requiere pinchar el dedo y con la gota de sangre obtenida se hace un análisis cuyo resultado se obtiene en veinte minutos. También se han desarrollado pruebas de laboratorio más sofisticadas como la prueba ELISA que mide los anticuerpos que se producen después de doce semanas que inicio la infección y la Western Blot, que es una prueba para confirmar el resultado. Es importante mencionar que cualquiera de estas pruebas debe realizarse en conjunto con una asesoría antes y después de obtener los resultados. A este proceso se le llama consejería y está diseñada para informar, apoyar en la toma de decisiones y en resolver problemas para que la persona se encuentre más orientada con respecto al diagnóstico y a los cambios que puede traer consigo la enfermedad (MPS-UNFPA, 2011; Morales y Moreno, 2006). Esta asesoría es fundamental para apoyar emocionalmente a la persona y para que se encuentre informada de los procedimientos que tendrá que realizar en un futuro próximo, como algunos trámites en el sector salud o sobre los posibles tratamientos que están disponibles para su condición.

Una vez confirmado el diagnóstico de VIH, el médico puede recetarle al paciente algunos medicamentos, estos se llaman antirretrovirales (ARV) porque impiden que el virus se prolifere. Actualmente existen algunas combinaciones de estos medicamentos que han demostrado un mejor desempeño, se conocen como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad o Eficacia (TARGA). El tratamiento con TARGA reduce normalmente la carga viral en la sangre del paciente, posibilita la recuperación de células CD4 y así se restablece la función inmunitaria. Pese al buen funcionamiento de esta terapia, no hay cura, el tratamiento debe administrarse de por vida y tiene diversos efectos secundarios que van desde la debilidad hasta algunos síntomas severos y con el tiempo, algunas personas pueden volverse resistentes los medicamentos (Irwin, Millen y Fallows, 2004). Por esta razón es muy importante que la persona infectada con VIH se encuentre informada plenamente sobre el funcionamiento, reacciones secundarias, saber cuando es necesario cambiar de medicamento o las consecuencias de no tomarlo según las indicaciones.

Tal es el efecto de estos tratamientos, que si son empleados adecuadamente, en acompañamiento con apoyo nutricional y psicosocial, la persona infectada con VIH puede volver a tener un número elevado de células CD4, sus exámenes de sangre pueden manifestar un resultado indetectable del virus y su calidad de vida puede ser muy buena (MPS-UNFPA,

2011; Salgado, 2011). Cabe mencionar que obtener un resultado indetectable en los análisis de carga viral no quiere decir que la persona se haya curado, el tratamiento y las precauciones deben emplearse de por vida.

En la terapia combinada de antirretrovirales, se emplean medicamentos de diferentes categorías para poder detener al virus con diversas estrategias. Salgado (2011), las describe de la siguiente manera:

- Inhibidores de entrada (o inhibidores de fusión) como: Maraviroc o Efurvitide, cuya función es impedir el paso del virus al interior de la célula.
- Inhibidores de la transcriptasa inversa como: AZT o Efavirenz, que se encargan de evitar la conversión del ARN viral a ADN viral.
- Inhibidores de integrasa como: Raltegravir, que previenen la incorporación del ADN viral al ADN de la célula huésped.
- Inhibidores de la proteasa: impiden que partículas virales maduren y sean infecciosas (Ver Figura 1.2).

Las razones por las que el TARGA no puede curar radican en algunos mecanismos del virus y del sistema inmunológico muy particulares, como el reservorio de células CD4 y la replicación residual continua.

El reservorio de células CD4 puede producirse durante las primeras semanas de la infección o luego de la administración de los medicamentos. En este caso, cuando el sistema inmune se recupera, pone en acción un mecanismo de memoria en sus células, de modo que aquellas que lograron sobrevivir al VIH vuelven a un estado de reposo (pueden permanecer así por años o incluso décadas), por lo que los antirretrovirales no pueden destruirlas y permanecen de forma latente (Salgado, 2011).

La replicación residual continua se refiere a otro mecanismo del sistema inmune en el que por cuestiones de mantenimiento, una porción baja de células que se encontraban en reposo puede ser activada y producir nuevos virus, aunque esta cantidad de virus es tan pequeña que no puede ser detectada por las pruebas convencionales para medir la carga viral, pero esto no quiere decir que el virus no esté ahí, con otras técnicas más sensibles si es posible identificarlo. Por estas razones la adherencia al tratamiento debe ser de por vida, de otro modo estos reservorios pueden crecer, producir un rebote de carga viral y reactivar el avance de la enfermedad (Salgado, 2011).

### SITIO BLANCO DE ACCIÓN PARA CINCO FAMILIAS DE FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES

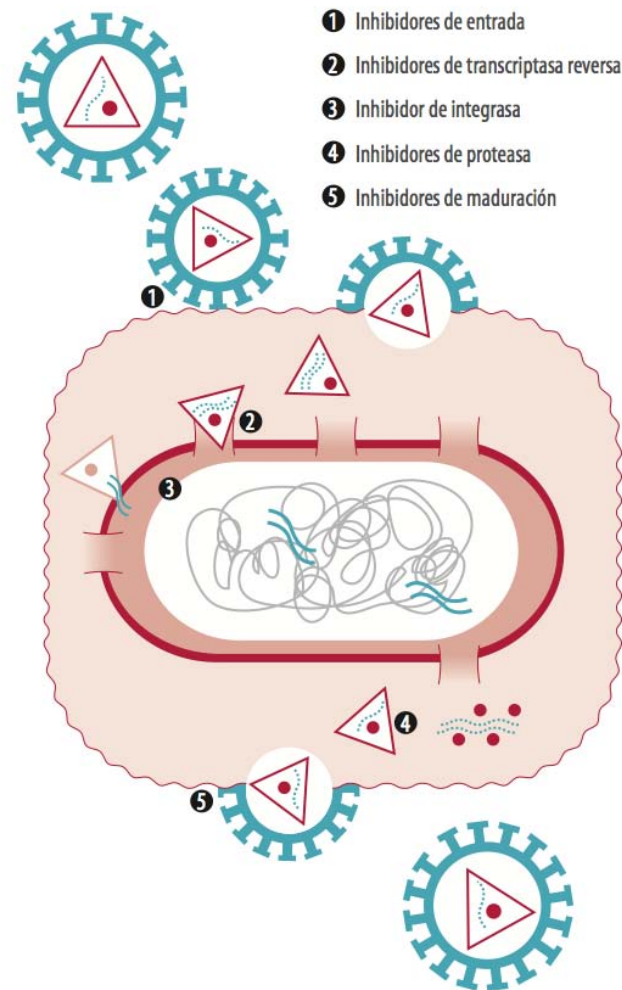


Figura 1.2. Familias de antirretrovirales (Vargas y Tetlanezi, 2011, p. 64).

Además de estos mecanismos del sistema inmune, las características del VIH lo hacen muy resistente a los medicamentos, esto quiere decir que después de un tiempo o debido a la mala adherencia, los antirretrovirales pueden perder su efectividad.

Las razones se ubican en la adaptabilidad del virus, dado que puede mutar constantemente debido a errores espontáneos o cuestiones de azar y por la presión que ejercen el sistema inmune y los medicamentos sobre él. Estas mutaciones de resistencia tienen graves consecuencias en las personas porque pueden invalidar a uno o varios fármacos a la vez y disminuir las opciones de los pacientes para hacerle frente a la enfermedad (Ávila, 2011).

“Al aumentar la frecuencia de uso de los fármacos antirretrovirales, como es el caso de México y otros países que han implementado el acceso universal al TAR a todas las personas

que lo requieren, también aumenta la posibilidad de transmisión de virus con mutaciones de resistencia. Es decir, una persona que toma TAR y en quien se han seleccionado virus con mutaciones de resistencia, puede transmitir estos virus a otra persona. La persona recién infectada tendría virus resistentes sin haber tomado nunca TAR. A este tipo de resistencia se le llama resistencia primaria o transmitida” (Ávila, 2011, p. 125). Por esta razón es fundamental también la prevención secundaria, es decir, evitar que las personas que ya viven con el diagnóstico de VIH sigan teniendo relaciones sin condón y aumenten sus probabilidades de adquirir otro tipo de VIH con otras resistencias.

Para administrar el tratamiento correcto, los médicos emplean algunas pruebas que miden las resistencias que presenta el virus de cada persona específicamente, así se garantiza que la medicación sea efectiva en su caso (Ávila, 2011).

Es posible observar que la terapia antirretroviral ha resultado muy efectiva, ha demostrado que es posible vivir con VIH/sida con calidad y ha aumentado radicalmente la esperanza de vida, sin embargo debe ser un tratamiento recetado y supervisado por un especialista en el tema y luego de realizar los exámenes de laboratorio pertinentes para asegurar su buen funcionamiento.

El tratamiento con TARGA ha tenido efectos contundentes en la historia del VIH/sida, pero su costo es elevado y en ocasiones los efectos secundarios son severos, por ello resulta fundamental poder emplear métodos de atención primaria, es decir, que se prevengan nuevas infecciones a través de la información, educación, el cuestionamiento a creencias estigmatizadoras y condiciones que continúan vulnerando a las personas para adquirir el virus.

## 1.2. HISTORIA DEL VIH/SIDA.

Es importante conocer la historia del VIH/sida porque las condiciones en las que surgió aún siguen siendo fuente de estigmatización y discriminación de las personas que en la actualidad viven con el virus.

Desde finales de la década de 1970, comenzaron a detectarse casos de personas que inexplicablemente manifestaban infecciones como *Cándida albicans* en la boca y el esófago, neumonía por *Pneumocystis carinii*, erupciones cutáneas relacionadas al sarcoma de Kaposi, en



algunos casos daños neurológicos y una supresión del sistema inmune que no correspondía con su estilo o condiciones de vida. Geográficamente tampoco había conexión, dado que algunos casos eran en Estados Unidos, en Portugal, Haití o Francia. Estas condiciones no permitieron una correlación y por lo tanto no fueron estudiadas hasta 1981, año en que se publicó el primer estudio sobre la enfermedad realizado con cinco jóvenes homosexuales que vivían en Los Ángeles, pero acudían a diferentes hospitales. Entre estos jóvenes no había ninguna conexión social o sexual, pero todos tenían su sistema inmune prácticamente desaparecido (Miranda y Nápoles, 2009; Bustamante, 2011).

Debido a estas condiciones tan raras y a la gravedad de los síntomas, en 1982 se implementó un sistema de vigilancia en Estados Unidos para detectar nuevos casos, los cuales se acumulaban cada vez más y había mucha evidencia para considerar estos síntomas como los de una nueva enfermedad. Pese a que con el avance de los meses se identificaron también mujeres, niños y población heterosexual con los síntomas, dado que la mayoría de los pacientes eran hombres homosexuales, se relacionó a la enfermedad con nombres como: «cáncer gay» «peste rosa» o literalmente «peste gay». Incluso algunos médicos la llamaron inmunodeficiencia relacionada a homosexuales (GRID «gay-related immune deficiency») (Miranda y Nápoles, 2009).

Esta explicación relacionada con la homosexualidad fue planteada por Brennan y Durks (1982) quienes describían que la promiscuidad entre los homosexuales producía una sobrecarga del sistema inmunológico, dado que al tener que defenderse de los virus presentes en cada pareja sexual, se saturaba. Esta explicación no respondía muchas implicaciones de la situación, como las razones por las que también la enfermedad existía en la población heterosexual y el cuestionamiento a su aparición en ese momento histórico, cuando las prácticas homoeróticas siempre estuvieron presentes en la historia del mundo (Bustamante, 2011). Sin embargo, entre los medios de comunicación era información muy difundida, aceptada y con consecuencias abrumadoras a nivel social. Dieron pie a reafirmar la discriminación de un grupo señalado desde mucho tiempo atrás y con ello aumentó el estigma.

Con el tiempo también se observó la enfermedad entre otros grupos de la población, como enfermos que habían recibido transfusiones de sangre, personas que compartían jeringas para inyectarse drogas y ciudadanos haitianos. Por lo que se le llamo también «la enfermedad de las cuatro H», es decir, homosexuales, hemofílicos, heroinómanos y haitianos; todos estos grupos estaban estigmatizados, por lo que la enfermedad se relacionó con los «rechazados»

de la sociedad (Miranda y Nápoles, 2009).

Entre 1983 y 1984, muchas personas en Estados Unidos pensaban que la enfermedad podría transmitirse ante cualquier contacto físico, hasta a través de un estornudo emitido por un homosexual, por lo tanto comenzaron a reportarse muchas muestras de discriminación en todo nivel social hacia ellos (Bustamante, 2011). Debido a estas condiciones el VIH/sida fue sumamente estigmatizado desde sus inicios y llevó más discriminación a grupos ya vulnerables en la sociedad, sin embargo, pese a la aceptación de esta teoría a nivel social en Estados Unidos, se desarrollaron muchas otras con el paso del tiempo y surgieron investigaciones de todo tipo.

Algunas teorías van desde las explicaciones de su transmisión y evolución desde chimpances y otros primates, hasta la creencia de que es un experimento de la CIA, un diseño de la ingeniería genética o una consecuencia de la vacunación contra la poliomielitis y hepatitis B (dado que para crear ambas vacunas se experimentó con chimpances) (Miranda y Nápoles, 2009). La explicación más aceptada por la comunidad científica es la transmisión desde otros primates, debido a la cercanía biológica y a los estudios del genoma humano, en los que se descubrió que cerca del 8% de nuestro ADN tuvo su origen en otros retrovirus que infectaron a los humanos o a ancestros primates en algún tiempo pero permanecieron en nuestro código genético sin causar daño (Miranda y Nápoles, 2009). Por lo tanto, ya existían posibilidades para que los retrovirus que infectaban a otros primates pudieran saltar de especie y comenzar a provocar infecciones en los humanos.

Se ha investigado desde hace tiempo que otros retrovirus ya habían pasado de algunos primates al humano. En el caso del VIH, se estima que a través de la cacería y el contacto con carne y tejidos de chimpancés infectados facilitó su introducción a nuestra especie. Existe evidencia en muestras de plasma sanguíneo recolectadas en 1959 en Zaire que ya tenían fragmentos del genoma del VIH-1. Se cree que se fue expandiendo por África desde entonces y las condiciones sociales, como la migración, globalización e industrialización; en combinación con la ausencia de manifestaciones del virus durante un largo período de tiempo en las personas infectadas, permitieron que la epidemia pudiera crecer sin ser percibida (Ponce de León y Lazcano, 2009).

Todas estas condiciones provocaron que la epidemia de VIH/sida fuera muy diferente a cualquier otra causada por otro microorganismo, su desarrollo estuvo vinculado desde un

principio a grupos estigmatizados, además de que se desconocía su mecanismo, era mortal y la muerte se daba en condiciones sumamente rápidas y dolorosas. También, el hecho de que pudiera estar en el cuerpo sin ser percibida generó más paranoia y discriminación que culminó muchas veces en aislamiento social.

### 1.2.1 MITOS, REALIDADES E IMAGINARIOS SOBRE EL VIH/SIDA

En consecuencia a las condiciones socio-históricas y culturales de la aparición de los primeros casos de VIH se construyó colectivamente un imaginario en relación a la enfermedad que tiene que ver con la homosexualidad, promiscuidad e infidelidad, estos conceptos se relacionan con un estilo de vida inmoral y con la idea de que ante esto, la consecuencia es la muerte. Debido a estas creencias la forma en que se vive, se enfrenta y define la infección por VIH está cargada de estigmas que en ocasiones provocan la muerte social (Bustamante, 2011). Estas consecuencias sociales se expresan en la pérdida de trabajo, vivienda, estatus social, abandono de la pareja y familiares; cabe mencionar que estas consecuencias aumentan en los grupos menos favorecidos, porque disponen de menos recursos socioeconómicos, por lo tanto el análisis del estigma asociado al VIH/sida debe percibirse como un proceso social ligado a las condiciones y la distribución de poder (Chong, Fernández, Huicochea, Álvarez y Leyva, 2012).

Entonces, el poder que ejerce el estigma puede vincular a cualquier persona que vive con VIH/sida a los grupos sociales históricamente menos favorecidos, por lo tanto las consecuencias sociales se expresan en marcar aún más esas condiciones, es decir, que el VIH se relaciona con lo inmoral y lo inmoral no puede tener poder ni dinero, por lo tanto se excluye a las personas con el virus de la economía, la familia y la sociedad en general.

Este rechazo está relacionado con la sexualidad (hombres con prácticas homoeróticas, trabajadoras y trabajadores sexuales), con el género, la pobreza y la marginalidad (poblaciones móviles). Estos ejes funcionan dentro de los campos existentes de poder y de exclusión (Malcolm, 1998 en Bronfman, Leyva, Negroni y Herrera, 2003).

“El rechazo es desplegado para mantener las desigualdades dentro de la estructura social” (Bronfman, Leyva, Negroni y Herrera, 2003, p. 182).

Mantener las desigualdades sociales ha sido fundamental en el proceso de globalización, y dado que la epidemia de VIH/sida surgió en este marco, se han reforzado las exclusiones pre-existentes (hacia la homosexualidad, pobreza, prostitución, etc.), que desvalorizan y limitan a las personas que viven con el virus, inutilizándolos, de modo que pierden su fuerza para resistir a la estructura que los discrimina. La globalización trae consigo una mayor polarización entre ricos y pobres y caracteriza a esa pobreza como femenina, por lo tanto el ejercicio del poder y control social perjudica más a estas poblaciones y las vulnera para adquirir el virus (Chong, Fernández, Huicochea, Álvarez y Leyva, 2012).

Entonces la feminización de la pobreza puede llevar a una mujer a migrar, para realizar el viaje quizá tenga que dedicarse al sexoservicio o tener relaciones sexuales a cambio de favores o protección, lo cual la puede conducir a conductas de riesgo, como tener relaciones sin condón y con ello infectarse de VIH; al vivir con el virus sus condiciones de vida serán más difíciles y puede ser totalmente excluida de lo social.

Pareciera que las condiciones sociales de vulnerabilidad llevan necesariamente a adquirir el virus, sin embargo, las personas también pueden transformar la estructura que los estigmatiza, este concepto se conoce como agencia. Se refiere a la capacidad para transformar la estructura incluso en sus niveles más amplios, a partir de las modificaciones en sus relaciones sociales (Morawska, 2009; Sewell, 1992 en Chong, et al. 2012). Es decir, es la habilidad humana basada en la capacidad de acción (evaluar, actuar y decidir), que permite ejercer cierto control sobre la estructura desde las relaciones sociales.

Para que esta capacidad pueda ejercerse es necesario contar con ciertas cualidades de los actores sociales (presentes en cuerpo, mente, relaciones y entorno social o físico inmediato), características específicas de espacio y de tiempo y disponer de recursos sociales como: conocimientos, habilidades, apoyo emocional; ciertos recursos materiales y una posición específica en el grupo (Morawska, 2001 en Chong, et al. 2012).

En el caso de las personas que viven con VIH/sida, es elemental que desarrollen y movilicen sus recursos sociales para sobrevivir, de modo que éstos les permitan superar el estigma asociado a la enfermedad que genera sentimientos como el miedo y la vergüenza, además de la respuesta de rechazo y discriminación (Chong, et al. 2012).

Resulta vital atender las emociones relacionadas al estigma, como el miedo, la vergüenza o la culpa, porque al hacerlo se impulsa la capacidad de agencia. Entonces apoyar a las per-

sonas para aceptarse, informarlas correctamente sobre la enfermedad y sus tratamientos les permitiría identificarse como capaces de sobrevivir pese a la adversidad y generar incluso una red de apoyo.

Cabe mencionar que esta movilización no solamente proviene de la persona que vive con el virus, también la familia y comunidad pueden aportar recursos, aunque a veces tal es la discriminación y el rechazo que estos elementos parecen no ser suficientes. Es en este contexto que las instituciones pueden proveer de recursos elementales como la información o el apoyo emocional, que contribuyen significativamente a la capacidad de agencia de las personas y les permiten visualizar la posibilidad de una vida futura, disminuyendo así, el impacto negativo del VIH en sus condiciones de vida (Emirbayer y Mische, 1998 en Chong, et al. 2012).

Es importante mencionar que en ocasiones las instituciones de salud lejos de constituir un recurso social para las personas que viven con VIH/Sida, fomentan la discriminación o una serie de creencias que los vulnera.

Bustamante (2011) describe esta situación en el caso de Ecuador, donde persisten imaginarios contruidos en torno al VIH, que fomentan la discriminación en el personal que labora en el Ministerio de Salud, algunas de estas creencias son:

- Que una persona de aspecto sano no puede estar infectada por el VIH, por lo tanto no se considera prioritaria su atención.
- Ideas erróneas sobre los modos de transmisión del VIH; como la creencia de que el virus se transmite por medio de las picaduras de mosquito o al compartir alimentos.
- Que la homosexualidad o las relaciones sexuales entre hombres se encuentran ligadas al VIH/Sida.
- Que aún existe una estrecha relación entre la infección por VIH y la muerte, pese a la eficacia de los medicamentos antirretrovirales.

Estas creencias que se refuerzan por las instituciones tienen implicaciones negativas en las relaciones sociales y en la autopercepción de las personas que viven con el virus, generan cambios que afectan el rol familiar y social. En la mayoría de los casos se transita entre la exclusión, maltrato, estigma y discriminación (Bustamante, 2011). Entonces las instituciones de salud tienen un gran poder, por un lado pueden promover la agencia con una información adecuada y apoyo emocional, o en el caso contrario, fomentar el estigma, porque cuentan con

la autoridad para que las creencias o imaginarios que fomentan se repliquen en la comunidad.

Estos imaginarios sociales que asocian al VIH/sida con personas «peligrosas e indeseables» no lo hacen sólo por el hecho de vivir con el virus, sino por tener una conducta «inmoral o inadecuada». Porque al infectarse con VIH, «están expuestos a morir, constituyen un peligro para otros porque pueden transmitir su enfermedad», porque se les asocia con drogadicción, homosexualidad y sexo comercial y porque «viven un castigo a sus comportamientos dado que ellos se lo buscaron». Estos imaginarios pueden ser de tipo externo, es decir contruidos por la comunidad o de tipo interno, donde estos juicios parten de autodiscriminación (Bustamante, 2011).

Existen otras creencias sociales que también establecen una fuente de discriminación, pero además constituyen riesgos para las personas que las expresan, dado que debilitan los mecanismos de prevención. Algunas de estas ideas son: Que las mujeres casadas y monógamas no están expuestas al VIH, que tener relaciones sexuales sin protección con una pareja estable no implica una exposición al virus, que el VIH sólo afecta a homosexuales, trabajadoras y trabajadores sexuales o personas transexuales o transgénero, y que el amor y la fidelidad protegen de la infección porque el virus afecta a personas promiscuas (MPS-UNFPA, 2011).

Es posible observar que las creencias que fomentan el estigma construido en relación al VIH/sida, vulneran a las personas por pertenecer a cierto grupo social, por tener comportamientos diferentes o simplemente por estar enfermos, además de que constituyen un riesgo porque desinforman y fomentan conductas que desprotegen a las personas.

### 1.2.2. RIESGO Y VULNERABILIDAD

Para entender las formas en que las personas se infectan del VIH, es importante definir los conceptos de riesgo y vulnerabilidad. El riesgo se define como la probabilidad de infectarse del virus a través de conductas relacionadas con la transmisión, como tener muchas relaciones sexuales sin protección o consumir drogas vía intravenosa; sin embargo, atender exclusivamente estos factores individuales no permite una comprensión adecuada sobre cómo controlar la propagación del virus.

Los factores socioeconómicos subyacentes como la pobreza, discriminación y desigual-

dad de género, constituyen determinantes que conducen a la gente a adoptar, «conductas de riesgo» y a volverse vulnerables a la infección por VIH. Por esta razón, para abordar la epidemia del VIH/sida resulta fundamental atender los factores que propician la vulnerabilidad y no sólo las conductas de riesgo; hacer esto sería continuar con la fusión de la explicación científica y la censura moral, característicos del inicio de la epidemia (Irwin, Millen y Fallows, 2004).

Existe el mito de que las personas que viven con VIH/sida adquirieron el diagnóstico por negarse a «cambiar de vida» pese a la información de las campañas de prevención. Esta creencia se basa en la idea de que todos los individuos pueden elegir de un menú de opciones, sin considerar que las limitaciones socioeconómicas en las comunidades pobres, restringen las opciones de las personas para evitar exponerse al virus. Por esta razón, es necesario emplear la educación, el cambio social y el poder político, para transformar esas limitaciones estructurales que continúan produciendo la vulnerabilidad (Irwin, Millen y Fallows, 2004).

El cambio de conceptos en relación a las personas infectadas con VIH ha sido resultado de estudios epidemiológicos y de un cambio de paradigma que centra la atención en los factores de la estructura (sociales, culturales, económicos y políticos), más allá de las posturas moralistas que se enfocaban sólo en los factores individuales. Se paso de la idea de «grupos o prácticas de riesgo» al concepto de vulnerabilidad social y riesgo asociado.

Esto no quiere decir que el criterio de riesgo desaparece, sino que debe ser entendido desde los términos de la vulnerabilidad.

“La complejidad observada hace que el VIH/SIDA no sea sólo una enfermedad, más bien se trata de un problema social que rebasa las prácticas individuales y los sistemas de salud. Los recientes desarrollos conceptuales requieren de la inclusión de factores políticos, económicos, culturales, étnicos, generacionales, de sexo y de género, los cuales expresan alguna clase de condición estructural o situación coyuntural para comprender la vulnerabilidad frente a la adquisición del VIH/SIDA” (Magis y Hernández, 2009, p. 106).

Entonces la vulnerabilidad es multifactorial, con ello puede entenderse esta enfermedad desde un punto de vista mucho más amplio que sólo las explicaciones médicas, que si bien han constituido grandes aportaciones, como los tratamientos altamente efectivos, no han podido detener el desarrollo de nuevas infecciones.

La vulnerabilidad social, se refiere entonces a la relativa desprotección que enfrenta un grupo de personas en razón de contar con un menor acceso a recursos socioeconómicos y legales, por lo tanto es más probable que sus necesidades básicas y derechos humanos se encuentren amenazados o insatisfechos, generando también posibles daños a la salud (Cáceres, 1999 en Bronfman, Leyva, Negroni y Herrera, 2003).

La vulnerabilidad frente al sida se define como los factores de riesgo prácticamente inmodificables para un grupo de personas (migrantes, pobres, jóvenes, mujeres, indígenas, etc.), que hacen más probable su infección por VIH, estos factores se encuentran determinados por la forma en que se organizan y funcionan los actores políticos, sociales y económicos que dan respuesta a las necesidades sociales (Bronfman, 1999 en Bronfman, et al. 2003). Estos factores limitan de forma importante las capacidades individuales para actuar, es decir para poder llevar a la práctica los métodos que los protejan o simplemente para tener acceso a la prevención (Bronfman y Leyva, 2009).

Entonces, si las condiciones sociales, económicas y políticas tienen un efecto mucho mayor que la simple decisión personal de cuidarse o no de adquirir el VIH. Por ejemplo, si debido a un conflicto político las personas deben abandonar su comunidad, las diferencias de lenguaje o las dificultades para entender el contexto cultural pueden constituir un riesgo porque la persona no sabrá cómo acceder a los métodos de prevención disponibles para ese nuevo entorno.

“De esta forma, los contextos de vulnerabilidad se encuentran determinados por las relaciones entre los diferentes actores sociales. Así pues, la distinción entre riesgo y vulnerabilidad está lejos de ser una sofisticación semántica. Mientras que el riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política” (Bronfman y Leyva, 2009, p. 243).

Esto conduce a una resistencia para abordar los factores que promueven la vulnerabilidad, es más fácil promover políticas públicas que se enfoquen en la decisión personal que cuestionar las determinaciones políticas, económicas y sociales que promueven este riesgo.

Además de las cuestiones socioeconómicas y políticas, existen factores culturales que en ocasiones constituyen sistemas de referencia que vulneran a las personas para adquirir el VIH. De acuerdo a UNESCO/ONUSIDA (2003) algunas de estas son:



- Las representaciones de la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el destino y la responsabilidad humana.
- La prescripción de actitudes y normas sexuales mediante determinados rituales, tradiciones y creencias religiosas.
- El trastorno o el desplome de normas y sistemas de valores tradicionales.
- Unas relaciones no equitativas entre los sexos y la subestimación del potencial de la mujer en la continuidad o el cambio en la vida cotidiana.
- La condición y situación de los jóvenes en la sociedad.
- Los hábitos lingüísticos y semánticos para referirse a la sexualidad.

A partir de estas definiciones de vulnerabilidad social y cultural, UNESCO/ONUSIDA, (2003), han planteado que las poblaciones más desamparadas son: los pobres, los jóvenes, las personas no escolarizadas, las mujeres y las niñas; los grupos culturalmente desestabilizados como las familias desintegradas, refugiados, personas desempleadas y los trabajadores migrantes o itinerantes; los grupos en situación de riesgo como las comunidades marginadas, los homosexuales y las personas que se dedican al sexoservicio.

Por lo tanto los esfuerzos para prevenir el VIH/sida deben ser sensibles a los factores estructurales y socio-culturales. Las soluciones o propuestas simples de prevención que se enfocan en las prácticas de riesgo pueden alimentar la estigmatización y generar un ambiente de culpa para las personas que viven con la enfermedad. Puede parecer más difícil analizar la epidemia en base a factores como la pobreza, desigualdad, racismo, discriminación de género y otros factores estructurales, que determinan esas supuestas «elecciones» que las personas realizan y las conllevan a contraer el virus (Irwin, Millen y Fallows, 2004). Sin embargo al tomar en cuenta estos factores es posible ir más allá de las acusaciones morales y emprender acciones significativas que permitan entender las limitaciones de las personas, las cuales van más allá de informarse sobre el mecanismo del VIH, tienen que ver con su capacidad de agencia, con que se produzcan cambios en la estructura y así las personas puedan elegir verdaderamente de forma libre, informada y razonada.

### 1.3. VIH/SIDA EN MÉXICO

En 2014 hubo 10 mil nuevos casos notificados de VIH/sida en México, cabe mencionar que en nuestro país sólo se diagnostica al 68% de las personas infectadas. Existen unas 180 mil personas viviendo con VIH/sida en todo el país, de las cuales 60 mil están infectadas y aún no lo saben. 89 mil están bajo tratamiento antirretroviral y en el último año se registraron cerca de 5 mil muertes a causa del virus (Román, 2015).

Estas cifras indican que la respuesta institucional y social al VIH/sida necesita de nuevas formas de prevención y atención que disminuyan la mortalidad y eviten que existan personas que desconocen su estado serológico.

El primer caso de sida en México fue diagnosticado en 1983, aunque de acuerdo a otras técnicas de investigación en salud pública, la epidemia inicio desde 1981. Su crecimiento fue lento al principio, pero en la segunda mitad de los años ochenta se registró un crecimiento exponencial, para comenzarse a desacelerar a partir de 1994 (Tapia, Bravo y Uribe, 2003). A comienzos del siglo XXI el sida constituía la 16a causa de muerte en el país, con 4.3 muertes por cada 100 000 habitantes (Ponce de León y López, 2009).

El VIH llegó a México proveniente de Estados Unidos, los primeros casos fueron de varones profesionistas que habían residido en ese país, pero sus cuadros clínicos eran diferentes a los de los pacientes de allá. En los mexicanos la frecuencia de diarrea, criptosporidiasis y tuberculosis fue más notoria que la neumonía *P. Carinni* (Ponce de León y Lazcano, 2009). Debido a las diferencias en pobreza y desarrollo del país.

En México, como en otros países existe un subregistro y retraso en la notificación de los casos, por lo cual las cifras no son exactas. Esto en gran medida por desconocimiento de la normatividad, el largo período de diagnóstico de la enfermedad, mecanismos burocráticos y la baja percepción de los factores de riesgo del VIH (Tapia, Bravo y Uribe, 2003). Pese a la poca exactitud en los datos, es importante conocer cómo ha cambiado la epidemia, han pasado más de treinta años y las condiciones son muy diferentes, se han realizado diversas campañas informativas y la situación política, social y económica también ha cambiado.

Entre 1983 y 1995 se registraron 22,312 casos de personas con VIH/sida, de los cuales el 83.7% fue de hombres adultos, 13.5% mujeres adultas y el 2.8% eran menores de 15 años. (Ponce de León y Lazcano, 2009) (Figura 1.3).

## Casos de VIH/Sida reportados en Mexico 1983-1995

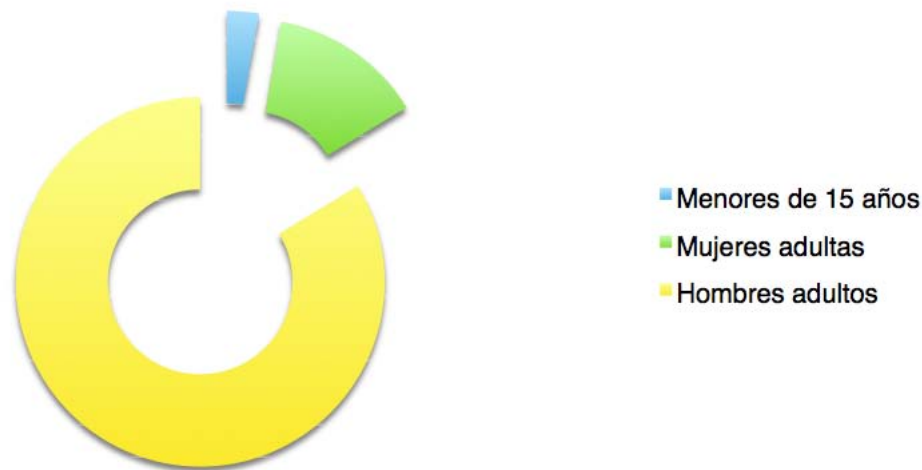


Figura 1.3. Casos de VIH/Sida reportados entre 1983-1995 de acuerdo a Ponce de León y Lazcano, (2009).

De ese 83.7% de hombres adultos viviendo con VIH/Sida, sus factores de transmisión se distribuyeron de la siguiente forma: 65.9% por prácticas homosexuales, 22.9% heterosexuales, 5.7% riesgo por transfusión sanguínea, 2.1% donadores de sangre por paga, 1.2% eran hemofílicos y 2.5% eran usuarios de drogas inyectables (Ponce de León y Lazcano, 2009) (Figura 1.4).

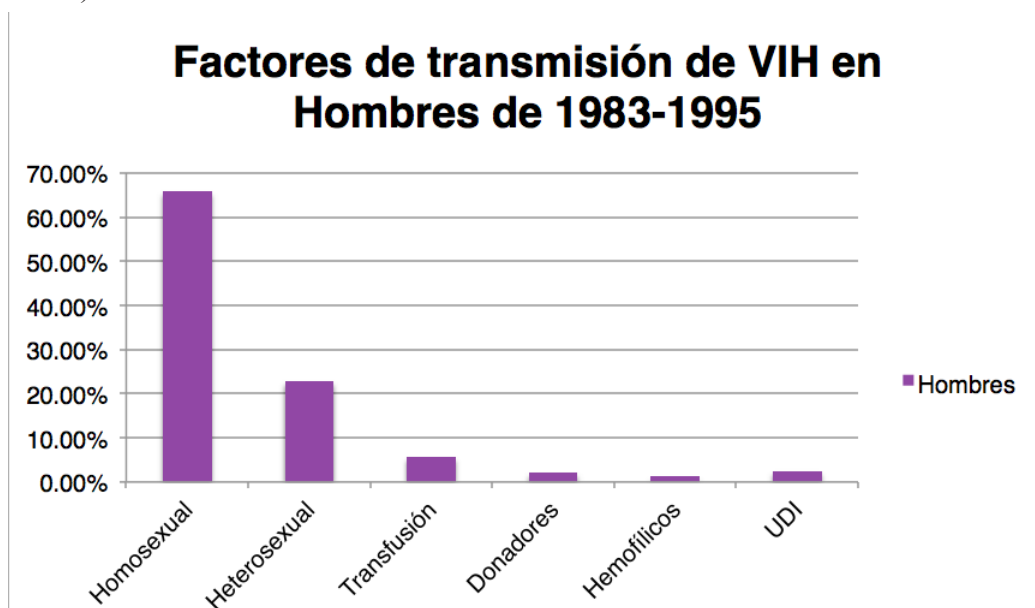


Figura 1.4. Factores de transmisión en hombres entre 1983-1995 de acuerdo a Ponce de León y Lazcano, (2009).

De los casos de mujeres adultas con VIH (13.5%) sus factores de transmisión fueron los siguientes: 49.6% se debió a transfusión sanguínea, 47.6% por contacto heterosexual, 2.1% donadoras de sangre por paga y 0.6% usuarias de drogas inyectables (Ponce de León y Lazcano, 2009).

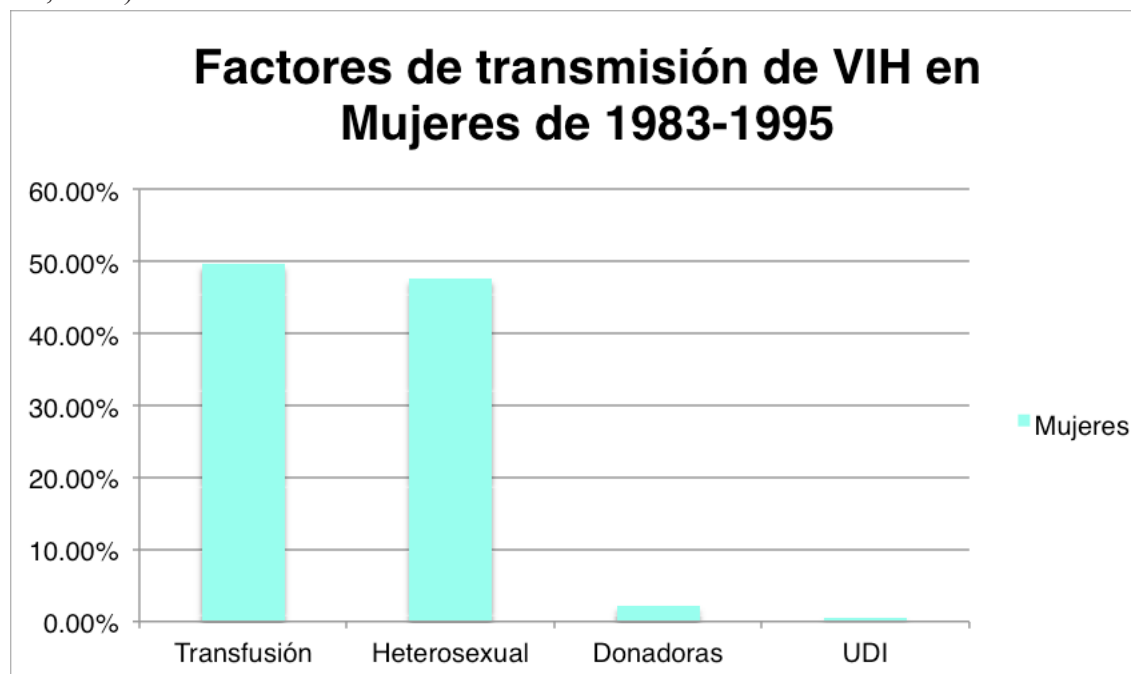


Figura 1.5. Factores de transmisión en mujeres entre 1983-1995 de acuerdo a Ponce de León y Lazcano, (2009).

En los casos de menores de 15 años los factores de transmisión fueron los siguientes: 58.4% por transmisión perinatal, 24.1% por transfusión sanguínea, 15.7% tenían hemofilia; y 1.7% por abuso sexual (Ponce de León y Lazcano, 2009).

La curva de morbilidad por sida en México puede dividirse en tres etapas: de 1983 a 1985 se observó un crecimiento lento, en 1986 se inició la etapa de crecimiento rápido que se observó hasta 1990. Este rápido crecimiento se ajustó a una curva de crecimiento exponencial, con periodos de seis meses para la duplicación del número de casos acumulados. A partir de 1991 se presentó en un fenómeno de desaceleración o de crecimiento amortiguado. Como consecuencia de la letalidad de la enfermedad y de los cortos periodos de sobrevivencia, para 1992 el sida ingresó a la lista de las veinte primeras causas de mortalidad general, ocupando el décimonoveno lugar en México (Ponce de León y Lazcano, 2009).

Se identificaron dos patrones de transmisión del VIH por entidad federativa en Méxi-

co, el urbano-occidental, similar al de los EUA y Europa Occidental, con transmisión en homosexuales en más de 75% y principalmente entre adultos jóvenes de 20 a 40 años; y el rural-caribeño, con algunas semejanzas a la etapa inicial del sida en República Dominicana y Honduras, con periodos de duplicación cortos (seis meses), elevada transmisión en mujeres (más de una tercera parte), transmisión principalmente heterosexual (más de la mitad) y en donde los casos pediátricos fueron principalmente por transmisión vertical (Ponce de León y Lazcano, 2009).

Es posible observar que los factores económicos y socio-culturales tienen un impacto muy grande en las características de la epidemia, incluso en un mismo país, como en el caso de México, en donde se observan diferencias significativas entre el entorno urbano y rural.

Para 2008 los estados más afectados por el VIH/sida fueron Distrito Federal, Estado de México y Jalisco, en este año la tasa de mortalidad por el virus fue de 4.8 por cada 100 000 habitantes. La enfermedad se distribuye entre personas de 15 a 44 años principalmente, de los cuales los hombres adultos siguen siendo los más diagnosticados (81.7%) y el porcentaje de mujeres creció al 16%. La transmisión de virus es en la mayoría de los casos por vía sexual (98%) y continúa afectando a un mayor porcentaje a hombres homosexuales y bisexuales (el 12.6% de varones que tienen sexo con hombres vive con VIH), trabajadores del sexo comercial, reclusos u usuarios de drogas inyectables (Ponce de León y López, 2009). Por lo tanto el VIH sigue afectando más a las poblaciones más estigmatizadas.

Las infecciones oportunistas más recurrentes en las personas que viven con VIH/sida en México también han cambiado debido a los medicamentos antirretrovirales, mientras que durante los primeros años de la epidemia se observaba candidiasis, infección por *P. Jirovecci*, *P. carinii*, micobacterias, herpes simple y sarcoma de Kaposi; en la actualidad debido a los medicamentos y a la profilaxis contra *P. Jirovecci*, ha disminuido la incidencia tanto de esta infección como de sarcoma de Kaposi y de *P. carinii*, sin embargo se presenta más la enfermedad por citomegalovirus, tuberculosis, manifestaciones neurológicas, otras enfermedades oportunistas y síndrome de desgaste (Ponce de León y López, 2009).

Una investigación realizada entre 1993 y 1995 encontró que los pacientes de condición socioeconómica elevada que eran atendidos en hospitales de alta tecnología tendían a sobrevivir en promedio 31 meses en etapa de sida; mientras que los pacientes atendidos en instituciones de seguridad social mostraban una sobrevivida media de 13.9 meses (Ponce de León

y Lazcano, 2009). Siguiendo esta investigación, es posible observar que vivir en un medio económico elevado puede hacer una gran diferencia en la atención al VIH/sida y mejorar la esperanza de vida, contrariamente a lo que pasa en los entornos de pobreza, donde el virus vulnera más a las personas y las margina aún más.

“En los últimos 10 años la infección por VIH/SIDA ha pasado de ser una condición casi uniformemente letal a una enfermedad crónica. El avance en la investigación ha permitido la actualización de los ARV sobre las cepas resistentes, y también el desarrollo de nuevas clases terapéuticas” (Ponce de León y López, 2009, p. 183).

Es importante resaltar que las aportaciones en la investigación para desarrollar y mejorar los medicamentos ha cambiado por completo el panorama de las personas que se infectan con VIH, afortunadamente en México se encuentra asegurada la medicación para toda persona que lo requiera, sin embargo aún persisten los nuevos casos de infecciones por este virus, por lo que resulta importante estudiar a las poblaciones más vulnerables para adquirirlo.

### 1.3.1. VIH/SIDA EN JÓVENES

En México, en promedio se inicia la vida sexual activa a los 16 años y, de acuerdo con los registros epidemiológicos, los jóvenes se infectan con el VIH alrededor de los 23 años de edad y el diagnóstico por transmisión sexual puede darse hasta diez años después (Tapia, Bravo y Uribe, 2003).

De acuerdo al sexo, en el grupo de los 20 a 24 años se ha observado una tendencia ascendente de mujeres infectadas con el virus, en 2006 se alcanzó una mayor proporción, con 27%. En el grupo de 25 a 29 años, ese mismo año la proporción fue de 20.8% para ambos grupos y la menor cifra se observó en 1983 (en donde el total de casos se presentó en hombres). En contraste, en la población adolescente (10 a 19 años), en algunos años la afectación de mujeres ha superado el 50% (Cabral, Escandón, Hernández y Ramos, 2009).

La población de jóvenes se encuentra vulnerable al VIH debido a que la sociedad e incluso los programas de prevención los excluyen del acceso a la información, la educación y los servicios integrales de salud que resultan necesarios para llevar una sexualidad sin riesgos.

Se ha descartado a los jóvenes de la prevención por ideas como que deben «abstenerse hasta el matrimonio», que necesitan reprimir su sexualidad porque no cuentan con las herramientas para ser responsables de ella. Por esta razón resulta importante crear políticas y programas integrales que permitan a los jóvenes ejercer su sexualidad de forma informada, ética, responsable y autónoma; de modo que puedan tomar decisiones adecuadas de acuerdo al conocimiento previo de los riesgos y formas de prevención (Cabral, Escandón, Hernández y Ramos, 2009).

Pareciera irresponsable excluir a los jóvenes de la prevención del VIH con cifras tan grandes de nuevas infecciones en esta población, esto denota que los factores culturales efectivamente vulneran a las personas para adquirir el virus. En este caso se evita informar a los adolescentes con la intención de restringir su sexualidad, se les considera irresponsables para tomar decisiones en ese sentido, pero resulta mucho más imprudente no proveerlos de recursos para poder cuidar su salud sexual y reproductiva.

### 1.3.2. VIH/SIDA EN MUJERES

El primer caso de una mujer con VIH/sida se dio en México en 1985, la causa de esta infección fue una transfusión de sangre contaminada. Entre 1985 y 1986, la razón hombre mujer fue de 26 a 1; en 1987 de 12 a 1, y a partir de 1988 se estabilizó en una razón de 6 a 1. La incidencia de casos en mujeres se debió principalmente a transfusiones (durante los primeros años de la epidemia) y a contacto heterosexual, que se fue incrementando con los años. Los grupos ocupacionales que presentaban las tasas más elevadas eran las trabajadoras de servicios públicos (meseras, peinadoras, otras), las maestras y las trabajadoras del arte y espectáculos, las trabajadoras del sexo comercial y las ex donadoras de sangre por paga. Al principio, el VIH sólo afectaba a los estratos socioeconómicos medios y altos en las ciudades; a mediados de los noventa comenzaron a presentarse casos en mujeres del área rural asociadas con la migración de sus parejas sexuales a los Estados Unidos (Ponce de León y Lazcano, 2009).

De los casos de mujeres adultas infectadas por transmisión heterosexual, notificados desde 1986 hasta marzo de 1995, se tenía el antecedente en algunos casos de que la pareja sexual permanente se sabía viviendo con virus o pertenecía a grupos de alto riesgo (bisexual, uso de drogas intravenosas, hemofílico, ex donador de sangre remunerado). La tendencia de

los casos de Sida en mujeres por transmisión heterosexual se incrementó desde comienzos de los noventa y desde 1993 representó más del 60% en este género, este riesgo era hasta 80 veces mayor en mujeres que vivían en el Distrito Federal, Guadalajara y en los municipios conurbados del Estado de México (Ponce de León y Lazcano, 2009).

Al principio de la epidemia se consideraba como factores de riesgo para las mujeres el haber recibido transfusiones o tener una pareja con comportamientos de riesgo para infectarse con VIH, sin embargo el número de mujeres que vive con el virus ha aumentado en los últimos años, por lo tanto resulta fundamental analizar qué factores están generando que existan cada vez más casos.

### 1.3.3. TRANSMISIÓN EN HOMBRES

Desde el primer caso de sida diagnosticado en México en 1983 hasta la actualidad, el grupo de hombres homosexuales y bisexuales ha sido el grupo que concentra el mayor número de casos de infecciones por VIH. En 1983-1984 el total en hombres correspondía a dicho factor de transmisión; en 1988 el 80% y en 1994 el 60 por ciento. Los estados del país con mayor incidencia de casos por este factor de transmisión eran: Yucatán, Baja California Sur, Nuevo León, Coahuila y el Distrito Federal, en donde más de las tres cuartas partes de los casos en varones correspondieron a homosexuales. En cambio en Zacatecas, Chiapas, Puebla y Tlaxcala esta proporción fue inferior al 50 por ciento (Ponce de León y Lazcano, 2009).

Para una mayor claridad en los estudios epidemiológicos sobre VIH/sida y en general, en investigaciones que trabajan con poblaciones mayoritariamente homosexuales, ONUSIDA propuso emplear la denominación HSH (Hombres que tienen sexo con otros hombres), para incluir a los varones que practican sexo con otros varones tengan o no una identidad gay, homosexual o bisexual. Al emplear este término se incluyen a las personas con prácticas homoeróticas ocasionales por estar en situación de cárcel o por dinero. Con este concepto se plantea referirse a estas poblaciones de forma más objetiva y libre de estigma o discriminación (Hernández, 2009).

Esta distinción conceptual tuvo que realizarse debido al señalamiento, confusiones y falsas atribuciones que se hacían a este grupo; en este caso la epidemia de VIH ha permitido que haya una gran estigmatización hacia esta preferencia, pero también ha contribuido para



construir investigaciones y políticas que sensibilicen e informen a la población sobre estas identidades o prácticas.

En el caso de hombres heterosexuales, para 1995 los casos notificados eran tres veces más que los casos de mujeres infectadas por la misma vía. En una proporción importante de estos casos, se tenía el antecedente de ser pareja sexual de mujer infectada (vía transfusional, ex donadora de sangre por paga y, en menor proporción, usuaria de drogas inyectables) (Ponce de León y Lazcano, 2009).

#### 1.3.4. VIH/SIDA EN HOMBRES TRABAJADORES SEXUALES

La epidemia de VIH/sida generó la necesidad de realizar estudios centinela en un grupo poco conocido o poco visibilizado para entonces, el de los hombres que ejercen la prostitución homosexual.

En el Distrito Federal, en 1986, la prevalencia de VIH en este grupo fue de 7%; en 1989 de 14%; en 1990 de 24% y hasta mediados de la década de los noventa estaba entre 20 y 30 por ciento. En Guadalajara la tasa de infección en 1993 fue de 37.5%; en comparación con Morelia, donde la prevalencia había sido menor a 5 por ciento (Ponce de León y Lazcano, 2009).

#### 1.3.5. TRANSMISIÓN A TRAVÉS DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.

El grupo asociado a transmisión por donaciones remuneradas de sangre o plasma afectó principalmente a personas de entre 35 y 39 años. La tendencia de estos casos comenzó a disminuir desde 1991 con las regulaciones en las políticas de donación y la prohibición para comercializar con la sangre (Ponce de León y Lazcano, 2009).

Las mujeres han sido la población más afectada por las transfusiones de sangre infectadas con VIH, el porcentaje hasta a mediados de los noventa era del 52%, mientras que para los varones adultos, el porcentaje era de 5.7%. Por otra parte, la evolución de los casos pediátricos según fecha de notificación mostró que los primeros casos asociados a transmisión por transfusiones se reportaron en 1987, año en el que representaron 30% del total de casos

pediátricos. Esta proporción se mantuvo en niveles altos durante 1988 (47.6%) y 1989 (36.6%) y disminuyó a partir de 1990 (25%), alcanzando el 15% de los casos reportados durante 1993 y el 8.3% de los notificados durante la primera mitad de 1994 (Ponce de León y Lazcano, 2009).

El 1.6% de los casos de personas viviendo con VIH/sida en el país, eran pacientes hemofílicos, sin ningún otro factor de riesgo, de este porcentaje, el 65% eran adultos y 35% menores de 15 años (Ponce de León y Lazcano, 2009).

En estos grupos resultó fundamental la prohibición de la comercialización de sangre y los protocolos para la donación, desde los cuales el riesgo de infectarse resulta mínimo, incluso se habla de su erradicación en el país.

#### 1.3.6. VIH/SIDA Y DROGADICCIÓN INTRAVENOSA

Hasta 1994 se reportaron únicamente 355 casos de sida en usuarios de drogas inyectables, de los cuales 195 eran homosexuales y 146 sólo tenían el antecedente de farmacodependencia. En mujeres sólo se registraron 14 casos en esta categoría. Los estados donde se concentraron estos casos fueron: Baja California (57), Guadalajara (51), Sonora (30), Distrito Federal (28) y Michoacán (18) (Ponce de León y Lazcano, 2009).

#### 1.4. VIH/SIDA EN MÉXICO Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD.

“Frente a una epidemia de SIDA transmitida predominantemente por vía sexual, se hace imprescindible conocer los comportamientos sexuales en diferentes sectores de la población” (Magis y Hernández, 2009, p. 110).

Antes de la epidemia de VIH/sida se vivía un ambiente de «carnaval» en la comunidad gay, la revolución sexual les permitía vivir libremente su sexualidad, por lo tanto la noticia de una enfermedad que atacara exclusivamente a hombres homosexuales, sólo en las más grandes ciudades sonaba a mentira elaborada por clérigos y policías para contener aquella explosión

de libertad. El discurso de los activistas argumentaba que las enfermedades de transmisión sexual se reparten sin distinción de género o de gustos: no podía haber una que atacara en condiciones socioeconómicas y culturales diferentes, con la sola condición de que fueran homosexuales, y además, únicamente a los hombres (González de Alba, 2009).

Parecía que el VIH/sida quería tirar todo el esfuerzo que la comunidad gay tuvo que hacer para exigir sus derechos y ejercer su sexualidad, además de que los medios de comunicación apoyaban estas teorías y estigmatizaban aún más sus comportamientos, generando un nuevo y más fuerte ambiente de exclusión para ellos.

En México, a partir de este contexto, surgió una acción comunitaria en temas de diversidad sexual y prevención de VIH creada para responder y combatir el imaginario social negativo de personas o grupos basado en estereotipos, combatir la estigmatización y la criminalización de estilos de vida o identidades sexuales diferentes a las heteronormadas, y luchar por el acceso a servicios de prevención y atención, así como denunciar cuando alguna persona afectada por el VIH o cualquier otra ITS fuera excluida de los servicios de salud, atención y tratamiento. El enfoque de género también se fue incluyendo en la acción comunitaria, la participación de las mujeres tardó en consolidarse, pero junto al tema de la defensa de los derechos humanos, se convirtió en un eje fundamental para entender la dinámica del VIH/sida (Hernández, 2009).

“La aparición de casos de SIDA... llevó a un cambio de paradigmas: ya no se trataba de que los grupos organizados pugnarán sólo por el respeto a la diversidad, el derecho a la libertad sexual, o a salir del closet, sino a buscar medios para entender los riesgos de infección, la naturaleza del virus y sus efectos devastadores, la vulnerabilidad, el prejuicio, el estigma y la discriminación, la violencia asociada al SIDA, las prácticas sexuales específicas de las minorías, el sexo anal, el uso de drogas inyectadas, el sexo por dinero, la movilidad” (Hernández, 2009, p. 321-322).

A partir de este nuevo contexto de información y la formulación de métodos de prevención para el virus, surgieron cambios en los comportamientos relacionados con las prácticas sexuales de las personas, uno de estos cambios fue la implementación del condón en las relaciones sexuales.

El condón resultó ser un método de prevención que no restringe la sexualidad, es decir no

obliga a la abstinencia, simplemente permite pautas más seguras que protegen a las personas del virus, desde el desarrollo de la epidemia de VIH/Sida, se observó un crecimiento en el uso del condón en hombres y mujeres.

Sexo	1985	1999	2006
Hombres	6.8%	43.7%	62.9%
Mujeres	4.8%	19.5%	38.9%

**Tabla 1.1. Porcentaje del uso del condón em hombres y mujeres (Magis y Hernández, 2009).**

En 1985 muy pocos jóvenes solteros reportaban haber usado condón (sólo 6.8% de los hombres y 4.8% de las mujeres), durante la primera relación sexual; en 1999 la encuesta de MEXFAM señaló que lo utilizaron 43.7% de los hombres y 19.5% de las mujeres; para 2006, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición mostró que el 29.6% de los adolescentes de 16 a 19 años habían iniciado su vida sexual, de los cuales, el 62.9% de los hombres jóvenes manifestó haber utilizado condón en su primera relación, mientras que el 38.9% de las mujeres también reportó su uso (Magis y Hernández, 2009).

Otros cambios en la frecuencia del uso del condón también se establecieron en la población HSH, dónde aumentó el sexo con preservativo en las parejas ocasionales, este comportamiento resulta muy positivo considerando que esta es una de las prácticas de riesgo más frecuente en este grupo. En cuanto a las mujeres trabajadoras sexuales, también ha crecido el uso del condón en sus relaciones comerciales, aunque esta precaución no se ha aplicado para las parejas sexuales ocasionales, por lo que aún no es suficiente este esfuerzo. Los hombres trabajadores sexuales, por su parte, muestran un elevado uso del condón en todas sus relaciones sexuales, pero debido a la frecuencia y al elevado número de acompañantes sexuales, los descuidos pueden resultar en riesgos considerables (Magis y Hernández, 2009).

Entonces las campañas de prevención que informan sobre la importancia del uso del condón han logrado realizar cambios importantes en conductas que protegen a las personas de nuevas infecciones, sin embargo aún existe mucho trabajo por hacer, incluyendo métodos de prevención más sensibles a ciertas prácticas específicamente.

## 1.5. VIH/SIDA Y LA ATENCIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO.

En las instituciones de salud pública se enmascara el estigma vinculado con el VIH/sida en la incapacidad de los sistemas de salud para responder a las necesidades de todos los usuarios. Sin embargo, las personas que viven con el virus padecen diferentes tipos de violencia durante la búsqueda o el tránsito por los sistemas de atención, esto debido principalmente a ideas preexistentes sobre el diagnóstico, opiniones estigmatizadoras y discriminatorias sobre la «culpabilidad» o «inocencia» de las personas para adquirir la enfermedad. Esto lleva generalmente a una respuesta moralista sobre los comportamientos de hombres que tienen sexo con otros hombres, personas que se dedican al trabajo sexual, usuarias/os de drogas inyectables y al uso o no del condón, mientras que victimizan a amas de casa, niños y enfermos por transfusión sanguínea. La violencia en las instituciones de salud puede expresarse mediante el señalamiento público a través del uso de cartillas específicas para personas con VIH/sida, negar la atención o posponer citas, aislar o maltratar, realizar pruebas de detección forzosas, violar la confidencialidad o a través de una mala aplicación de los esquemas antirretrovirales (Infante, et al. 2006).

Estos juicios son consecuencia de la historia mediática de la enfermedad, de las creencias preexistentes relacionadas con ciertos grupos estigmatizados y el miedo al contagio, se dirigen a la persona infectada con VIH y hacia las personas cercanas a ella, es decir, sus familiares, amigos, pareja e incluso su médico.

El estigma y discriminación se dirige principalmente a las poblaciones de HSH, personas trabajadoras y trabajadores del sexo (TS) o usuarios de drogas inyectables (UDI), (porque son poblaciones históricamente señaladas, pero en sus condiciones de salud, esta estigmatización las coloca en una posición de mayor vulnerabilidad física y psicológica) y hacia los médicos que las atienden, debido que al establecer contacto con personas de «dudosa reputación moral», los hace cómplices de estos comportamientos (Infante, et al. 2006).

Es posible observar dos manifestaciones de los procesos de estigmatización en los sistemas de salud vinculados al VIH/sida: el estigma simbólico y el instrumental. El primero se refiere a la violencia simbólica que viven las personas con el virus al ser señaladas mediante distinciones en sus expedientes o de forma directa y así son vinculadas a ciertos grupos de

la población estigmatizados históricamente, como las distinciones de clase, género, marginalidad, raza, etnia y sexualidad previos a la aparición del VIH. Por otro lado, el estigma instrumental se refiere al miedo al contagio casual relacionado con las medidas de protección exageradas, reducir el trato a lo indispensable o incluso abandonar a los pacientes (Infante, et al. 2006).

Ambos procesos son sumamente violentos para las personas que viven con el virus, por un lado se pone sobre ellos el señalamiento histórico con todas sus consecuencias socio-afectivas y por otro se aísla de tal forma que no sólo se discrimina, sino que incluso se pone en riesgo su salud con tan bajo nivel de atención médica.

Estos procesos de estigmatización generan un clima de intolerancia, desconfianza e incomunicación en la relación del paciente con los sistemas de salud. Además la lentitud y complejidad de los procesos burocráticos, escasez de servicios, reiterada carencia de condones y antirretrovirales; restricciones al acceso a la información, prevención, pruebas de diagnóstico, análisis, tratamientos y atención médica, tienen como consecuencia el fracaso en la prevención, descuido de la salud, automedicación (más la inyección no controlada de hormonas y aceites en el caso de las personas trans), practicas caseras, deserción del tratamiento, evitación de los centros de salud, abandono y muerte (Boivin, 2014).

Por lo tanto se requiere de un sistema de salud sensibilizado en donde las creencias pre-existentes no vulneren los derechos de las personas, se requiere de tratamientos incluyentes en los que todo el personal de salud pueda entender que el VIH/sida va más allá de malas decisiones o de culpables y víctimas.

La violencia simbólica que se genera en los sistemas de salud se reincorpora de forma inadvertida por las personas que viven con el virus y produce un autoestigma, este favorece la aceptación de la desigualdad, la subordinación, las ideas de pecado, culpa o la creencia de la «sentencia divina»: Le dio sida por puto. En el caso específico de las personas en disidencia sexual, el autoestigma produce prácticas, percepciones y estrategias que dan continuidad al orden heterosexual, es decir, tienden a negar su orientación sexual y estado serológico. Aceptan su destino social, se confinan a sí mismas a espacios donde de hecho fueron relegadas sin darse cuenta, de modo que se vuelven cómplices de su propia dominación. En consecuencia de adentran en el «clóset», y con ello en la negación, descuido, desprotección, aislamiento y soledad, distanciándose por completo de la atención médica, lo cual produce una mayor

vulnerabilidad (Boivin, 2014).

En este sentido, es necesario desarrollar políticas de atención más integrales, sobre todo en el caso de las personas trans, evitar las restricciones a los servicios de atención médica, nuevos métodos para la distribución de los insumos de prevención específicos para las prácticas sexuales y culturales de las minorías sexuales, introducir la perspectiva de género para sensibilizar al personal de salud sobre violencia homo/transfóbica y darles elementos para entender las problemáticas de las personas en disidencia sexual y las peculiaridades que implican la vinculación sexual y formas de vida no heterosexuales. Que el personal de salud pueda aprender estos temas permitiría el acceso a los servicios y una adecuada atención médica en condiciones de igualdad, las minorías sexuales no mueren tanto de VIH/sida o de la mala gestión de la transformación corporal para las transexuales, sino de los efectos directos o indirectos de la discriminación sobre su salud (Boivin, 2014).

Como se señaló anteriormente, las condiciones sociales, económicas y culturales producen la estigmatización de ciertos grupos, incluso de forma histórica; estas condiciones vulneran a las personas para tener comportamientos de riesgo que las llevan a contraer VIH/sida. Sin embargo, esta condición aumenta la vulnerabilidad social y con ello las creencias vinculadas a las personas que viven con el virus. De este modo, la forma de detener este ciclo radica en desestigmatizar y un medio importante para hacerlo son las instituciones de salud, donde las personas tienen que acudir para recibir su tratamiento y al mismo tiempo pueden recibir el apoyo emocional y la información necesaria para aumentar su capacidad de agencia, y así no cumplir esa supuesta «sentencia divina» que debían sufrir simplemente por habitar un estilo de vida diferente.

#### 1.6. POLÍTICAS PÚBLICAS.

México ha firmado y ratificado una serie de instrumentos internacionales en los que manifiesta su compromiso para adherirse a lo estipulado en los que se refieren específicamente a revertir el avance de la pandemia del sida y a combatir el estigma y la discriminación que padecen las personas que viven o conviven con el VIH/sida. Córdova, Ponce de León y Valdespino, (2009) destacan entre estos acuerdos los siguientes:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.

- Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- Convención para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- Declaración Cumbre de París sobre sida.
- Declaración Trinacional de Canadá, Estados Unidos de América y México.
- Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y el VIH/sida.
- Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/Sida (Declaración de UN-GASS/SIDA). En esta declaración se establecen metas para la prevención, apoyo, tratamiento y liderazgo sobre VIH/sida y derechos humanos, la reducción de la vulnerabilidad social y se plantea un seguimiento a nivel nacional, regional y mundial.
- Declaración del Milenio. En este documento se plantea la necesidad de combatir al VIH/sida y establece que para 2015 una reducción de la propagación del virus.
- Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre VIH/sida y el mundo del trabajo.
- Declaración de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Favor de la Infancia (PAFI). Incluye: fortalecer y promover el acceso a los servicios de salud reproductiva, mediante los sistemas de atención primaria de la salud; disminuir la prevalencia del VIH/ITS un 25% en jóvenes para el 2010; reducir en 20% el número de niñas y niños infectados con VIH para el año 2005 y en 50% para el 2010, garantizando a las mujeres embarazadas atención prenatal y otros servicios de prevención del VIH; y formular en 2003 para implementar en 2005 políticas y estrategias nacionales para desarrollar y fortalecer las capacidades de los gobiernos, familias y comunidades para promover un ambiente favorable a los huérfanos y las niñas y niños infectados por el VIH/sida.

Además se establecieron las siguientes leyes y normas oficiales (Córdova, Ponce de León y Valdespino, 2009):

- Ley General de Planeación
- Ley General de Salud



- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- Reglamento Interno de la Secretaría de Salud
- Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-SSA2-1993). Tiene por objeto actualizar y uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto a las actividades de prevención y el control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Se hace hincapié en la prohibición de excluir del lugar de trabajo a las PVVS y se señala el derecho a la confidencialidad. Todas las instituciones deben cumplir esta norma.
- Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (NOM-039-SSA2-2000). Trata de manera distinta la prevención y control de estas infecciones para hombres y mujeres, ya que éstas presentan mayor vulnerabilidad por factores biológicos, sociales, culturales y económicos. Establece la obligación de realizar programas educativos para orientar y capacitar sobre las ITS, mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento, tanto al personal médico como a la población en general. Incorpora el concepto “vulnerabilidad”, planteado como “la desprotección que presenta una persona o grupo de personas por factores de género, económicos, sociales y legales”.

Existen otras Normas Oficiales Mexicanas que son complementarias en cuanto a la prevención, atención y control del VIH y sida e ITS como son:

- Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM- 168-SSA2-1998).
- Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (Publicada en su versión actualizada en 2004) (NOM-005-SSA2-1993).
- Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (NOM-007-SSA2-1993).
- Norma Oficial Mexicana para la Prestación de los Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar (NOM-190-SSA1-1999).

Todas estas normas, convenciones y leyes tienen la finalidad de proteger los derechos humanos de las personas que viven con VIH, de acuerdo a los protocolos internacionales que fueron desarrollados para dar respuesta a la pandemia .

Sin embargo, desde que aparecieron los primeros casos de VIH/sida en el mundo, hubo polémica en el aspecto legal, por un lado se produjeron grandes violaciones a los derechos humanos de las personas infectadas, incluso se llegó a proponer su aislamiento y la limitación de sus derechos; y en la postura contraria, la Organización Mundial de la Salud, postuló que el respeto a los derechos humanos de las personas que estaban viviendo con el virus era un aspecto crucial para la lucha contra la pandemia (Morales, 2011).

En tal contexto se produjo una diversidad de actos violatorios de los derechos humanos de las personas afectadas con VIH/sida, como la realización de exámenes de detección sin contar con el consentimiento informado, la difusión indiscriminada del estado de salud de las personas con el virus, el despido de trabajadores infectados, la expulsión de los menores de edad de las escuelas, maltrato y deficiente atención médica, establecimiento de la prueba de detección como requisito para ser contratado y numerosas otras formas de discriminación. Ante este panorama, en México las organizaciones no gubernamentales y las personas viviendo con VIH/sida, emprendieron acciones sociales para promover juicios ante los tribunales, que tuvieron efecto y permitieron exigir derecho a la protección de la salud, el acceso gratuito a medicamentos y a los servicios de salud, el derecho a la no discriminación, el consentimiento informado, la confidencialidad y el respeto a la orientación sexual (Morales, 2009).

Por lo tanto la garantía de estos derechos tiene que ver con un procesos social de movilización, mediante el cual se exigió que los acuerdos firmados en convenciones internacionales fueran cumplidos y se hiciera valer cada una de las leyes y normas dictadas en relación al VIH/sida.

Discursivamente, desde la aparición del virus, las autoridades reiteraron su compromiso para fomentar los derechos humanos de las personas infectadas, pero en la práctica existe una contradicción en ciertos sectores gubernamentales, como en el caso del ejército y la policía federal, dependencias en las que se da de baja a las personas que resultan positivas al VIH. En estos casos fue necesario generar toda una lucha legal para el respeto de sus derechos (Morales, 2009).

En cuanto al sector de salud pública, también se han realizado diversas quejas, como los juicios por contagios transfusionales o por discriminación; además de los señalamientos hacia el personal de salud que carece de la preparación adecuada para desempeñar sus actividades o no se encuentra actualizado y al abuso de la libertad prescriptiva de los médicos. En

México se ha producido un abuso de esta libertad, debido a que los médicos pueden recibir beneficios económicos de laboratorios farmacéuticos a cambio de favorecer el consumo de determinados medicamentos, sin considerar las consecuencias en el esquema de tratamiento adecuado que debe recibir cada paciente (Morales, 2009).

Por lo tanto aunque la lucha de las organizaciones no gubernamentales realizada en estos treinta años ha generado garantías en los derechos de las personas que viven con VIH/sida, también queda mucho trabajo por hacer sobre el derecho a la salud.

En nuestro país se incorporó a la constitución en 1983 el derecho a la protección de la salud (año en que son detectados los primeros casos de sida), pero en sus primeros años no tuvo una aplicación tan eficiente en la práctica, debido a que el derecho a la no discriminación fue reconocido hasta 2001, mediante la adición de un párrafo donde se prohíbe toda diferenciación de trato por razones de «origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas» (Morales, 2009).

Entonces desde 2001, no puede realizarse ninguna discriminación que ponga en duda la condición de igualdad de las personas para recibir atención médica, además de que se aseguró el acceso a los antirretrovirales, sin embargo, esto no ocurre siempre para todos los exámenes diagnósticos necesarios, ni para los tratamientos específicos de algunas infecciones oportunistas.

Incluso en el IMSS e ISSSTE persisten problemas importantes de desabasto de medicamentos, lo cual representa un peligro para la salud y la calidad de vida de las personas con VIH. Además de que no se garantizan los servicios de salud mental y otros servicios necesarios para una atención integral (Negroni, Salas y Luna, 2006).

### 1.7. PROPUESTAS PARA NUEVAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

En México específicamente, aunque existe la política de acceso universal a los antirretrovirales, es necesario redoblar esfuerzos para erradicar la homofobia, es decir, las creencias que fomentan el miedo, prejuicio, agresión y discriminación hacia los homosexuales; también ha-

cia las personas que viven con VIH/sida independientemente de su preferencia sexual, dado que se les vulnera y criminaliza, y para evitar este señalamiento social, prefieren renunciar a su derecho a la salud. También es necesario enfocar las campañas de prevención para que se hable de sexualidad sin prejuicios o que no solamente se centren en el uso del condón, de modo que las personas sean conscientes de los riesgos de infectarse de VIH, y en caso de vivir con el virus, puedan atenderse digna y oportunamente (Valdéz y Varela, 2011).

Es necesario promover una atención que sea sensible a todos los factores relacionados con la enfermedad, se ha observado que aunque existen aportaciones médicas muy importantes como los antirretrovirales y existan legislaciones favorezcan los derechos humanos de las personas que viven con VIH, aún queda un gran camino para erradicar la estigmatización, la homofobia y la discriminación. Además de que la prevención debe ir más allá de informar sobre los mecanismos de la transmisión de virus.

“Asimismo, antes de tomar las decisiones de asignación de los recursos presupuestales, se requiere realizar una planeación detallada de los centros hospitalarios y no hospitalarios que conducen los «Programas de Atención y Prevención del VIH/SIDA», de manera que los recursos se distribuyan según las necesidades reales” (Valdéz y Varela, 2011, p. 53).

Es posible observar que las acciones institucionales para la prevención y erradicación del VIH/Sida, no han sido suficientes para prevenir y atender eficientemente la epidemia, por esta razón es fundamental que el personal de salud especializado en la atención de las personas que viven con el virus, se encuentre capacitado en derechos humanos, estigma y discriminación, para que la atención se encuentre libre de rechazo.

Algunas de estas acciones son propuestas por Córdova, Ponce de León y Valdespino, (2009):

- Acreditar a profesionales de la salud encargados de atender personas con VIH.
- Implementar un grupo de alta especialidad para valorar a distancia casos de pacientes con resistencia a fármacos.
- Acondicionar laboratorios para realizar estudios de CD4, carga viral y pruebas de resistencia a fallas de medicamentos.
- Modificar el abordaje en consejería y llevarlo también a salas de urgencia y laboratorios.

- Fortalecer la consejería en pacientes detectados en condiciones clínicas avanzadas.
- Crear un modelo que unifique la detección y la consejería.
- Ofrecer intervenciones de manejo emocional y de estrés en personal de salud que atiende pacientes con VIH.

Otro aspecto importante es que estrategia nacional de salud enfatiza la importancia de la salud sexual y reproductiva para la prevención y control de VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual en jóvenes y adolescentes de entre 10 y 29 años. Este grupo no coincide con los grupos de análisis socioepidemiológico y demográfico del sistema de salud (el enfoque se encontraba el HSH, TS y UDI). Sin embargo se considera urgente ampliar el marco de políticas públicas en salud para incluir las necesidades de adolescentes y jóvenes para promover conductas y actitudes libres, responsables y sin riesgo (Cabral, Escandón, Hernández y Ramos, 2009).

Es posible observar que el problema trasciende de la medicina, por lo tanto es necesario emplear tres nuevas líneas de acción: la promoción de la salud, comunicación educativa y participación social. A partir de estas líneas, se plantean algunas estrategias como: capacitar al personal de salud, una vigilancia epidemiológica activa, acercamiento y apertura de servicios de salud adecuados para jóvenes, investigación operativa, atención médica y cambiar los roles de liderazgo en salud, mediante la formación de líderes jóvenes que participen en la toma de decisiones (Cabral, Escandón, Hernández y Ramos, 2009).

De esta forma se puede garantizar que las instituciones de salud también sean un espacio para jóvenes, donde puedan recibir y realizar aportaciones que en consecuencia los protejan y les generen recursos para prevenir el VIH.

También se ha estudiado que el rechazo social es un impedimento para el control de la pandemia y además la causa de nuevas infecciones, por lo tanto resulta importante realizar cambios a nivel educativo que permitan erradicar el estigma, homofobia y discriminación vinculados al VIH/sida. A través de programas educativos que enseñen a los niños y jóvenes desde temprana edad a respetar y ayudar a las personas con VIH, o que viven diversidad sexual o social, además del conocimiento sobre los mecanismos de transmisión, prevención y derechos humanos aplicados a esta enfermedad (Cabral, Escandón, Hernández y Ramos, 2009).

Entonces la prevención puede enfocarse en sensibilizar a la población sobre la vida con

VIH/sida, informar sobre las formas para evitar la transmisión del virus y los derechos humanos, además de realizar prevención desde la educación sexual. En este sentido es importante distinguir los diferentes tipos de prevención que existen enfocados en VIH/sida:

- La prevención primaria

Su objetivo es evitar que el VIH se transmita por cualquiera de las vías posibles (sexual, sanguínea o perinatal), promoviendo la detección oportuna, informando sobre las medidas de prevención y factores de riesgo que facilitan la transmisión, durante este proceso es posible sensibilizar a la persona para que se concientice y disminuya las conductas que pueden ponerla en peligro de infectarse (Morales, Moreno y de Caso, 2011).

- Prevención desde la educación sexual

La prevención desde una educación sexual temprana promueve el autocuidado del cuerpo y una apertura hacia las relaciones sexuales y conductas eróticas, cuando se realizan libres de riesgo, de forma saludable, positiva y placentera, responsablemente para con uno y con los otros. En este tipo de prevención es necesario: promover un comportamiento sexual responsable; eliminar el temor, prejuicio, discriminación y odio relacionados con la sexualidad y las minorías sexuales; y por último, pero no menos importante, promover la comprensión del espectro de las identidades masculina y femenina dentro de una gama que incluya heterosexual, homosexual, bisexual, bigénero y transgénero (Moheno, 2011).

- Las estrategias de prevención focalizadas

Son dirigidas a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad, para realizarlas es necesario considerar sus características, especificidades y situaciones. Dirigir acciones que permitan conocer ampliamente sus dinámicas, incluir la perspectiva de género, comprender las situaciones de vulnerabilidad y los contextos de riesgo, el estigma y la discriminación que viven, así como sus lenguajes y espacios. Es necesario tener un amplio conocimiento de la sexualidad, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos; promover la participación de las comunidades para atender sus necesidades reales, facilitar la educación entre pares, tener cercanía con esa población, credibilidad y experiencia, además de contar con los recursos necesarios para llevar a cabo la prevención (García de León y Ramos, 2011).

- La prevención secundaria

Esta estrategia se emplea con las personas que viven con VIH/sida, su objetivo es aumen-

tar la sobrevivencia y calidad de vida a través del control de la enfermedad, la prevención de nuevas infecciones, el ejercicio de una vida sexual responsable y promover que la persona pueda reincorporarse a la sociedad en un ambiente que respete sus derechos humanos (Morales, Moreno y de Caso, 2011).

Es importante resaltar que estas estrategias de prevención deben diseñarse de acuerdo a políticas públicas que sean sensibles a los aspectos sociales, económicos y culturales del VIH/sida, de modo que es necesario que se apliquen los acuerdos firmados por el gobierno mexicano en las convenciones internacionales, para que las instituciones de salud pública no se queden en el doble discurso. Los cambios realizados en estas instituciones permitirían cambiar el ciclo de estigmatización y con ello mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/Sida y prevenir nuevas infecciones, deteniendo así, de forma contundente el avance de la enfermedad y promoviendo su erradicación.

## 2. PERSPECTIVA DE GÉNERO

El panorama observado sobre VIH/sida en el país resulta complejo y plantea necesidades específicas y elementales para dar respuesta, porque en más de treinta años de existencia de la epidemia se plantearon diversas estrategias de acuerdo a las condiciones del momento, sin embargo, en el capítulo anterior se puso en evidencia que estos métodos requieren modificaciones en las que se incorpore la perspectiva de género.

### 2.1. ¿QUÉ ES PERSPECTIVA DE GÉNERO?

La perspectiva de género es un instrumento de análisis que nos permite identificar las diferencias entre mujeres y hombres, para establecer acciones que posibiliten situaciones de equidad. Así, la diferencia sexual puede estudiarse desde lo simbólico y no solamente desde el terreno biológico, también, se definen las formas en que esta diferencia se convierte en desigualdad cuando un género ejerce el poder sobre el otro (Silva, 2004).

De esta manera, es posible comprender, desde esta categoría, las diferencias, interacciones y diversas formas en que se relacionan y viven los géneros; lo cual permite ver desde otra óptica las situaciones y construir otros instrumentos que fomenten la equidad.

Desde esta visión, se considera que existe una diversidad de géneros, como un principio fundamental para la construcción de la democracia en la humanidad, entendiendo a la dominación de un género sobre otro como una fuente de opresión que obstaculiza esta oportunidad de cambio (Lagarde, 1996). La perspectiva de género plantea la necesidad de que las personas propicien transformaciones reconociendo la diversidad, es decir, que desde la tolerancia se construye la democracia.



Esta categoría, precisamente tiene la función de estudiar las construcciones sociales que determinan “el ser y el deber ser” de mujeres y hombres en un contexto socio-histórico específico, partiendo del planteamiento de que el género es producto de un proceso de construcción social que reproduce y define las características de lo que es ser hombre o ser mujer (Chávez, 2004).

Por lo tanto, el género no es estático, cambia a partir de la cultura, los procesos históricos y sociales en los que se desarrolla cada persona; justamente para poder promover la equidad entre la población, la perspectiva de género se enfrenta al desafío de también conocer cómo es el concepto de ser mujer o de ser hombre en determinado contexto.

Entonces, la perspectiva de género se construye para diseñar nuevas políticas, generar proyectos y programas que puedan promover este cambio en los roles de género, produciendo un reordenamiento social a través de la identificación de la estructura y la jerarquía de las relaciones sociales que se viven desde el género o a través de él (Silva, 2004; Infante, 2004).

Esta categoría de análisis se construye con el objetivo de generar un cambio social, partiendo de una clara historia de desigualdad entre hombres y mujeres. Siguiendo esta idea, el cambio no parece sencillo, debido a que al interpretar la experiencia de vida desde otra forma, ineludiblemente surgen resistencias.

La perspectiva de género entonces necesita producir propuestas que mejoren la vida de la población, reformulando una nueva definición de lo que es ser persona; a partir de la deconstrucción de ciertas prácticas, de la crítica a discursos y representaciones sociales que han tenido la función de vulnerar a las personas, discriminarlas u oprimirlas a causa de su género (Infante, 2004; Lamas, 2005). De esta forma, se resignificaría la historia, sociedad, política y cultura, entendiendo a la humanidad como diversa y democrática (Lagarde, 1996).

Es posible identificar, a través de esta idea, que esta perspectiva surge a partir de un proceso histórico, en el que se identificó la necesidad de cambio, de plantear otras posibilidades para relacionarse en la sociedad en donde un género no ejerza irremediamente el poder sobre el otro. Así, la perspectiva de género nace de la lucha histórica feminista.

Las ideas feminismo empezaron a desarrollarse desde la Ilustración en el siglo XVII y XVIII, en ese momento surgió el planteamiento de considerar a las mujeres como ciudadanas, con derecho a formar parte del gobierno y de no limitarlas al papel doméstico. A partir de estos pensamientos, siguieron desarrollándose otras ideas que prosperaron en las propues-

tas de las feministas del siglo XIX y continuaron evolucionando hasta el siglo XX; donde exactamente en los años sesenta, dieron pie a un nuevo feminismo que entre los setenta y ochenta permitió el nacimiento de las teorías de género (Silva, 2004). De este modo, el feminismo fue cambiando, pasó de exigir un derecho hacia plantear la igualdad, de manifestar la importancia de las diferencias entre los sexos, hasta estudiar la construcción de los géneros como un planteamiento para fomentar la equidad.

“La mujer en cuanto a categoría de análisis se redefinió en la categoría de género; esto implica el conjunto de relaciones sociales entre géneros, reconociendo las identidades femeninas y masculinas dentro del marco de respeto a las diferencias que guarda cada uno de los dos sexos” (Silva, 2004, p.16-17).

Es posible observar que la lucha feminista a través de una amplia investigación, planteamientos y exigencias, logró visibilizar la necesidad de cambio, y que este cambio tenía que ser desde ambos géneros, reconociendo las diferentes masculinidades y feminidades; por lo tanto pudo ver más allá y pasar de una demanda a un objeto de estudio y de ahí a formar una perspectiva completa, incluyente y equitativa.

“Nos acercaremos al objetivo ético-político primordial del feminismo: reformular, simbólica y políticamente, una nueva definición de qué es ser persona –un ser humano y un sujeto-, sea en cuerpo de mujer o de hombre” (Lamas, 2005, p. 83).

Entonces, los estudios de género formulan un concepto más interesante, se plantea la equidad independientemente del cuerpo, por lo tanto es trascendente conocer que se define como género y cómo se construye.

## 2.2. CONCEPTOS PRINCIPALES

La perspectiva de género parte de conceptos fundamentales para plantear sus propuestas y políticas. Entre estos postulados, se encuentra el género, sexo, identidad y roles de género, masculinidades y feminidades.

### 2.2.1. SEXO

A través de la historia, se habían identificado las diferencias entre las personas de acuerdo a diversas categorías, como raza, clase social, parentesco, profesión, por vivir en un lugar determinado o ser migrante, etc. Entre estas grandes categorías por las que se habían estudiado las interacciones humanas, siempre se ha encontrado el sexo biológico. Es decir, las características físicas, particularmente genitales a partir de las cuales es posible determinar si la persona es hombre o es mujer.

A pesar de que no existe homogeneidad en las definiciones de los componentes sexuales, el sexo puede definirse como “el conjunto de características genotípicas y fenotípicas presentes en los sistemas, funciones y procesos de los cuerpos humanos” (Lagarde, 1996, p. 12). Por lo tanto, el sexo es algo que puede observarse en ciertos componentes, pero también está constituido por elementos internos de las personas, como los cromosomas y las gónadas, factores que no pueden percibirse a través de la observación directa.

Durante el desarrollo de las personas, el sexo, o las características sexuales van cambiando, existen diferentes etapas en donde surgen cambios abruptos en los componentes sexuales, estos cambios ocurren rápidamente y se mantienen a lo largo de la vida, por lo tanto es posible decir con certeza que el sexo es “dinámico, maleable y cambiante” (Lagarde, 1996, nota al pie, p. 12).

Durante muchos años la categoría de sexo fue suficiente para explicar las diferencias entre mujeres y hombres, pero a partir de las transformaciones sociales y de investigaciones más profundas, fue necesario emplear un término más amplio que pudiera incluir los factores culturales determinantes en el “ser hombre” y “ser mujer”.

### 2.2.2. GÉNERO

El concepto género fue empleado por primera vez en la década de los sesenta del siglo XX, en el área de la psicología médica por Stroller y Money (Hernández, 2006). Stroller (1968) a partir de sus estudios sobre los trastornos de identidad sexual en personas intersexuales, planteó el siguiente postulado:

“Lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidos a cierto género... la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y anatómica” (Citado en Lamas, 2005, p. 35).

De esta forma, comenzó a desarrollarse el concepto de género, entendido como una serie de atributos y funciones que determinan las diferencias y relaciones de opresión entre los sexos, resaltando que estas características se construyen social y culturalmente y van más allá del plano biológico/reproductivo (Infante, 2004).

Así, el concepto de género difiere del sexo al salir de lo biológico, con él se le da un nombre, una categoría a la influencia cultural, social e histórica que va marcando las diferencias entre hombres y mujeres; la cual no se reduce a la reproducción de la especie.

A partir de esta idea del género como producto de la cultura, surgen más preguntas y respuestas, intentos por explicar cómo nace y cómo se introduce en las personas.

“El género se interioriza a través de todo un trabajo de socialización entendida como un complejo y detallado proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo” (Infante, 2004, p. 64).

Entonces, para incorporar el “deber ser” de cada género, es necesario pasar por un proceso simbólico elaborado por cada cultura, donde se establecen los roles, conductas, atributos y expectativas a partir de los cuerpos de las personas, es decir, a partir de la diferencia sexual (Lamas, 2005). Así la percepción sobre la vida, parte de ese proceso de interiorización de lo simbólico, constituyéndose como una influencia definitiva en cómo se perciben las personas particularmente.

Partiendo de esta perspectiva, “El género es... una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado” (Scott, Joan, 1990; en Lamas, 2003, p. 271). Que al formarse a través de las relaciones de poder, ha sido constituido específicamente a través de la historia con algún objetivo.

“La construcción de las categorías de sexo y de género está sujeta a las variaciones de las relaciones de poder –de la dominación a la trasgresión y al consenso- que organizan y justifican el conjunto de sistemas simbólicos de una sociedad” (Orobitg, Gemma, 2003, p. 273).

Entonces, esa compleja organización de normas, atributos y roles se fue desarrollando a través de la historia, con el propósito de organizar a la sociedad. Para delimitar cómo se construyó esta estructura, Gayle Rubin (1996), definió el concepto Sistema de sexo/género como:

“Conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas... La opresión en él es producto de las relaciones específicas que lo organizan” (Citada en Lamas, 2003, p.37).

Al describir la opresión como la fuente de la organización del sistema, se observa como estas relaciones de poder han sido determinantes en la sociedad, y es posible vincular el objetivo de las demandas feministas y el surgimiento de la perspectiva de género; es decir, observar cómo históricamente las relaciones de poder han tenido una fuerte influencia en la constitución del género.

Seyla Benhabib (1997), define el concepto de sexo-género de la siguiente forma:

“Se entiende la constitución histórica y simbólica, así como la interpretación de la diferencia anatómica de los sexos; es la malla a través de la cual el Yo se desarrolla como una identidad corporeizada, una manera de ser en el cuerpo y de vivir en el cuerpo. El Yo se convierte en identidad en tanto se apropia de la comunidad humana, un modo específico de experimentar su identidad corporal social psíquica y simbólicamente” (Seyla Benhabib, 1997, en Saucedo, 2006, p. 70).

Estos sistemas en cualquier período histórico han sido binarios, es decir, han situado lo masculino y lo femenino como opuesto y generalmente en un orden jerárquico (Conway, Jill; Bourque, Susan y Scott, Joan, 1998).

Por lo tanto, los sistemas de sexo-género han definido históricamente y a partir de cada contexto cultural la identidad corporal de las personas y no ha sido por casualidad que se haya categorizado jerárquicamente y de forma binaria. Es a través de la exclusión y la discriminación que se puede mantener más fácilmente el control.

Rubin (1996), construye el concepto de sistemas de sexo-género siguiendo los estudios de los sistemas de parentesco de Lévi-Strauss, quien expresa la constitución de tabú del incesto y de la homosexualidad a partir de alianzas entre familias desde la época arcaica para tener más poder. En estos sistemas, se intercambiaban mujeres entre grupos de familias como objetos para asegurar la alianza y así la sobrevivencia del grupo.

Así la autora concluye que este acto significa para los hombres, tener derecho sobre las mujeres; y para las mujeres implica que estos derechos ellas no pueden tenerlos sobre los hombres ni sobre sí mismas. Por lo tanto, “Rubin rechaza la hipótesis de que la opresión de las mujeres se deba a cuestiones económicas y señala que éstas son secundarias y derivativas” (Lamas, 2005, p. 39).

De este modo, la división sexual del trabajo, es secundaria a la opresión, pero si se mantiene a partir de ella. Entonces, es posible observar cómo se construyó el hecho de que las mujeres tuvieran que mantenerse realizando las labores domésticas y los hombres establecieran su espacio de trabajo en lo público.

Otros sistemas importantes para entender el desarrollo del género, son los sistemas de prestigio que organizan a la sociedad, debido a que es a través del prestigio, que ciertas ideologías de género transculturales cobran sentido, como el matrimonio, el orden político y social. Estos sistemas están entrelazados con las construcciones culturales de género (Ortner y Whitehead, 1981)

“El análisis de la articulación entre el sistema de prestigio y el del género (articulación que supuestamente se da en el sistema de parentesco y de matrimonio) pone en evidencia una importante contradicción: que aunque la estructura de la sociedad sea patriarcal y las mujeres como género estén subordinadas, los hombres y las mujeres de un mismo rango están mucho más cerca entre sí que de hombres y mujeres con otro estatus” (Ortner y Whitehead, 1981; en Lamas, 2005, p.46).

Este tema resulta polémico, porque describe que las condiciones de vulnerabilidad crecen radicalmente en condiciones específicas de etnia, clase social, nivel educativo, etc. Por lo tanto es importante estudiar como estos contextos difícilmente visibles marcan una diferencia fundamental, incluso dentro de la lucha feminista.

Al describir estos sistemas: los sistemas de sexo-género, de parentesco y de prestigio, queda claro que en la lucha del poder, existe alguien que oprime, es decir, alguien que ejerce el poder sobre otro y lo coloca en una posición desigual. Es trascendente plantear entonces, cómo se determinan esas relaciones de poder, y realizar una aproximación al concepto de patriarcado, el cual se define como:

“El poder de asignar espacios no sólo en su aspecto práctico colocando a las

mujeres en lugares de sumisión, sino en su aspecto simbólico, es decir, nombrando y valorando esos espacios de las mujeres como «lo femenino»... este poder de «nombrar», de establecer la diferencia entre él y lo que no es él, de establecerse como diferencia y como referencia, como sujeto y cómo dueño del lenguaje” (Molina, 2003, pp. 124-125).

Desde este concepto, el patriarcado definiría el “deber ser” de cada género, restringiendo a través de la diferencia, marcando cómo es lo femenino a partir de lo masculino, es decir, “el ser hombre” marcaría la medida de lo que se es y lo femenino simplemente sería lo opuesto.

Entonces, siguiendo este concepto, la perspectiva de género permitiría “desnaturalizar las relaciones de poder en cuanto descubre «lo femenino» y «lo masculino» como espacios o construcciones culturales interesadas... también visibiliza las constricciones normativas de lo femenino y las formas de su interiorización” (Molina, 2003, p. 130). De esta manera, se cuestiona el “deber ser” de ambos géneros, se puede ver más allá, identificando el por qué y el cómo nacieron estos mandatos, y al hacerlo construir nuevas formas de relacionarse más equitativamente.

Así, la interacción histórica del patriarcado en todos estos sistemas conservó ciertas relaciones de poder que mantuvieron una organización social prácticamente fija y resistente al cambio.

“El orden social está tan profundamente arraigado que no requiere justificación: se impone a sí mismo como autoevidente y es tomado como «natural» gracias al acuerdo «casi perfecto e inmediato» que obtiene por un lado de estructuras sociales como la organización social del espacio y tiempo y la división sexual del trabajo y, por otro, de las estructuras cognoscitivas inscritas en los cuerpos y en las mentes” (Bourdieu, en Lamas, 2005, p. 59).

Desde esta perspectiva, pareciera observarse un sistema en donde cada elemento está diseñado para mantener la opresión, para arraigar definitivamente esta organización social, sin embargo, también se ha visto a través de la historia, otro proceso en el que se desafían estas normas, por lo cual resulta importante estudiar también los mecanismos que permiten esta disputa.

De esta forma, es el nivel subjetivo de la persona, el espacio para la resignificación que desestabilice esas representaciones. (Molina, 2003).

“El género [es] «el resultado de un proceso mediante el cual las personas recibimos significados culturales, pero también los innovamos»... habla de elegir el género, no como un acto voluntarista, sino como un acto en el que la persona interpreta las normas de género recibidas de tal forma que «las reproduce y organiza de nuevo»... insiste en que hay que desarrollar «una estrategia para desnaturalizar los cuerpos y resignificar categorías corporales»” (Butler, 1987; citada en Lamas, 2005, p. 81).

Es posible plantear que al asimilar las normas de género, se vive un proceso de selección involuntario, y por lo tanto la labor pendiente estaría en resignificar esas categorías con el cuestionamiento del “deber ser” del género.

Butler (1982) expone que a través del género es posible organizar las normas del pasado y del futuro, y así elegir un estilo activo para vivir el propio cuerpo. De modo que sea posible concebir al género como: “...proyecto incesante, acto diario de reconstrucción e interpretación...” (Butler, 1982; en Lamas, 2003, p. 308). Esto plantearía vivir el género como una tarea constante.

“Al igual que en otros dramas sociales rituales, la acción de género exige una actuación reiterada, la cual radica en volver a efectuar y a experimentar una serie de significados ya determinados socialmente, y ésta es la forma mundana y ritualizada de su legitimación” (Butler, 2007, p. 273).

Siguiendo los planteamientos de Butler, el género no solamente es un proceso de constante reinterpretación, también, el género no es binario, es decir, no existen sólo dos géneros. De modo que el sexo no limita al género:

“...quizás haya géneros –formas de interpretar el cuerpo sexuado- que no estén en absoluto limitados por la dualidad aparente del sexo. Otra consecuencia es que si el género es algo en que uno se convierte –pero que uno nunca puede ser-, entonces el género en sí es una especie de transformación o actividad, y ese género no debe entenderse como un sustantivo, una cosa sustancial o una marca cultural estática, sino más bien como algún tipo de acción constante y repetida” (Butler, 2007, p.226).

Entonces, el género necesita de la repetición, convertirse en un mensaje persistente para cumplir con su función reguladora.



Estas actuaciones repetidas producen la apariencia de ser una necesidad natural, de modo que lo “real” en el género son sus propias representaciones (Molina, 2003). A estas actuaciones, Butler denominó la performatividad, es decir, la capacidad de las personas de resignificar el género a través de la acción.

“El género resulta ser performativo, es decir, que conforma la identidad que se supone que es” (Butler, 2007, p. 84).

Entonces el género, puede ser una interpretación del sexo, lo cual da pie a muchas posibilidades; y dado que se ha observado que no existen sólo dos sexos (debido a los estudios de las múltiples intersexualidades), no hay motivo para considerar que los géneros sean sólo dos (Butler, 2007).

Partiendo de este planteamiento, es fundamental abordar cómo se construye la identidad de género, sus roles y cómo se asigna desde el nacimiento.

### 2.2.3. ASIGNACIÓN, ROLES Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO.

La asignación de género sucede en el nacimiento de una persona, cuando otros individuos tienen contacto con ella por primera vez y le establecen la rotulación de mujer o de hombre, esto a partir de la comprobación de sus genitales. De modo que a través de la confirmación de una expresión externa de los genitales determinada; la familia y la sociedad van a iniciar un proceso de revisión continua de los comportamientos, vigilando las funciones o responsabilidades que el recién nacido deberá cumplir por ser mujer o varón a lo largo de su vida (Infante, 2004; Lamas, 2003).

Esta función de la sociedad y el entorno familiar como “vigilante” será el responsable de enviar ese mensaje constante de lo que es “ser hombre” o “ser mujer”, censurando cualquier comportamiento que se aleje de lo establecido para su género.

Cabe mencionar que en ocasiones, el aspecto externo de los genitales está en contradicción con la carga cromosómica, dado que ésta no es visible; y en tales casos pueden generarse graves trastornos, si no se detecta ni se prevé su resolución o tratamiento en breve (Lamas, 2005). Por lo tanto, la asignación de género puede ser errónea algunas veces y producir problemas que repercutirán seriamente en la persona, debido a la constante censura y castigo

que puede vivir al contradecir el género que se le ha establecido y reafirmado a lo largo de su vida.

El rol de género es un conjunto de normas, disposiciones, conductas y actitudes que se esperan de los hombres y que se esperan de las mujeres. Estos roles varían de acuerdo a la cultura, etnia, clase social o nivel generacional; pero siempre muestran características ampliamente diferenciadas para cada género. En estos papeles se establecen los estereotipos y las pautas morales que condicionan y limitan el potencial de las personas al estimular o reprimir su comportamiento sólo en base a lo que implica ser hombre o ser mujer (Infante, 2004; Maccoby, 1966; en Lamas, 2003).

“...se puede sostener una división básica que corresponde a una división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino como lo público” (Lamas, 2005, p.36).

Desde esta perspectiva, se establece esa dicotomía tradicional mujer-hombre: día-noche, público-privado, bueno-malo, natural-artificial.

El rol mantiene con el estereotipo la desaprobación a salirse del papel establecido, la censura a todo comportamiento diferente y con ello imposibilita el cambio. Los estereotipos logran esta función debido a que son un conjunto de creencias negativas generalmente preestablecidas y rígidas que un grupo de personas comparte sobre otras (Cara, 2006). Al ser aprobaciones fijadas previamente, el valor que se les establece es muy alto, por lo tanto insta sanciones en sí mismo, implícitas o explícitas (Infante, 2004).

Es posible observar que el castigo que trae consigo el estereotipo puede ser de forma directa, a través de la censura e incluso persecución legal o social, o de forma simbólica, desencadenando una reacción emocional que afecta a las personas generando culpa, autocas-tigo y otros tipos de violencia menos visible, como es el caso de la violencia psicológica y la simbólica.

Bourdieu (1995, en Calderone, 2004), define a la violencia simbólica como “aquella forma de violencia que se ejerce sobre un agente social con la anuencia de éste”. Es decir, que la persona violentada acepta la coacción que se ejerce sobre ella y además la reproduce y generaliza sobre sus pares.

Bourdieu (2000) expone el mecanismo a través del que se ejerce la violencia simbólica

sobre las mujeres, marcando el rol femenino:

“La dominación masculina que convierte a las mujeres en objetos simbólicos, cuyo ser es un ser percibido, tiene el efecto de colocarlas en un estado de inseguridad corporal o, mejor dicho, de dependencia simbólica. Existen fundamentalmente por y para la mirada de los demás, es decir, en cuanto que objetos acojedores, atractivos, disponibles. Se espera de ellas que sean «femeninas», es decir, sonrientes, simpáticas, atentas, sumisas, discretas, contenidas, por no decir difuminadas. Y la supuesta «feminidad» sólo es a menudo una forma de complacencia respecto a las expectativas masculinas, reales o supuestas” (Bourdieu, 2000, p. 50).

Por lo tanto la violencia simbólica es un factor importante en la identidad de género, debido a que a través de la repetición y por tanto la aceptación de la misma, se ha impuesto a través de la historia ese papel de las mujeres. El ciclo de instrucción del género es constante y por lo tanto a través del tiempo y la aceptación en la cultura se vuelve menos perceptible, pero se impone a la fuerza visiblemente y de forma más peligrosa, subjetivamente.

#### 2.2.4. IDENTIDAD DE GÉNERO

Las personas se encuentran en un proceso constante de construcción, en el que existen diferentes transformaciones en donde se vincula la subjetividad y la cultura, es decir, donde se encuentran desde la clase social, etnia, los estereotipos culturales, la historia emocional, la construcción simbólica, la edad o el contexto histórico. Este curso es variable y en él se desarrolla la identidad, sin embargo, en todo este desarrollo, la constitución de la diferencia sexual toma un papel importante en la estructura psíquica, porque es determinante y se va a encargar de articular otros procesos (Lamas, 2005).

Es posible observar cómo se va desarrollando la identidad de género desde el nacimiento de la persona con la asignación de género, dónde inicia la vigilancia y censura de la sociedad y particularmente, de la familia para mediante la repetición, formar el género; y que a través de los roles y los estereotipos se establecen las sanciones simbólicas para la diferencia, pero es importante notar que en algún momento del desarrollo de la persona, existe una apropiación de este “deber ser”, así se constituye por completo la identidad de género.

Este concepto consiste en autopercebirse o tomar conciencia de ser mujer o ser varón, de los comportamientos, sentimientos, formas de pensar, actitudes, formas de relacionarse o juegos que puede hacer y lo que no debe hacer. Por lo tanto se construye un esquema ideofectivo esencialmente inalterable y se establece entre los dos y tres años de edad de la persona, más o menos al mismo tiempo de la adquisición del lenguaje y previo al conocimiento de las diferencias anatómicas de los sexos (Infante, 2004; Lamas, 2005).

“Esta conciencia es diferente de saberse viril o saberse femenina, porque ello corresponde a un desarrollo más sutil y más complicado que no se consolida hasta que el/la niño/a comprende acabadamente de qué manera se expresa el hecho de ser mujer o ser varón, es decir, cómo debe comportarse para corresponder con la idea de masculinidad o de feminidad que se maneja a nivel cultural” (Infante, 2004, p. 65-66).

Entonces, el saberse mujer o saberse hombre, no depende del conocimiento de las diferentes características de los genitales de cada sexo, ni de la expresión de la feminidad o masculinidad; la identidad de género surge cuando se toma conciencia de que todo lo instruido por la familia o la sociedad en cuanto a comportamientos, tiene que ver con ese “ser hombre” o “ser mujer” marcado desde el nacimiento.

De esta forma, la identidad de género se va construyendo desde el modelo heterosexual, dónde lo «natural» parte de la necesidad de procreación, por lo tanto “debe” existir una mujer y un hombre que sean complementarios y determinados desde «lo más profundo de su ser» y con ello se encuentra definido también su deseo sexual (Saucedo, 2006).

Entonces pensar en la identidad de género como consecuencia de lo corporal, puede cuestionarse:

“Por eso el género produce la ilusión de partir de los cuerpos, pero como en otros binomios simbólicos, es un organizador primario que, en este caso, estructura un sentido para el deseo y el goce. Los cuerpos (y con ello los sujetos) se significan en consecuencia, y no son la causa de la significación” (Serret, 2001, p. 96).

La función reguladora de la identidad de género asignada desde el nacimiento, crea esa ilusión o ese determinante que se le da al cuerpo, es decir, el significado impuesto como destino.

Tal es la repetición y la instrucción que mantiene el estereotipo, que la rigidez es latente, para muchas personas su identidad o la identidad que les establecieron es incuestionable constituye un proceso tan fundamental en la experiencia de vida: “Los constreñimientos sociales acerca del acatamiento y la desviación de género son tan enormes que mucha gente se siente profundamente herida si se les dice que ejercen su masculinidad o feminidad inapropiadamente” (Butler, 1982; en Lamas, 2003, pp. 309-310). Es aquí donde el estereotipo toma fuerza, debido a que juzga con gran peso y lastima sancionando la diferencia.

“Ser otro tipo de hombre o mujer le despojaría, por así decirlo, de su naturaleza. Y quizá también despojaría la naturaleza del orden social sexista” (Saucedo, 2006, p. 73). Por lo tanto si se cuestiona la naturaleza de la identidad de género, es decir, lo biológico, podría repensarse todo un nuevo orden social no determinista.

Ortner y Whitehead (1991) mencionan que independientemente de las bases “naturales” o biológicas en las que sustentan las diferencias de género que conforman la identidad, “Lo masculino y lo femenino, el sexo y la reproducción, son elaboraciones culturales simbólicas” (En Lamas, 2003, p. 137).

Por lo tanto:

“Las identidades sexuales no están enraizadas en lo biológico, sino que siempre se anda tras ellas, y que esta búsqueda –sea hetero u homosexual- sólo resulta posible en contextos simultáneamente políticos y personales” (Lacan en Conway, Jill; Bourque, Susan y Scott, Joan, 1998; en Lamas, 2003, p. 28-29).

De acuerdo a este planteamiento, si la identidad de género es previa a la conciencia de las disimilitudes biológicas, la identidad sexual tampoco puede estar arraigada en lo biológico, pero a diferencia de la primera, la identidad sexual es un proceso de búsqueda constante.

“Levi-Strauss llega peligrosamente cerca de decir que la heterosexualidad es un proceso instruido. Si los imperativos biológicos y hormonales fueran tan abrumadores como cree la mitología popular, no sería necesario asegurar las uniones heterosexuales por medio de la interdependencia económica. Además el tabú del incesto presupone un tabú anterior, menos articulado, contra la homosexualidad... El género no sólo es una identificación con un sexo: además implica dirigir el deseo sexual hacia el otro sexo” (Rubin, 1996; en Lamas, 2003, pp.59-60).

Entonces en el proceso de construcción de la identidad de género, se pretende también,

instruir la identidad sexual, debido a que una identidad sexual esencialmente heterosexual es fundamental para la organización de los sistemas de parentesco y de prestigio, y por lo tanto de la regulación completa del sistema sexo-género. Así la sociedad constituyó por obligación, una estructura heteronormada.

Este planteamiento ha sido investigado ampliamente en diversos estudios antropológicos:

Cucchiari (1996), plantea que en la transformación de la horda previa a la sociedad patriarcal, las relaciones eran bisexuales, carentes de restricciones y los géneros no eran complementarios por sus características genitales propias para la reproducción de la especie.

“La vagina y los senos se vuelven los símbolos del género femenino debido a su asociación con la preñez, no con la sexualidad” (Cucchiari, 1996; en Lamas, 2003, p.222).

Entonces, la valoración del cuerpo femenino a través de sus características genitales asegura solamente la reproducción y el lugar de las mujeres en el ámbito privado, doméstico, donde el trabajo que realiza no tiene valor monetario y por lo tanto no cuenta, a través de esta transformación a la heterosexualidad, se consolida el lugar de cada género y su función.

Lamas (2005), plantea que la concepción biologizada de que los sexos son complementarios para la reproducción de la especie y por lo tanto la sexualidad naturalmente debe ser heterosexual, no reconoce la esencia indiferenciada de la libido, ni el hecho de que a través de la historia ha existido repetidamente la homosexualidad. De esta forma, esta concepción produce el estereotipo de considerar a toda la sexualidad que no es heterosexual o con fines reproductivos como “antinatural”.

Es posible observar como este sistema heteronormado regula los sistemas de sexo-género, la sexualidad, la reproducción y la identidad de las personas, lo cual las conduce a roles y relaciones de poder y producción determinados.

“La división sexual del trabajo está implícita en los dos aspectos del género: macho y hembra los crea, y los crea heterosexuales [...] La opresión de los homosexuales, es por consiguiente un producto del mismo sistema cuyas reglas y relaciones oprimen a las mujeres” (Rubin, 1996; en Lamas, 2003, p. 60).

Entonces, las mujeres por definición se encontrarían oprimidas por estos sistemas por recluirlas en lo doméstico, estigmatizadas por atreverse a vivir una sexualidad activa y libre;

mientras que las personas homosexuales o en disidencia sexual serían víctimas de represión y discriminación por vivir una identidad de género o sexual fuera de la norma, por asumir abiertamente su deseo (Lamas, 2005).

Por lo tanto, el género puede expresarse con violencia, mediante el sexismo y la homofobia contra estas prácticas.

“El hecho de que la realidad de género se determine mediante actuaciones sociales continuas significa que los conceptos de un sexo esencial y una masculinidad o feminidad verdadera o constante también se forman como parte de la estrategia que esconde el carácter performativo del género y las probabilidades performativas de que se multipliquen las configuraciones de género fuera de los marcos restrictivos de dominación masculinista y heterosexista obligatoria” (Butler, 2007, p. 275).

Resulta entonces fundamental estudiar y plantear que los géneros pueden ser performativos, planteando los estudios de masculinidades y feminidades, debido a que a través de ellos se puede identificar que el género pese a la repetición y al estigma, puede vivirse de otra forma, y es a través de ese reconocimiento, al nombrar lo que no se ve, que se ratifica su existencia y la posibilidad de ser.

#### 2.2.5. MASCULINIDADES Y FEMINIDADES

La identidad de género se transmite de forma compleja y socialmente, pareciera que esta transmisión no da pie a opciones alternativas debido a la rigidez de los mecanismos que emplea para mantener los modelos, sin embargo, se ha observado que existe una gran variabilidad de vivencias en cuanto a “ser hombre” y “ser mujer”.

“Lo interesante de estas oposiciones binarias es que no permiten ver procesos sociales y culturales mucho más complejos, en los que las diferencias entre mujeres y hombres no son ni aparentes ni están claramente definidas” (Conway, Jill; Bourque, Susan y Scott, Joan, 1998, p. 32 en Lamas, 2003).

Es decir, que el esfuerzo de la estructura por mantener el orden y la organización social a través de solamente dos géneros, ha sido su mayor punto de quiebre, porque las diferencias

en esas construcciones de las feminidades o masculinidades, plantea preguntas en el “deber ser”.

La masculinidad se define como el conjunto de particularidades, conductas y funciones esenciales para un hombre en un contexto cultural concreto. No existe una sola forma de ser hombre, por lo tanto se habla de masculinidades.

Entonces la forma en que se relacionan los hombres, donde constituyen su masculinidad, puede percibirse como otro mundo, un entorno sólo de ellos, este contexto es definido como mundo homosocial.

El mundo homosocial es un espacio designado sólo para hombres, donde se genera el deber ser masculino y la lucha del hombre contra el hombre. Se caracteriza por ser un lugar donde mediante la agresividad, competencia, ansiedad y tendencia para buscar el reconocimiento de la persona como hombre, se constituye la identidad masculina (Infante, 2004).

Esta constitución no es estática, ni homogénea o estable, sus procesos de subjetivación, es decir, las transformaciones a través de las cuales se forma su subjetividad y con la formación de ésta se sujeta a la persona al régimen de poder en el que se desarrolla (Núñez, 2006). Por lo tanto pueden observarse contradicciones en sus discursos y conflictos internos que difícilmente pueden ser percibidos por otras personas o por el sujeto.

En el modelo de masculinidad mexicano se considera generalmente al varón como dominante, que subordina y discrimina a la mujer y a otros hombres, por lo tanto se define como un modelo hegemónico, cultural e históricamente construido en donde existen diversidades, pero constituye un referente importante para todas las alternativas (Infante, 2004). Es decir, que a partir de este modelo se plantean las diferencias y se manifiesta una estructura sumamente competitiva, debido a que propone el sometimiento de personas y que constituye entonces el manejo del poder para evitar ser a su vez dominado.

“El privilegio masculino no deja de ser una trampa y encuentra su contrapartida en la tensión y la contención permanentes, a veces llevadas al absurdo, que imponen en cada hombre el deber de afirmar en cualquier circunstancia su virilidad” (Bourdieu, 2000, p. 39).

Siguiendo esta reflexión, pareciera que ante esta constante presión y competencia, los hombres tuvieran que afirmar su virilidad con la violencia como único camino. Sin embargo a través de los estudios de masculinidades, se ha observado que los varones se viven como



sujetos sin poder (Saucedo, 2006). Por lo tanto, esa apariencia de fuerza, empoderamiento y disputa constante en lo masculino, parece más una forma de defensa ante la posible y constante agresión de otros hombres.

Entonces además de la fuerza física, necesitan de la capacidad de correr riesgos, el éxito, ser confiables, tener el control sobre sí mismos y sobre los demás; a partir de estos parámetros se va constituyendo una jerarquía, dónde los varones necesitan demostrar su superioridad sobre las mujeres, los homosexuales y otras minorías (Infante, 2004).

Aquí se ejemplifican plenamente los sistemas de prestigio, porque el varón necesita del éxito, de esa honra a nivel social, y para llegar a ella es fundamental no pertenecer a una minoría (por lo tanto, no etnias específicas), ser heterosexual, no ser femenino (obviando el no ser mujer) y ejerciendo por completo el poder, por lo que el aspecto económico puede ser trascendental.

En este punto, es posible reafirmar que además del género; la raza y la clase social van marcando la marginación y la legitimidad de las identidades y el orden en el que se desarrollarán dentro de la sociedad (Pérez, 2008).

Desde este sistema de prestigio, al hombre le corresponde ser proveedor, el que manda y decide por completo lo que se hace y lo que no. Por lo tanto la masculinidad no puede considerarse tampoco como algo “natural” y/o “divino”, debe observarse que estas características también han sido construidas desde lo social (Infante, 2004).

Hernández (2006), resalta que “lo esencial en la masculinidad, viene dado por la cultura, la creación, el pensamiento abstracto, la trascendencia social de la biología” (p.3). Por lo tanto el “deber ser” del hombre pone sobre sus hombros la trascendencia de la humanidad.

Asimismo, puede resultar en una experiencia dolorosa el tratar de cumplir estos “deberes” de las masculinidades, porque la sociedad puede ser sumamente homofóbica y juzgar desde los estereotipos las diferencias, considerando como todo lo diferente al “deber ser” del hombre como femenino y por lo tanto homosexual.

Al hablar de feminidades, se observa al igual que en el caso de las masculinidades, que no están determinadas por completo, porque dependen de un proceso complejo en el que la subjetividad puede estar en constante cambio. En este sentido, existe un punto de equilibrio entre la experiencia de vida de la persona y el mandato cultural (Alcolf, Linda, 1989, en Saucedo, 2006).

Si observamos el imaginario social sobre el significado esencial de la feminidad resalta la maternidad como una capacidad exclusiva de las mujeres, de donde parten “el ser para los otros” y la emocionalidad, como características elementales para hacer “una buena madre”. Estas características por supuesto, traen algunas otras como la dependencia y fragilidad (Hernández, 2006).

La maternidad ha justificado socialmente el papel de las mujeres en el plano doméstico, donde pueden disfrutar de la protección que históricamente ha sido brindada por los hombres.

Lo femenino, además de asociarse con la naturaleza por la maternidad, ha representado en el imaginario social a la exclusión, la otredad, misterio, las fuerzas oscuras que lo convierten en objeto de deseo, de esta forma, se constituye este complejo asociativo: “otredad-atracción-peligro-subordinación-desprecio” (Serret, 2001, p. 147).

No es difícil identificar este complejo debido a que como se mencionó en el capítulo anterior, el patriarcado define lo que es “ser hombre” y sólo menciona a lo femenino como lo contrario, y al no establecerse una definición clara, se asocia a lo desconocido y por tanto se relega.

“La identidad social de las mujeres está referida a un orden simbólico que expresa, recordémoslo, la marginalidad: está integrado por categorías límite y da forma a lo Otro, al afuera, a lo excluido” (Serret, 2001, p. 146).

Al marginar lo femenino, desde la asignación de género, puede definirse a la existencia de las mujeres como un castigo, no es una elección, se desvalora desde un inicio (Saucedo, 2006). Pero también constituye una fuerza que genera temor, debido a que “amenaza la existencia misma de la cultura y la subjetividad” (Serret, 2001, p. 97).

En este sentido, la exclusión de lo femenino ha tenido la función de mantener un orden, de regular la forma en que se ejerce el poder en la sociedad, cabe mencionar que este orden se impone a través de mecanismos que afectan también a los hombres, los cuales se viven en un estado de constante tensión por demostrar que no entran en lo femenino.

La identidad de las mujeres en las sociedades modernas puede identificarse como una gran variedad de identidades “definidas por la conflictividad”, pero que se encuentran en proceso de transición (Serret, 2001). Así lo definido históricamente como lo Otro, lo que no es “ser hombre”, puede constituir ahora «algo más», seguir planteando una diferencia y diversidad que permita la posibilidad de una democracia real.

Al revisar las diferencias en las masculinidades y feminidades, es posible observar que:

“...el género, como construcción cultural, produce vulnerabilidades sociales diferenciadas y experiencias diversas, no sólo entre «hombres» y «mujeres», sino entre distintas maneras de posicionarse en los esquemas de sexo, género y sexualidad” (Herrera, Cristina; Kendall, Tamil y Campero, Lourdes, 2014, pp. 27-28).

De esta manera, resulta importante estudiar las vulnerabilidades a las que el género conduce para poder cumplir con el objetivo de la perspectiva de género, es decir, posibilitar relaciones más equitativas entre los géneros a partir del estudio de sus diferencias, planteando propuestas que puedan convertirse en políticas públicas.

“Los géneros no pueden ser ni verdaderos ni falsos, ni reales ni aparentes, ni originales ni derivados. No obstante, como portadores creíbles de esos atributos, los géneros también pueden volverse total y radicalmente «increíbles»” (Butler, 2007, p. 275).

#### 2.2.6. MÁS ALLÁ DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Para identificar a una persona como miembro de un determinado género, se han construido manifestaciones culturales externas, es decir, patrones de comportamientos, ademanes, adornos, arreglo personal o forma de expresarse que cada sociedad en determinados momentos históricos acuerda para lo femenino y lo masculino (Alcaraz y Alcaraz, 2008).

A este concepto se le denomina expresión de género, porque establece cómo se debe ser y actuar para aclarar al mundo si se es hombre o mujer, sin embargo, desde los conceptos revisados previamente en esta tesina, fue posible observar que el sexo no necesariamente determina lo que una persona elige ser. En ocasiones puede que ninguna de estas dos grandes categorías (ser femenina o ser masculino), sean capaces de definir lo que alguien es, o haya discordancias entre el cuerpo y la subjetividad de los individuos, por esta razón es importante hablar del concepto de identidad sexo-genérica.

Esta identidad puede definirse como la vivencia subjetiva de las personas en relación de poseer un determinado género, esto independientemente de la biología (Lizárraga, 1987). Es decir, que aunque sus genitales o el sexo que le asignaron sea uno, la persona puede sentirse

en otro género o en ninguno de ellos.

Por lo tanto esta categoría puede tener una vertiente asignada por las personas del entorno y otra determinada por la propia percepción o por la vivencia de cada persona. En este sentido, la preferencia erótica resulta ser autónoma a esta identidad (Alcaraz y Alcaraz, 2008).

Siguiendo esta definición, la identidad sexo-genérica puede decidirse a través de un proceso de transformación, de forma que la imagen o el cuerpo concuerde con la subjetividad de la persona en relación a su género.

De esta manera, posicionar a la identidad sexo-genérica como algo que puede deconstruirse constituye una política diferente, en la que no existe una “delimitación definitiva” de lo que es “ser mujer” o “no ser mujer”, por lo tanto este discurso entra en el debate feminista (Pérez, 2008). Así el feminismo también puede ayudar desde el estudio de las identidades sexuales y genéricas, a posibilitar la existencia de todas las interacciones entre sexos, roles, géneros y deseos (Gimeno, 2008).

Entonces, si la identidad sexo-genérica se refiere a la forma en que se decide vivir el sexo o el género o incluso la concordancia entre ambos, es posible identificar algunos conceptos importantes para diferenciar. Alcaraz y Alcaraz, (2008), describen algunos caminos para categorizar a las identidades sexo-genéricas:

- A partir del sexo: En esta identidad la persona puede definirse como macho, hembra, intersexual o transexual. Es decir, definirse a partir de sus características genitales o fisiológicas que determinan el sexo.
- A partir del género: En esta identidad puede determinarse ser masculino, femenino, andrógino o transgénero. Por lo tanto la persona puede definirse a través de los atributos culturales que la constituyen como miembro de cierto género, por no sentirse perteneciente a ninguno o por modificarse y elegir el género de su preferencia.

Cabe mencionar que estas identidades no son rígidas, por lo tanto se pueden vivir en diferentes porcentajes.

Es evidente que la identidad sexo-genérica no se encuentra determinada por la preferencia erótica de la persona, por lo tanto esta constituye otra identidad, la definida como sexo-erótica.

Este concepto de identidad se refiere a las formas estimulativas ante las cuales un perso-

na responde de forma sexual, afectiva o fisiológica; por lo tanto en esta área existe un gran espectro dónde se pueden mezclar una serie de conductas y es posible anular los comportamientos binarios oficiales (Lizárraga, 1987).

Por lo tanto, la identidad sexo-erótica puede incluir expresiones comportamentales de la sexualidad muy variadas definidas por un objeto como el fetichismo o bondage, o la orientación sexual de tipo homosexual, bigenérica, etc.

Este tipo de identidad ha incluido históricamente una gran pluralidad, pero dado a que su expresión queda en la mayoría de las veces en el ámbito privado, tiende a ser menos controlada, sin embargo, es una gran fuente de prejuicios y estigmatización.

Alcaraz y Alcaraz (2008), proponen algunas diferenciaciones a partir de las preferencias eróticas:

- Desde lo sexual: La persona puede definirse como heterosexual, bisexual u homosexual, es decir, delimitando su objeto de deseo a partir de su sexo.
- Desde el género: La persona puede determinar su preferencia erótica como heterogénica, bigenérica u homogénica.

Por lo tanto se precisa al objeto de deseo a partir de su forma de vivir el género. Cabe señalar que el sexo es un factor independiente en esta elección, por ejemplo; un hombre puede nombrarse heterogénico por elegir tener una relación erótica con mujeres biológicas o mujeres transgénero aunque aún no hayan vivido un proceso de reasignación sexual, y esta elección no los determina como homo o bisexuales.

### 2.2.7. SEXUALIDAD Y GÉNERO

El concepto de identidad sexo-genérica y sexo-erótica se refiere a la concepción de la persona sobre su propio sexo y género de forma independiente del deseo sexual, pero es importante reconocer la relación entre sexualidad y género.

La sexualidad se define como una construcción social elaborada psíquica y culturalmente, sensible a las transformaciones del contexto, a las modas y discursos que se construye y se regula mediante prohibiciones y sanciones, sin embargo, determina los placeres en forma de

intercambios corporales (Lamas, 2005).

Dado que la sexualidad se regula a través de un sistema de prohibiciones, existen formas alternas de vivir la sexualidad en la clandestinidad, desarrollándose en lo subterráneo, en la exclusión (Laplantine, 1979, en Lamas, 2005). Esta represión se ha formulado a partir de la relación construida desde el imaginario social, que la empata con la reproducción, sin embargo, “esta verdad olvida que antes de existir lo sexual la vida ya se reproducía” (Lizárraga, 1987, p. 384).

La sexualidad constituye un orden de poder, donde pareciera que pese a sus formas tan diversas existe una estructura donde se reparte y concretan formas de vivir, por lo tanto la elección es limitada, la sociedad y el Estado tienen un conjunto de objetivos para ordenar, controlar y sancionar los comportamientos sexuales (Lagarde, 1996; Weeks, 2005).

A través de estos mecanismos coercitivos, se asegura el dominio y posibilidad de desarrollo de algunos sujetos frente a otros por su condición de género y su situación vital, de modo que les van restando oportunidades (Lagarde, 1996).

Es posible observar que la sexualidad crea vulnerabilidades al agrupar a las personas a través de su vivencia de género y comportamientos sexuales, con lo que determina sus potencialidades en la sociedad. Mantiene el dominio de unos sobre otros a partir de la estigmatización y la exclusión. “Se estigmatiza a las mujeres que tienen una conducta sexual activa y libre, o sea, similar a la masculina; y se reprime y discrimina a personas homosexuales que asumen abiertamente su deseo. Ambas prácticas están teñidas por el sexismo y la homofobia, que son la expresión más negativa y violenta del esquema cultural de género” (Lamas, 2005, p. 65)

El modelo hegemónico de la masculinidad emplea estos recursos para mantener el orden y ejercer el poder desde el control de la sexualidad, la homofobia tiene algunas particularidades importantes en la constitución del género.

#### 2.2.8. HOMOFOBIA

La homofobia tiene un papel fundamental en la masculinidad para discriminar lo que no es “ser hombre”, por lo tanto las personas homosexuales que la enfrentan la viven de forma tan reiterada que llegan a compartir esta visión de dominio sobre ellas, como una forma de

violencia simbólica, sin embargo, la homofobia constituye una forma de violencia tal, que puede llegar a los crímenes de odio más feroces. Por lo tanto constituye también un discurso de resistencia, un proceso de resubjetivación necesario para sobrevivir (Lamas, 2005; Núñez, 2006).

“El estigma homóforo se emplea así como mecanismo de etiquetaje para lograr la adecuación de los comportamientos individuales a las expectativas sociales, a la vez que busca asegurar tanto la subordinación como la marginación de conductas y atributos patologizados” (Córdova, 2006, p. 101).

Por lo tanto, a través de la estigmatización, la homofobia es un elemento formativo en la masculinidad, que violenta a cualquier forma de disidencia dentro del mismo género.

La homofobia estructura las subjetividades de formas diferentes a través de su experimentación, dado que muchas personas la viven desde su infancia, son forzados a sobrevivirla y a incorporarla en toda su dinámica de identidad masculina (Núñez, 2006).

Es posible observar que el género y la sexualidad se constituyen en las personas de forma violenta, mediante mecanismos de poder, imposición, dominio y exclusión que vulneran y propician la clandestinidad.

Exponer al género y a sus conceptos más específicos formula una fuente de conocimiento para identificar los factores que propician la desigualdad, la exclusión, marginalidad y estigmatización; elementos que van construyendo la complejidad de vivir desde la diferencia, desde la disidencia sexual o desde lo femenino, es decir, desde lo Otro, y por lo tanto ser potencialmente vulnerados hacia una condición como el VIH/sida.

Por otro lado también se identifica que desde la masculinidad el camino tampoco es fácil y pese a que se les categoriza como seres violentos que ejercen el poder, a través de este análisis se observó la constante tensión y la forma en que la homofobia forma, mediante el miedo y la discriminación un género que se defiende ocultándose, de esta forma la clandestinidad va tomando un papel importante en la sexualidad, y específicamente en el tema de VIH/sida, debido a que el estigma forma otra herida que lástima mucho más a quienes viven con el virus.

Si el género se mantiene a través de un proceso de repetición de prácticas continuo, cuestionar estas mismas y entenderlas como una fuente de vulnerabilidad permite sensibilizar sobre el problema de VIH/sida, percibirlo como un problema social y no como un castigo por trasgredir a la sexualidad aceptada y propiamente reproductiva.

### 3. VIH/SIDA Y GÉNERO.

A través de esta tesina se ha estudiado al VIH/sida desde sus aspectos biológicos, históricos y sociales y al género como categoría de análisis y como una relación de poder, sin embargo resulta fundamental para conseguir el objetivo de esta investigación, conocer la forma en que se ha interpretado al virus desde la perspectiva de género.

#### 3.1. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN VIH/SIDA.

En el capítulo 1 se observó que en México la principal forma de transmisión del VIH para hombres y mujeres es la vía sexual. Por lo tanto la respuesta a esta epidemia tendría que considerar necesariamente las dinámicas de género y la sexualidad, como temas centrales en la experiencia de adquirir y vivir con el virus. Las políticas públicas deberían buscar que las personas de los diferentes géneros puedan acceder equitativamente a los servicios de salud, imprescindibles para su enfermedad, y todo ello desde un enfoque que promueva sus derechos humanos (Herrera, Kendall y Campero, 2014).

Entonces la integración de la perspectiva de género resulta fundamental para generar una propuesta significativa y contundente en la respuesta al VIH/sida, que atienda formas más efectivas de prevención, atención y reducción del estigma asociado al virus y a las enfermedades que éste produce.

Desde este enfoque, podría tomarse en cuenta que los roles de género que reproducen hombres y mujeres los llevan a vivir ciertas desigualdades, no solamente como pacientes o personas que necesitan acceder a los servicios de prevención; estos papeles también influyen en el diseño de estrategias, implementación y evaluación de programas, por lo tanto determi-



nan quién puede salir beneficiado de ellos. En este sentido, las políticas y planeaciones deben contener oportunidades y recursos no sólo centrados en hombres o en mujeres por separado, sino permitir el acceso desde la equidad de género, aumentando la justicia y promoviendo medidas que logren compensar las desventajas históricas y sociales para vivir con igualdad (Caro, Schueller, Ramsey y Voet, 2005).

Estos roles de género dependen de ciertas normas y estructuras que van dictando responsabilidades y tareas, definen el «deber ser» de hombres y de mujeres, es decir, “modelan las subjetividades que sostienen esos papeles sociales”. (Herrera, et al., 2009, p. 148). Entonces el contexto histórico-cultural y las redes sociales regulan, refuerzan o cuestionan las acciones de las personas, mientras que las estructuras político-sociales profundizan las desigualdades y van definiendo las vulnerabilidades que cada género va a experimentar en relación al VIH/sida (ONUSIDA, 2006; en Herrera, Campero, Caballero, Kendall y Quiroz, 2009).

Esta normatividad de género que determina los papeles de las personas, también va moldeando las prácticas sexuales a través de ellas, por lo tanto no sólo tiene consecuencias en el riesgo de adquirir el virus, también refuerza el estigma social y las dificultades de vivir con VIH/sida. Esto especialmente porque se trata de una enfermedad que se ha vinculado con la moral sexual y con discursos pseudocientíficos y mediáticos que no son neutrales en términos de género, por lo tanto señalan a las personas que viven con VIH (Herrera, Kendall y Campero, 2014).

Es posible observar que el género tiene una relación compleja con el VIH/sida, debido a que es un factor importante en las condiciones de vulnerabilidad que pueden llevar a las personas a vivir el riesgo de adquirir el virus, además durante todo el proceso de la enfermedad se va a encargar de señalar mediante la estigmatización, que la persona infectada no cumplió con su «deber ser».

Esta complejidad no se toma en cuenta en las estrategias de prevención que se enfocan en los comportamientos individuales de las personas, en ellas se asume que “tienen identidades sexuales claras y una conducta sexual racional y autónoma” (Herrera, et al., 2009, p. 147), consciente y llena de autocuidado; se desconoce el hecho de que la estructura de sexo-género impone ciertos comportamientos para ambos sexos que los pueden llevar a ser vulnerables al VIH. En el caso de las mujeres, la subjetividad limita su autonomía en el ámbito social, económico, sexual y de pareja; mientras que para los hombres, la construcción de su masculini-

dad los lleva a vivir prácticas sexuales muy complejas, por un lado se les presiona para tener múltiples parejas sexuales, pero a la vez se les demanda no identificarse con la cultura sexual estigmatizada y vulnerable a la infección (es decir, lo gay, que no entra en lo masculino), y en consecuencia viven prácticas de riesgo sin ser conscientes de ello (Kendall et al., 2007; en Herrera, et al., 2009; Liguori y Lamas, 2003; en Amuchástegui, 2013).

Entonces, el género y la sexualidad se encuentran estrechamente vinculados en la vulnerabilidad para adquirir VIH, cabe mencionar que ambos conceptos son culturalmente determinados y constituyen formas de distinguir y dar un orden a las personas.

Es posible observar esta jerarquización de forma muy evidente cuando los comportamientos sexuales de hombres y mujeres trasgreden las fronteras entre lo masculino o femenino, (cuando no concuerdan con lo establecido, lo binario), constituyen entonces graves faltas a nivel social, debido a que el género y la sexualidad son heteronormados. Es decir, se impone una socialización diferenciada, división sexual del trabajo y en ambos casos, la dominación masculina, por lo tanto se consolidan relaciones de poder que definen una serie de representaciones, valores y discursos socialmente construidos sobre los cuerpos, subordinando o incluso rechazando cualquier manifestación diferente. Así el sistema de sexo-género toma un carácter simbólico en donde se legitima la subordinación incluso por las personas que viven bajo su dominio (Herrera y Campero, 2002).

Por lo tanto resulta elemental romper con este ciclo en el que los roles de género controlan, determinan y estigmatizan la sexualidad de las personas. No sólo por sus consecuencias, que producen vulnerabilidades para adquirir el VIH/sida, también porque se determina el estigma que vivirán las personas con el virus a través de su existencia y porque se continúan reproduciendo relaciones poco equitativas en el ejercicio del poder.

“Incorporar pues la perspectiva de género permite adoptar una crítica a la naturalización de la sexualidad, deconstruir los dualismos y dicotomías, teniendo en cuenta la diversidad cultural, y la realidad plural y heterogénea de mujeres y hombres. Implica partir de un marco integral que considere la dimensión estructural, política, económica, social, biológica, psicológica y biográfica de mujeres y hombres, así como las relaciones de poder que se establecen entre ambos” (MSS-SI, 2012, p. 17).

Entonces abordar al VIH/sida desde una perspectiva de género constituye una oportuni-

dad con consecuencias positivas para hacer frente a la epidemia, además para vivir en una sociedad más incluyente dónde se cuestione ese «deber ser» del género, que violenta en múltiples formas a las personas y determina su identidad y sexualidad a través del estigma y la discriminación.

En el caso de México, la epidemia de VIH ha posibilitado cambios para hablar más abiertamente sobre sexualidad, sin embargo aún persisten diversos mitos y prejuicios morales que conllevan a la falta de información y educación sexual; en consecuencia se dejan de lado aspectos elementales de la vida sexual y afectiva de las personas que viven con el virus y de los individuos que pertenecen a los llamados «grupos de riesgo», que nacen del discurso médico. Las personas que viven con VIH han expresado constantemente que experimentan estigma y discriminación que los ha llevado a negarse a continuar su vida sexual, debido a que la sociedad señala a estas mujeres como «promiscuas» y a los hombres como «homosexuales» (Herrera, et al., 2009).

Es posible observar entonces, que en el VIH/sida se han logrado algunos avances como visibilizar prácticas e identidades sexuales que antes se encontraban en la clandestinidad, aunque todavía es necesario incluir la perspectiva de género para eliminar el estigma que se ha asociado a estas experiencias de vida. En este sentido la perspectiva de género constituye un elemento fundamental para promover la agencia en las personas, es decir, que a partir de la información y sensibilización sobre el tema puedan constituir cambios que rompan el ciclo de la violencia (sobre todo de la violencia simbólica) y generen así cambios en la estructura que les permitan vivir con mayor equidad.

De acuerdo al Ministerio de Sanidad de España (MSSSI), para incluir la perspectiva de género es importante tomar en cuenta ciertos objetivos:

Identificar cómo las desigualdades de género determinan vivir una exposición diferente a los riesgos, información, recursos y atención de su salud, todo ello con respeto a sus derechos.

Determinar la forma en la que los roles, estereotipos, identidades y normatividad de género influyen en la salud de mujeres y hombres, con el objetivo de erradicar las desigualdades y promover el acceso a la salud de forma más equitativa.

Por su parte, Caro, Schueller, Ramsey y Voet, (2005) mencionan que integrar la perspectiva de género permitiría a los programas y políticas públicas ser sensibles a las realidades sociales, económicas y culturales, que pueden mejorar no sólo la salud reproductiva, sino

toda la percepción de bienestar de las personas. Para realizar esta incorporación, es necesario tomar en cuenta cinco puntos:

- 1) Integrar el trabajo con organizaciones locales.
- 2) Apoyar la diversidad y el respeto.
- 3) Fomentar el concepto de responsabilidad compartida para promover la equidad/ igualdad de género.
- 4) Promover los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y los reproductivos.
- 5) Empoderar a mujeres, hombres, a jóvenes y a las comunidades.

Herrera, Kendall y Campero (2014) proponen la necesidad de suministrar información completa y científica que permita cuestionar los estereotipos y con ello que la prevención no quede en una «simple promoción del uso del condón en las clínicas». Estas autoras alertan sobre las consecuencias de seguir empleando el modelo de la salud pública que se ha usado hasta ahora, debido a que no garantiza los derechos humanos de las personas y en consecuencia, «no tendrá efectividad ni a largo plazo». Por lo tanto, plantean que las políticas públicas y las organizaciones civiles necesitan partir del análisis y cuestionamiento de los referentes simbólicos que moldean la masculinidad y feminidad de forma tradicional, y que son perjudiciales para la salud de las personas.

Además es necesario insistir en que hombres y mujeres tienen comportamientos sexuales diferenciados, en los que se vive una disparidad de poder que subyace a esos patrones tradicionales de comportamiento, y que es necesario evidenciar esa desigualdad para proponer una crítica que posibilite el cambio cultural que conlleve a la equidad entre los géneros (CEN-SIDA, 2004).

“...en sociedades como la mexicana se deben seguir considerando de manera prioritaria las principales diferencias y necesidades particulares de cada género y orientación sexual. Si no se aborda el problema del VIH desde esta perspectiva, es difícil mejorar las estrategias de prevención de la epidemia y de la atención de todas las personas afectadas” (Herrera, Kendall y Campero, 2014, p. 136).

Sería complicado seguir dejando a un lado estos elementos de género, debido a que cada vez es más evidente que muchas de las nuevas infecciones por VIH se adquieren en conse-

cuencia a una serie de factores estructurales que parten del sistema de sexo-género y fomentan comportamientos de riesgo.

La perspectiva de género cumple entonces con la función de evidenciar la desigualdad en el ejercicio de poder para ambos sexos, sin embargo esto no quiere decir que las mujeres siempre son las «débiles» y los hombres los «poderosos»; integrar este análisis debe de plantear también que existe una gran diversidad dentro de las masculinidades que necesita estudiarse, no todo es como lo plantea el estereotipo, es necesario identificar los factores estructurales que permitan empoderar a hombres y mujeres de forma saludable (CENSIDA, 2004).

Por lo tanto, las intervenciones deben orientarse hacia la estimulación del autocuidado, autoestima y fortalecimiento o creación de redes que permitan la integración social de las personas que viven con VIH, esto desde el análisis de los componentes del género. Este examen permitiría identificar cómo los estereotipos siguen afectando el uso del condón y probar otras alternativas que puedan modificar estas conductas tradicionales y así se favorezca la protección (Herrera, Kendall y Campero, 2014; CENSIDA, 2004).

Además de estas diferencias, existen otras categorías que exceden al género, que van más allá de lo masculino y lo femenino y también necesitan ser tomadas en cuenta. En India hay hijras, están los muxes en Oaxaca y katoeis en Tailandia, muchas culturas son conscientes de que existe una gran “diversidad de cuerpos, identidades, estéticas, formas de ser y de sentir de las personas” (Nanda, 2000; en: MPS-UNFPA, 2011, p. 57).

Por lo tanto la identidad es, más que un hecho determinado o una verdad absoluta, es un proceso que debemos trabajar, una posibilidad de elegir, «es la unidad de la narrativa de una búsqueda», entonces es algo que se persigue permanentemente, y sin embargo, no constituye una decisión libre, su construcción se encuentra limitada por las estructuras y relaciones de poder (MacIntyre, 1985; Giddens, 1992; en Weeks, 2005).

Así, la perspectiva de género debe ser sensible a que las identidades no son sólo binarias ni heteronormadas, existen comportamientos que trasgreden y por lo mismo viven con mucha más fuerza el estereotipo y la estigmatización que puede llevarlos/as a adquirir el virus o a vivir con VIH de una forma mucho más excluyente.

Es posible observar que el análisis desde la perspectiva de género en el VIH/sida ha permitido evidenciar la complejidad de la interacción entre sexualidad-género-salud, en este sentido es necesario tomar en cuenta aspectos políticos, económicos, sociales, culturales, ét-

nicos; pensar en la moral, el poder, en el acceso a los derechos humanos, sobre todo sexuales y reproductivos, todo ello sin perder de vista el lado humano, es decir, pensar en que también es necesario el amor, la calidez, el apoyo social, la equidad, elementos que puedan convertirse en recursos en el proceso de enfermedad o incluso de muerte.

De acuerdo a Weeks (2005):

“Pensamos, ciertamente, en cuerpos diferentes, de hombre y mujer, y generalmente asumimos que esto indica una diferencia fundamental entre los «sexos». Pensamos en cuerpos jóvenes y viejos, alrededor de los cuales nuestra cultura ha tejido complejos tabúes sexuales. Pensamos en excitación y relaciones sexuales, así como en la reproducción... Pensamos en intimidad y calidez. Pensamos en amor. Pensamos en varias formas de placer. Pensamos en moralidad e inmoralidad, en pecado y en peligro, en violencia sobre los cuerpos (especialmente de niños y mujeres), ejercida en nombre de la sexualidad y en la imposición de relaciones de poder y dominación. Y ahora pensamos en enfermedad y muerte” (p. 165).

Es necesario entonces, hacer un análisis profundo de estos factores y sus interacciones en la epidemia del VIH/sida, para en consecuencia, formular propuestas mucho más sensibilizadas a las condiciones de vida de las personas que viven con VIH/sida, en este sentido, a continuación se describe el panorama específico de las mujeres que viven con el virus, desde la perspectiva de género.

### 3.2.1. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA.

En México, la epidemia de VIH/sida es predominantemente masculina, sin embargo los análisis epidemiológicos indican que las cifras crecen cada año en la población femenina, y esta transmisión es generalmente a través de relaciones heterosexuales, sobre todo en poblaciones con bajo ingreso o nivel educativo y en medios rurales (Pérez, et al., 2004). Por esta razón se han realizado diversos estudios para identificar su vulnerabilidad, experiencias con la enfermedad, formas de atención y políticas públicas que puedan ser sensibles a su condición, esto

desde una perspectiva de género, debido a que se ha identificado que este análisis constituye un elemento fundamental para facilitar la prevención y atención en este sector (Chapa, 2014).

En este sentido, se han identificado diversos criterios que ponen en riesgo a las mujeres de infectarse con VIH:

- Mantener o haber mantenido relaciones sexuales con un hombre con alguna o varias de las siguientes características: ser seropositivo, usuario o ex-usuario de drogas intravenosas (UDI), usuario de prostitución, tener o haber tenido prácticas homo/bisexuales, mantener múltiples parejas o desconocer su estado serológico.
- O por otro lado, mantener o haber mantenido múltiples parejas, trabajar en el sexoservicio, haber tenido o mantener relaciones sexuales siendo una mujer joven con hombres mayores, vivir situaciones de pareja en las que las relaciones sexuales se abren temporalmente a otras personas, vivir situaciones de vulnerabilidad de género (subordinación y dependencia), tener una historia previa o actual de malos tratos en la pareja o de relaciones sexuales forzadas en pareja, historia previa o de abusos sexuales, historia clínica de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) o que los tenga la pareja, indicios de enfermedades indicativas de sida no diagnosticado (López-Dóriga y Suárez, 2008).

Además de estos criterios, también se plantean diferencias en cuanto a las condicionantes de género de acuerdo al modelo de feminidad tradicional o al modelo en transición. López-Dóriga y Suárez, (2008) mencionan:

En el modelo de feminidad tradicional

- Relaciones de subordinación con respecto al hombre, con dependencia afectiva y/o económica, pasividad, pobre autonomía y autoestima.
- Resignación ante la insatisfacción sobre su vida. Negación de su vulnerabilidad, no reconocer que su propia actividad sexual y otras las posibles relaciones sexuales de su pareja constituyen un riesgo para su salud.
- Silenciar su deseo y actividad sexual. Subordinación del propio deseo a ser objeto del deseo masculino y en consecuencia valorar más la satisfacción masculina que suya, aceptando las condiciones que pone el hombre. Dificultad para proponer preservativo, o sexo más seguro, que denotaría conocimiento y habilidad sexual, hacer lo contrario la convertiría en una «mala mujer» o «promiscua», con experiencia que «no debería

tener».

- Autovalidación como mujer a través de la relación de pertenencia al hombre. «Entrega incondicional» y en consecuencia resistencia al uso del preservativo porque obstaculiza la sensación de «entrega».
- Incapacidad para decir «no» a relaciones de riesgo por temor a perder al hombre o por temor a ser agredida o a recibir malos tratos o abusos
- Escasa confianza y competencia de la negociación con la pareja. Aislamiento.

En modelo de feminidad de transición

- Tener medidas de prevención sólo en relaciones casuales o más liberales y no en las tradicionales o formales. Aceptar el riesgo sólo si el hombre se niega a la protección para no confrontar y provocar una separación o rechazo.
- Negarse a la prevención para no perturbar el curso del deseo y la satisfacción. Dificultad para proponer sexo no coital para no ser considerada como una mujer conservadora o mojigata. Tendencia a prácticas sexuales de mayor riesgo (anales, grupales, etc.), consideradas «modernas o liberales».
- Sentimiento de invulnerabilidad o exceso de confianza por considerarse capaz de controlar sus relaciones. Imitación del modelo masculino.

Todos estos criterios se fundamentan en aspectos relacionados con el género que producen la vulnerabilidad de las mujeres, entendiendo que todos estos constructos parten de una estructura y de condiciones biológicas, sociales, económicas, políticas y culturales muy particulares. Por lo tanto, a continuación se describen algunas investigaciones que han puesto en evidencia estas causas.

Desde el punto de vista biológico, los estudios han demostrado que las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables a adquirir el virus debido a varios factores, como el hecho de contar con una superficie mayor de mucosa vaginal expuesta, sujeta a cambios fisiológicos producidos por ciclos menstruales, anticonceptivos, alteraciones del pH, eversión glandular o la presencia de infecciones de transmisión sexual (Amuchástegui, 2013). Estas infecciones son co-factores de transmisión del VIH debido a que frecuentemente son asintomáticas y van debilitando la mucosa vaginal, permitiendo más fácilmente la entrada del virus (la presencia de ITS aumenta diez veces más la probabilidad de contagio); cabe mencionar que esta cues-



ción es aún más viable en las adolescentes, porque su aparato genital se encuentra todavía inmaduro. Además de estos factores, se ha demostrado que el semen tiene una carga viral mucho mayor a la de los fluidos vaginales, por lo que tener relaciones sexuales sin condón tiene consecuencias mayores en el sexo femenino (Herrera y Campero, 2002).

En el aspecto económico, las mujeres son vulnerables debido a que generalmente tienen un menor acceso a la educación y en consecuencia, menos oportunidades para obtener un trabajo asalariado; por lo tanto la información con la que cuentan y el ingreso que perciben tiende a ser menor, esta cuestión aumenta en probabilidad si las mujeres viven en condiciones de alta marginación, como en el caso de las mujeres indígenas, que además perciben discriminación por su raza (Amuchástegui, 2013).

Estas características económicas las pueden llevar a ser dependientes de sus parejas, de modo que no tienen la posibilidad de controlar o decidir sobre las circunstancias en las que tendrán relaciones sexuales, además de que estas condiciones las llevan a tener dificultades para acceder a los servicios de salud. Por otro lado, la precariedad también puede llevarlas a intercambiar sexo en pro de su supervivencia, de tener empleos dónde el requisito principal es el cuerpo embellecido (trabajar en bares, table dance, ser edecanes, etc.), a través de los cuales existe la posibilidad de tener que realizar trabajo o favores sexuales; o en el servicio doméstico, trabajos de intendencia o comercio informal, lugares dónde es posible que sean forzadas a tener relaciones sexuales sin su consentimiento (Pérez, et al., 2004; Torres, 2010; Herrera y Campero, 2002).

Así, la vulnerabilidad de género en las mujeres se refuerza cuando se van acumulando otras situaciones, como la pobreza y cuestiones étnicas o de preferencia sexual que pueden desencadenar discriminación. Por lo tanto el hecho de ser mujer vulnera para la infección con VIH, pero no afecta a todo el género femenino por igual (Herrera y Campero, 2002).

Sin embargo, existen otras cuestiones culturales que también aumentan la probabilidad de la infección en mujeres. De acuerdo al discurso hegemónico tradicional que dicta el comportamiento de éstas, se espera que su conducta y actitud garantice el control de la reproducción, se exige que las mujeres lleguen vírgenes al matrimonio (por lo tanto siendo inocentes e ignorando todas las cuestiones sexuales), siendo pasivas y sin deseo sexual, con la obligación de ser fieles y de complacer a su pareja independientemente de sus propios deseos, además de ejercer la sexualidad orientada a solamente a la procreación (Szasz, 1998; en Kendall, 2009;

Herrera, Kendall y Campero, 2014).

Siguiendo esta perspectiva, se ha observado que cada vez más hombres mayores se encuentran en búsqueda de relaciones con mujeres mucho más jóvenes, para asegurar así su «inocencia», bajo la creencia de que si tienen a una mujer «virgen» entonces no se arriesgan a contraer infecciones de transmisión sexual; aunque si constituyen un aumento en las probabilidades de riesgo para ellas, dado que al tener más experiencia sexual, pueden haber contraído VIH u otras enfermedades en el pasado e infectar a su pareja, que puede no percibirse en peligro dado que «desconoce sobre sexualidad» y confía en su esposo (Pérez, et al., 2004).

Otro aspecto fundamental de la feminidad tradicional se refiere a la dependencia, amor y cuidado de otros, en este sentido es importante resaltar que las mujeres experimentan desde muy pequeñas la obligación de hacerse cargo del cuidado de terceras personas, a partir de esto desarrollan su identidad desde el Yo en relación de otro, pareciera que este mandato es históricamente inherente a la mujer, porque culturalmente su existencia debe ser para los otros a partir del discurso del amor, entonces, el amor aparece como el centro de la identidad femenina, en consecuencia, son consideradas «seres para amar» (Chapa, 2014).

Así, su sexualidad se encuentra controlada desde temprana edad y totalmente delimitada por el amor romántico, desde el cual una relación debe darse sin condiciones ni infidelidades, es irracional, en ella debe haber una entrega total en la cual las mujeres necesitan mostrar sus «virtudes femeninas» para ser amadas. En este sentido, la sexualidad implica renuncia de su propio placer, sufrimiento y desigualdad; se les exige ser suaves, persuadir a su pareja y pensar en la maternidad, por lo tanto proponer el uso del condón indicaría que no confían en su pareja (haya o no fundamentos para ello), que son mujeres «fáciles», o que no desean cumplir con su rol materno (Turner, 1989; en Herrera, et al. 2009; Herrera, Kendall y Campero, 2014; Pérez, et al., 2004; Salgado, 2005). Entonces, la sexualidad con fines placenteros y sin relación al amor se adjudica a las «malas mujeres», las «promiscuas», que no cumplen con su papel. Cabe mencionar que esta concepción lástima mucho a las mujeres que viven con VIH, debido a que su existencia se desarrollaba en torno a ser una buena mujer, y al recibir un diagnóstico tan estigmatizado, les resulta casi imposible asimilar o comprender su situación (Chapa, 2014).

Debido a estas cuestiones, tanto el matrimonio como el noviazgo pueden constituir vulnerabilidades para las mujeres, además de que estando en una relación de este tipo, «las

prácticas masculinas salen de su control», es decir, limitan sus formas de prevención porque ellas no pueden acceder o cuestionar la sexualidad de sus compañeros (Chapa, 2014). Este aspecto toma una gran importancia en la epidemia del VIH/sida, con base en que la mayoría de las mujeres que viven con el virus tuvieron como único factor de riesgo, tener relaciones sin condón con una pareja estable.

En cuanto a la fidelidad sexual y a la monogamia, éstas forman una contradicción para las mujeres, debido a que aunque ellas puedan llegar a tener sospechas o evidencias de la infidelidad de su pareja, su «deber ser» les indica defender el matrimonio ante todas las cosas, por lo tanto se niegan a aceptarlo y, en consecuencia no toman medidas de prevención que las proteja de adquirir el virus (Kendall y Pérez, 2004). Es este sentido es importante mencionar que tomar medidas de prevención o cuestionar la orientación sexual de su compañero puede conducirlos a ser violentados o poner en peligro su relación de pareja.

Por otro lado, también la «obligación» de ser madres pone a las mujeres en desventaja, porque en ocasiones puede representarles tener que vivir embarazos riesgosos o no deseados y reducir su sexualidad sólo a la reproducción. Además de que en los servicios de salud sólo se toma en cuenta a éste como su papel principal, se diseñan métodos anticonceptivos exclusivos para ellas y sus derechos sexuales y reproductivos son reducidos a «planificación familiar», en dónde escasamente se da importancia a sus deseos o necesidades. En suma a estos puntos, las mujeres viven la imposición de relaciones sexuales y con ellas, mayor riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida (Szasz, 1995; en Pérez, Taracena, Magis, Gayet y Kendall, 2004).

Otro elemento presente en nuestra y otras culturas es la violencia sexual hacia las mujeres, niñas y adolescentes, es decir, la violación, abuso y/o hostigamiento sexual, relaciones sexuales coaccionadas en el matrimonio o relaciones de pareja, violaciones sistemáticas durante los conflictos armados o la militarización de ciertas poblaciones, a través de la prostitución forzada o trata de personas y mediante las «inspecciones» para comprobar la virginidad (Riquer y Castro, 2002; en Amuchástegui, 2013). Todas estas prácticas violentas aumentan la probabilidad de adquirir el VIH/sida debido a que provocan un trauma físico por el sexo forzado, y difícilmente se denuncia, sobre todo en la infancia, por lo que las niñas no tienen ni siquiera la oportunidad de recibir un tratamiento profiláctico que podría protegerlas de la infección (Amuchástegui, 2013).

Estas situaciones de violencia vulneran a las mujeres por varios aspectos, en primer lugar por las evidentes lesiones que provocan en el cuerpo y permiten con mayor facilidad la entrada del virus, y por otro lado las investigaciones han señalado al menos otros tres mecanismos: la coerción para tener relaciones sexuales con una pareja infectada (que puede o no saberlo), imposibilidad para negociar el uso del condón debido a la violencia, y por último, la violencia sexual o física en la niñez que se ha asociado con comportamientos sexuales de alto riesgo durante la adolescencia y adultez. Además de estos estudios, otras investigaciones indican que los hombres que tienden a ejercer este tipo de violencia también tienen frecuentemente otras prácticas de riesgo como sexo anal y vaginal desprotegido y/o forzado, o tener múltiples parejas sexuales, por lo que se exponen mucho más a adquirir el virus (Maman, Campbell, Sweat y Gielen, 2000; Raj, Santana, La Marche, Amaro, Cranston y Silverman, 2006; Kalichman, Simbayi, Cain, Henda y Cloete, 2007; Dunkle, Jewkes, Brown, Gray, McIntyre y Harlow, 2004; en Kendall, 2009).

Es importante mencionar que este tipo de violencia es común en México, la Encuesta Nacional de violencia contra las mujeres llevada a cabo en 2002, reveló que una de cada tres mujeres en el país reciben violencia por parte de su pareja, reportada de la siguiente forma: 19.6% psicológica, 9.8% física, 7% sexual y 5.1% económica; es trascendental resaltar que en algunas poblaciones del Estado de México, Jalisco o Durango, estos porcentajes son mucho más amplios, por ejemplo, en Nezahualcóyotl, en 1994, un estudio mostró los siguientes porcentajes: 66% violencia física, 76% psicológica y 21% sexual) (Kendall y Pérez, 2004). También esta encuesta en su versión de 2003, expuso que las lesiones físicas experimentadas por las mujeres que habían sufrido algún tipo de violencia durante o después de una relación sexual iban desde infecciones genitales (9.8%), hasta sangrado vaginal o anal (8.4%), debido al maltrato (Torres, 2010).

Asimismo, la Encuesta Nacional de Violencia en el Noviazgo realizada en 2007 y llevada a cabo entre jóvenes solteros de 15 a 24 años (de los cuales el 50% ya había tenido relaciones sexuales), puso en evidencia que el 15% de la muestra había sido violentado de forma física por su pareja, cabe mencionar que de este porcentaje, el 61% eran mujeres (SEP, IMJ, 2008; en Torres, 2010).

Por lo tanto, evidentemente la violencia que viven las mujeres desde la adolescencia las vuelve mucho más vulnerables por cuestiones físicas, psicológicas y sociales.

Sumando las probabilidades que generan todos estos aspectos culturales, se forman vulnerabilidades específicamente para las siguientes mujeres: trabajadoras de la salud, compañeras sexuales de personas con prácticas de riesgo (usuarios de drogas inyectables, bisexuales, etc.), mujeres expuestas a violencia sexual, poblaciones indígenas, rurales o migrantes; personas privadas de la libertad o parejas de una persona en esta condición, parejas de personas militares o que viven con VIH o que han recibido transfusiones sanguíneas sin precaución. Cabe mencionar que muchas mujeres experimentan varias de estas situaciones al mismo tiempo, por lo que se les considera en condiciones de vulnerabilidades acumuladas (Herrera y Campero, 2002; Chapa, 2014).

Estas vulnerabilidades son menos visibles debido a la difusión de la expresión «grupos de riesgo», dado a que en el imaginario colectivo las personas asocian al VIH/sida con gays y bisexuales, por lo que las mujeres y adolescentes tienden a no percibirse en peligro; es importante resaltar que esta percepción parece vinculada incluso a los encargados de responder a la epidemia, por lo que existe un vacío en la prevención y atención (Pérez, et al., 2004). Esto quiere decir que gran parte de las políticas públicas diseñadas para dar respuesta a la epidemia aún se enfocan solamente a los «grupos de riesgo», reduciendo posibilidades de desarrollo de la conciencia de riesgo y de atención de calidad para muchas personas que no se incluyen en estas categorías tan estigmatizadas.

En este sentido, es necesario destacar que la mayoría de mujeres que viven con VIH sólo tuvieron contacto sexual con su pareja (así, las campañas que promueven la monogamia les generaron un imaginario de protección), en estos casos, el hombre era quien decidía «dónde, cuándo y cómo» se realizaba la actividad sexual, definía que el uso del condón quedaba totalmente fuera de la relación y mantenía comportamientos en secreto (contactos homoeróticos y uso de drogas) (Kendall y Pérez, 2004). De este modo las mujeres se sentían invulnerables o negadas a pensarse en peligro, debido a que socialmente se espera que el matrimonio les de seguridad y que sus esposos las protejan de cualquier situación negativa.

Esta poca visibilidad o percepción de riesgo también se ha reflejado en algunas investigaciones, que han tendido a enfocarse en las trabajadoras del sexo comercial, en donde se considera a los clientes como «víctimas» de estas «malas mujeres»; por lo que el estigma se recrudece y las lleva a enfrentar el VIH/sida y muchas veces el de sus hijos con una constante violación a sus derechos humanos, inequidad de género, pobreza y marginación, aunados a la pérdida de sus parejas y al desarrollo de la enfermedad (Pérez, et al., 2004). Lejos del

aspecto moral, las trabajadoras sexuales viven vulnerabilidades acumuladas para infectarse al VIH debido a sus condiciones de precariedad económica y a la dificultad para acceder a los servicios educativos y de salud; al estigma, discriminación y falta de reconocimiento a sus derechos laborales y sociales. Sin embargo, las intervenciones realizadas han resultado muy efectivas, los estudios indican que ha aumentado el uso del condón en esta población, y en consecuencia se ha estabilizado la prevalencia del virus en ellas (Torres, Zarco y Allen, 2003; en Amuchástegui, 2013). Sin embargo la vulnerabilidad sigue teniendo efecto porque emplean métodos de prevención con sus clientes, pero no con sus parejas; por lo tanto viven las otras vulnerabilidades de mujeres en condiciones de pobreza. En este sentido, algunas investigaciones han señalado podían emplear preservativos en el 96% de relaciones sexuales con los usuarios de su servicios, mientras que sólo el 17% de las veces empleaban condones con sus parejas estables. Esta situación se ha relacionado con el amor y confianza que se espera en este tipo de relaciones afectivas (Allen, et al., 2003; Gayet, et al., 2007; en Torres, 2010).

Siguiendo esta perspectiva, las mujeres en condiciones de pobreza o marginación más afectadas son: las mujeres migrantes o parejas de hombres en situación de movilidad, mujeres privadas de la libertad o parejas de reclusos, usuarias de drogas inyectables o parejas de personas con drogadicción y las mujeres indígenas.

Diversas investigaciones han evidenciado las condiciones de riesgo que viven las mujeres parejas de hombres que migran hacia Estados Unidos, un ejemplo es el caso del estado de Jalisco, en donde se ha estudiado la relación entre la migración y el VIH/sida. En esta entidad muchos hombres viajan hacia California (localidad con tasas muy altas de VIH), y ahí se enfrentan con tres grandes situaciones de riesgo para infectarse con el virus: a) venta de sangre, b) conducta sexual sin protección adecuada y c) uso de agujas infectadas (no por la utilización de drogas inyectables). Al contraer la enfermedad, las personas deciden volver a México porque se les dificulta atenderse en Estados Unidos, principalmente porque desconocen tanto el idioma inglés como las características del sistema de salud; y por su condición legal, económica y laboral que no les permite encontrar la ayuda que necesitan. Regresan a sus comunidades donde los programas de educación, prevención y cuidados relacionados al VIH son prácticamente inexistentes; por lo tanto se constituyen mayores riesgos tanto para la transmisión de virus hacia sus parejas, como para recibir una atención deficiente y con ello un pronóstico de la enfermedad más difícil (Hayes-Bautista y Matsui, 1990 en Salgado, 2005).

En este sentido, es importante resaltar que cuando los hombres se encontraban ausentes,

las mujeres tomaban el poder y el control de las situaciones de la casa, pero al regresar los esposos, volvían inmediatamente a asumir su rol tradicional (sumiso y pasivo), sobre todo en las relaciones sexuales, dónde su baja autoestima y ausencia de empoderamiento les impedía negociar cualquier aspecto relacionado con la sexualidad, arriesgándolas a embarazos no deseados o adquirir VIH. Estas características muchas veces provenían de un bajo nivel educativo, información limitada o errónea y la aceptación completa de su rol de género tradicional (Salgado, 2005). Esto muestra que las mujeres eran perfectamente capaces de tomar decisiones y hacerse responsables de su hogar, pero al regresar su esposo, les era imposible mostrar alguna expresión de liderazgo o autonomía, porque eso sería contradictorio a su rol y podría exponerlas al abandono.

Por otro lado, las mujeres que migran se encuentran con otro tipo de vulnerabilidades, sufren diversos tipos de violencia durante el viaje, pero más frecuentemente violencia sexual, por parte de oficiales fronterizos o de la policía, además de que constantemente pueden necesitar de intercambios sexuales durante el trayecto, para obtener comida o techo, como soborno o condición para seguir con su viaje. En estas situaciones es muy difícil que se pueda negociar el uso del condón, debido a que no van preparadas para asumir esa decisión o muchas veces son forzadas a hacerlo. Así mismo, al llegar a su destino son obligadas a ingresar a sectores informales de la economía, como el trabajo doméstico, dónde no cuentan con derechos laborales o servicios de salud (Caballero, Dreser, Leyva, Rueda y Bronfman, 2002; UNFPA, 2006; en Kendall, 2009).

En cuanto a las mujeres privadas de la libertad, también se observaron vulnerabilidades acumuladas para adquirir el virus, debido a sus características socio-económicas, culturales, individuales y colectivas. Entre estas características se encuentran algunas prácticas a veces negadas tanto por ellas como por las autoridades de los centros dónde se encuentran, como son las relaciones o el trabajo sexual, consumo de drogas o tatuajes realizados con agujas no estériles (Parrini, 2009).

Sobre el uso de drogas inyectables, algunos estudios en Ciudad Juárez y Tijuana han señalado que los hombres son los principales consumidores de estas drogas (87.6% de la muestra investigada pertenecía a este sexo), sin embargo las mujeres mostraron una mayor vulnerabilidad (la prevalencia de VIH fue de 8%, en comparación con la de los hombres, registrada en 3%), asimismo, las parejas de los hombres con esta dependencia resultaron en mayor riesgo de adquirir el virus. Las posibles explicaciones para estas cifras son que se acostumbra que

las mujeres se inyecten con la jeringa de sus parejas luego de que ellos lo hicieron, a que muchas de ellas se dedicaban al trabajo sexual o al sexo recompensado con drogas (Magis, et al., 2005; Viani, et al., 2004; Strathdee, et al., 2008; Firestone, et al., 2007; en Kendall, 2009).

En relación a las mujeres indígenas, se ha estudiado que los factores que las vulneran son, principalmente: pobreza, analfabetismo, hablar solamente una lengua, falta de acceso a los servicios de salud, su relación con la migración o poblaciones migrantes, discriminación, los roles tradicionales y rígidos de género dominantes en sus comunidades, tensión sobre la preservación de la cultura y justificar la inequidad de género en sus comunidades en el marco de los llamados «usos y costumbres». Sobre este tema, es importante investigar cómo los supuestos que plantean la preservación de las culturas indígenas pueden limitar el acceso a mujeres de estas comunidades para la protección y respeto de sus derechos humanos; debido a que en ocasiones los «usos y costumbres» impiden reconfigurar o transformar los roles tradicionales y se convierten en barreras para la prevención de enfermedades como el VIH/sida porque se impide a las mujeres tener prácticas sexuales seguras y saludables (Ponce, 2009; en Torres, 2010).

Es posible observar que la vulnerabilidad de género en las mujeres para adquirir VIH/sida tiene que ver con las formas que perciben el «deber ser» del género y la manera en que lo llevan a cabo, con el estigma y discriminación que reciben a causa de sus condiciones biológicas, económicas, étnicas, sociales o culturales de vida, que muchas veces las conducen a prácticas de riesgo que no son percibidas como tal en la mayoría de los casos, o que realizan como medio de supervivencia; todas estas cuestiones les producen malestar emocional que muchas veces es causa y consecuencia de sus experiencias y tiene como resultado el aislamiento o exclusión de redes de apoyo (Chapa, 2014) (Figura 3.1).

Una vez que han adquirido el virus, las mujeres van a enfrentarse a una serie de condiciones que pueden impedir o potenciar su desarrollo, dado que recibir el diagnóstico de VIH constituye un momento de crisis que demanda una gran necesidad de adaptación.



### Categorías relacionadas a la dimensión de vulnerabilidad.



Figura 3.1. Categorías relacionadas a la dimensión de vulnerabilidad. (Chapa, 2014, p. 179).

En un estudio realizado en Costa Rica con trece mujeres positivas al VIH, de entre 25 y 60 años de edad, se puso en evidencia que la mayoría tuvo que experimentar nuevas condiciones de vida a partir de su diagnóstico, tales como tener que cambiar de casa, perder su empleo debido a discriminación, volverse más sensibles y tolerantes, con mayor autoestima y cualidades para trabajar en equipo, también reportaron tener que dejar los vicios y poner más atención a su salud y sexualidad (Rodríguez, Castro y Morales, 2010; en Chapa, 2014).

En el contexto mexicano, las experiencias de las mujeres después del diagnóstico fueron más variadas, en una investigación realizada por Chapa (2014), se pudo categorizar a las respuestas femeninas en tres grupos:

- 1) Las mujeres apegadas al papel tradicional, que se percibían como víctimas de la enfermedad y de las circunstancias, y en consecuencia constantemente experimentaban malestar emocional (impotencia, rabia, culpa o desamparo), por lo tanto casi no salían de casa y en caso de hacerlo era sólo para asistir a consulta o acudir por sus medicamentos.
- 2) Aquellas decididas a «salir adelante», que manifestaban querer tomar las riendas de su vida, motivadas por desarrollo personal o de sus hijos y acudían a grupos de autoapoyo en algunas ocasiones, para aprender sobre VIH y en consecuencia lograron

modificar algunos prejuicios relacionados al virus.

3) Mujeres que enfocaron su atención en defender sus derechos y los de otras personas en su condición, en este grupo resaltó el activismo, aunque un tanto maternalista, pero caracterizado por demandar una mayor calidad en los servicios de salud.

En este sentido, es importante resaltar que las condiciones socio-culturales que pudieron limitar el desarrollo o mejorar la calidad y esperanza de vida de estas mujeres, son prácticamente los mismos que las vulneraron para adquirir el virus, sólo que en este caso, que ya fueron diagnosticadas, pudo aumentar el estigma y discriminación, y en consecuencia algunas personas tendieron a autoexcluirse de sus redes sociales; además de que mandatos del género como «ser cuidadoras» las llevó a prestar en ocasiones más atención a la salud de sus parejas o hijos que a la suya, por lo que acudieron al servicio médico hasta el último momento (Chapa, 2014). Entonces, frecuentemente las obligaciones del rol de género se vuelven más pesadas y con consecuencias perjudiciales para el cuidado de su salud, y esto se debe en gran medida a la estigmatización.

Por otro lado, como se ha mencionado anteriormente, muchas mujeres que viven con VIH, adquirieron el virus a través de relaciones sexuales con una pareja estable, mientras que estos a su vez, contrajeron la enfermedad mediante prácticas homoeróticas. Pese a ser conscientes de esta situación, muchas de ellas viven con culpa porque los mandatos del género indican que ellas debieron llegar vírgenes al matrimonio, y aquellas que no lo hicieron asumen que no se encuentran «libres de pecado» y que de alguna manera viven las consecuencias de la promiscuidad. Sobre la bisexualidad de sus parejas prefieren al parecer no saber detalles y seguir adelante, asumen que la conducta sexual masculina corresponde a «espacios de hombres» dónde ellas no pueden acceder ni hablar de ello (Herrera, et al. 2009).

Algunas investigaciones han revelado que la vida sexual de las mujeres que viven con VIH tiende a ser abandonada luego del diagnóstico debido a que no la desean o incluso nunca les fue placentero, a que prefieren relaciones solamente afectivas, por temor de infectar a la nueva pareja o reinfectarse (dado que aún se ven con poco control para intentar negociar el uso del condón o por miedo de que éste no sea infalible), por enojo hacia la persona que les transmitió el virus, desconfianza o por recelo hacia hablar de su padecimiento. La evasión a las relaciones sexuales luego del diagnóstico concuerda con el modelo de sexualidad femenina predominante, dónde la mujer debe renunciar a sus placeres y deseos en pro de los de su

pareja, con la cual tiene que vivir en matrimonio monógamo. Dado que muchas mujeres se separaron de sus parejas o enviudaron luego de contraer el virus, su sexualidad pierde sentido debido a que ya no está la persona a la que tenían que complacer, además de que buscar continuar con una vida sexual las llevaría a reafirmar el estereotipo de que se infectaron por «andar de promiscuas». Por lo tanto para tratar de demostrar lo contrario necesitan exacerbar su rol materno y dedicarse únicamente a sus hijos (Grimberg, 2002 y Koerting y Castellanos, 2012; en Chapa, 2014; Herrera, et al., 2009).

Estos cambios en la sexualidad también tienen que ver con su concepto y percepción del cuerpo en relación a los mandatos de género, una investigación realizada en Argentina reveló que el cuerpo de las mujeres con VIH adquiere dos formas de representación negativas: por un lado comienza a ser visto como «agente de contagio» y por otro se encuentra «vacío de sentido». Estas concepciones tienen que ver con los cambios producidos por la enfermedad, como el adelgazamiento o deterioro evidente, la lipodistrofia provocada por algunos medicamentos y la falsa creencia de que pierde su función reproductiva; por lo tanto, la construcción hegemónica de la feminidad señala a las mujeres positivas al VIH como carentes de sentido erótico o maternal, en consecuencia «no sirven» (Grimberg, 2000; en Chapa, 2014).

Estas ideas sobre la feminidad se observan en el enfoque de las campañas dirigidas hacia mujeres, las cuales se centran en dos grupos: las mujeres embarazadas y las prostitutas. Evidentemente la atención se encuentra en el valor erótico de la mujer y la maternidad.

Este enfoque no sólo excluye a todos los otros grupos de mujeres que son vulnerables, sino que se focaliza en las mujeres como «agentes de contagio», hacia sus hijos o hacia los clientes (Kendall y Pérez, 2004).

Siguiendo con las implicaciones de los mandatos de género, se ha observado en la población femenina que vive con VIH, que aún cuando ya han recibido el diagnóstico, la mayoría no recibe apoyo emocional por parte de sus parejas. La causa radica en el mantenimiento de los roles tradicionales, donde los hombres son los proveedores de los bienes materiales y tienen poca capacidad para expresar sentimientos, mientras que las mujeres son las responsables de cuidar emocionalmente de los otros. Esta situación ha evidenciado también en el silencio de las mujeres sobre su enojo y rabia hacia la pareja por infectarla (Kendall y Pérez, 2004).

En este sentido, la intensidad de sentimientos como el enojo y la rabia hacia la pareja, se ha observado en relación a los anclajes sobre los aspectos tradicionales del género, debido

a que las mujeres tendieron a mostrarlos de forma más intensa cuando se encontraban muy apegadas a ellos, porque se ha desmoronado su concepto de amor romántico, unión y fidelidad, sobre todo cuando su pareja tuvo relaciones con otro hombre (Núñez, 2007; Parrini, 2007; en Chapa, 2014). Asimismo, el hecho de experimentar tales emociones ha demostrado la posibilidad de que éstas evolucionen hacia un trastorno de depresión, sobre todo cuando los mandatos de género impiden manifestar a las mujeres lo que sienten, cuestionar a su pareja o incluso abandonarla; expresar sus emociones cuando ésta fallece a consecuencia de sida o hablar sobre desaprobación social que perciben (Chapa, 2014).

Por otro lado, se ha identificado también que muchas mujeres que viven con VIH/sida tienden a regresar a cierta condición infantil, tienden al volver a casa de sus padres, donde se vuelven dependientes, con pobre autonomía y pocas opciones para decidir sobre ellas o sus hijos. En este sentido, volver al entorno familiar trae consigo la prohibición a las mujeres para vivir su sexualidad, tener relaciones de pareja o ejercer su profesión.

“El cautiverio de las mujeres en el circuito familiar, y negarles la posibilidad de una vida sexual, romántica o profesional después de haber sido diagnosticadas, es imponerles una muerte existencial antes de que la muerte física sobrevenga...” (Kendall y Pérez, 2004, p. 118).

Por lo tanto, promover procesos que brinden la oportunidad de tomar conciencia, propiciar la independencia económica y proporcionar educación sobre el tema a los familiares, permitiría a las mujeres que viven con VIH/sida desarrollar redes más flexibles y en consecuencia mejorar su calidad de vida. Además de que les daría la oportunidad de disfrutar su sexualidad, exigir sus derechos, conocer más personas, viajar, aprender, poner límites, producir un proyecto de vida alejado del «deber ser» femenino, construyéndolo a partir de sus propias decisiones y desde el autocuidado (Kendall y Pérez, 2004; Chapa, 2014).

Otro aspecto elemental para las mujeres lo constituye la cuestión política, es necesario que se hagan «visibles»; el hecho de que los grupos más afectados por el virus sean aquellos con más desventajas educativas y económicas, hace que sean consideradas como «fuera de la opinión pública», no determinan «temas políticos», son «minorías», por lo tanto no son percibidos por la sociedad. Entonces, resulta elemental crear esa visibilidad a partir del empoderamiento, restituir su poder para adueñarse de su vida y ser partícipes en la toma de decisiones, es decir, ser tomadas en cuenta en las políticas. Cabe mencionar que este proceso

no puede darse desde afuera, es necesario que exista un apoyo social, pero las mujeres deben empoderarse desde su capacidad de agencia (Herrera y Campero, 2002).

Algunos elementos fundamentales para construir el empoderamiento radican en primer lugar en contar con una red de soporte emocional, que puede ser la familia o un grupo de autoapoyo, espacios dónde puedan recibir apoyo psicológico, lugares para informarse sobre sus derechos, para percibir un sustento económico o en el cual puedan contar con alguien de confianza que cuide de sus hijos/as, de modo se les permita acceder a espacios laborales; el segundo lugar consiste en alcanzar involucrarse en proyectos contra el estigma y discriminación, dónde se logre fomentar la defensa de los derechos humanos, en este sentido el activismo podría posibilitar un crecimiento de redes de apoyo y con ello un mayor empoderamiento (Campero et al., 2010; Gregoric, 2012; Parker y Aggleton, 2001; Toro, Varas y Núñez, 2005; Bernal, 2000; en Chapa, 2014; Kendall y Pérez, 2004; Toro y Varas, 2008).

### 3.2.2. LIMITACIONES PARA LA PREVENCIÓN EN LAS MUJERES.

Así como hay vías para el empoderamiento de las mujeres que viven con VIH/sida, también se encuentran algunos obstáculos culturales, sociales e institucionales.

En México los medios de protección alternativos al condón masculino, tales como el condón femenino o los microbicidas como las cremas con Nonoxidol-9, se encuentran muy poco disponibles, por lo que el único medio de prevención realista con el que cuentan es su capacidad de convencimiento para que sus parejas accedan a usar el preservativo, lo cual las coloca nuevamente en una situación de dependencia (Salgado, 2005).

Por otro lado, abordar la infidelidad masculina resulta complicado a pesar de ser un «secreto a voces», introducir el tema puede exponer a muchas mujeres a conflictos de pareja o hasta padecer violencia o abandono, porque culturalmente es un asunto prohibido, el rol tradicional les marca la imposibilidad de cuestionar la sexualidad de sus parejas o hablar de sexualidad dado que son «decentes»; por lo tanto implementar medidas preventivas que contemplen la infidelidad constituye para algunas mujeres un shock emocional y psicológico, debido a que rompe con las construcciones de amor y confianza con las que han crecido, con estos imaginarios históricos. Bajo estas condiciones, no es extraño que muchas de ellas ni siquiera hagan el intento de tomar medidas de prevención a pesar de sospechar algún tipo de

riesgo consecuente a la conducta sexual de sus parejas (Kendall, 2009).

Si bien, los roles tradicionales de género condicionan las vulnerabilidades de las mujeres para adquirir el virus, es importante resaltar que recientemente estos imperativos han empezado a cambiar en algunos sectores, existe una feminidad en transición que se resiste a la reiterada transmisión de estos valores a través de los medios de comunicación, de los ámbitos sociales, familiares e institucionales.

“Si bien a las mujeres se las valora y estimula en la formación académica para tener una profesión y una independencia económica y desempeñar diversos papeles en el mundo profesional y público o vivir sus relaciones afectivas y amorosas de forma más igualitaria y libre, siguen vigentes antiguas expectativas sociales y se espera que, a pesar de tener mayor autonomía personal, las mujeres cumplan con parte de los mandatos de los roles tradicionales, sobre todo en la vida íntima” (López-Dóriga y Suárez, 2008, p. 19).

En este modelo de transición se dan relaciones más diversas en las que la mujer puede tener proyectos propios, múltiples parejas a lo largo de su vida y sobre todo, ya no pertenece a un hombre. Sin embargo, dado que este modelo apenas se está transformando, aún aparecen resistencias y contradicciones, por un lado las mujeres pueden tomar actitudes masculinas que las llevan al sentido de invulnerabilidad, con lo que toman comportamientos más arriesgados que las vulneran para adquirir VIH, como el sexo anal sin protección en favor de una supuesta «modernidad» y «libertad sexual», y por otro lado aún mantienen interiorizados algunos roles tradicionales (López-Dóriga y Suárez, 2008). Entonces las mujeres del modelo en transición buscarían una mayor libertad, pero a la vez manteniendo cierta dependencia emocional; lo cual se observa en el ejercicio de una sexualidad menos protegida, con más parejas, pero como intercambio o en búsqueda del amor.

Regresando al tema del sexo anal. Estudios han mostrado que constituye una práctica de riesgo cuando no se realiza de forma segura o protegida, a causa de varios factores que tienen que ver con cuestiones de género: se cree que a través de su práctica se conserva la virginidad y con ello el valor de la mujer, se usa para evitar embarazos sin tener que emplear algún preservativo, se cree que protege de otras infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH; es una práctica ambivalente, ya que para algunas mujeres representa placer, mientras que otras lo perciben como un castigo o una exigencia por parte de su pareja, además de que algunos

estudios muestran que ésta es una práctica propensa a reportarse entre hombres bisexuales, por esta razón es una costumbre a la que se necesita poner más atención, debido a que en ella se ubican varios factores que constituyen y reafirman vulnerabilidades para las mujeres (Houston, Fang, Husman y Peralta, 2007; Stadler, Delany y Mntambo, 2007; Izazola, et al., 2003; Halperin, 1999; en Kendall, 2009).

Otros factores que limitan la prevención de la vulnerabilidad femenina radican en que pese a que el modelo tradicional de la sexualidad dominante esta cambiando en nuestro país, sigue produciendo resistencias y la transformación es muy lenta debido a que ha estado arraigado durante tantos siglos (Herrera, Kendall y Campero, 2014).

Por lo tanto: “la prevención del SIDA en la población femenina sólo será posible cuando la mujer tenga el poder económico y social para decir ‘no’ a una relación sexual” (Del Río, 1997; en Pérez, et al., 2004, p. 39).

Cabe mencionar que la transición que se vive actualmente ha producido importantes modificaciones en el modelo, a causa de una mayor participación de las mujeres en la educación y la economía formal, a la reducción de la natalidad, globalización y migración. Sin embargo aún muchas mujeres saben que decidir o poner límites sobre sus cuerpos y sobre su sexualidad podría poner en peligro su integridad física o su salud, o incluso llevarlas a la muerte (Herrera, Kendall y Campero, 2014; Pérez, et al., 2004).

Por otro lado, se ha descrito la importancia de las redes y grupos de autoapoyo para el cambio de creencias y el cuestionamiento de los mandatos del género, sin embargo existen algunos impedimentos para algunas mujeres que no les permiten formar estas redes y sobre todo acudir a grupos de la sociedad civil.

En primer lugar se encuentra la falta de tiempo, la doble y en ocasiones triple jornada que muchas de ellas realizan, las preocupaciones sobre el aspecto económico, el transporte y la inseguridad; la falta de autonomía (a algunas se los prohíbe su pareja o la familia), el «deber ser» de la feminidad que les establece ser la última prioridad, es decir, sacrificarse siempre por sus seres queridos y anteponerlos a todas las cosas; y un hecho muy importante es que muchos grupos de autoapoyo están conformados por hombres homosexuales, lo cual constituye importantes inconvenientes para algunas mujeres. Por un lado para aquellas que fueron infectadas en consecuencia a un contacto bisexual de su pareja, tener contacto con hombres gays les recuerda la infidelidad y con ello todo el enojo y los sentimientos de traición; y por

otra parte, a algunas se les dificulta identificarse con sus problemáticas debido a las fuertes diferencias de contextos y condiciones de vida (Kendall y Pérez, 2004).

Por lo tanto, a pesar de las limitaciones para implementar nuevas propuestas sensibles a las condiciones que determinan la vulnerabilidad de género en las mujeres, es posible observar que el camino radica en visibilizar y convertir en protagonistas del discurso político a las mujeres más desprotegidas, impulsar el empoderamiento y constituir políticas públicas que no se basen en la estigmatización. La epidemia ha cambiado, se ha feminizado, sin embargo, por esta misma razón es más necesario hablar de la masculinidad y del papel de los hombres en la transmisión del virus.

### 3.3. VULNERABILIDAD DE GÉNERO EN HOMBRES.

En el caso de los varones, también se han establecido algunos criterios de riesgo que los hacen susceptibles al VIH/sida:

- Mantener o haber mantenido relaciones sexuales con una mujer con alguna de las siguientes características: vivir con VIH/sida, ser usuaria o ex-usuaria de drogas intravenosas, que mantiene o ha mantenido múltiples parejas o de la que desconoce su estado serológico.
- Ser usuario de la prostitución, mantener o haber mantenido múltiples parejas, tener o haber tenido relaciones homo/bisexuales, vivir situaciones de crisis de pareja en la que la relación se abrió a otras personas, historia previa o actual de otras ITS en él o en su pareja sexual, indicios clínicos de VIH o enfermedades indicativas de sida (López-Dóriga y Suárez, 2008).

En cuanto a la vulnerabilidad de género, López-Dóriga y Suárez (2008), mencionan algunos condicionantes de género, de acuerdo al modelo tradicional y al de transición:

En modelo de masculinidad tradicional

- Negación de la debilidad, sentimiento de invulnerabilidad, negación del uso del preservativo porque obstaculiza que pueda demostrar su potencia sexual. Manifestar siempre su capacidad sexual y mostrar deseo sexual activo, de estas conductas depende, gran en parte, la percepción de su masculinidad tradicional.



- Impulso a mantener múltiples parejas. Sexualidad como demostración. Hipervaloración del coito como toma de posesión de la mujer. Insatisfacción con el sexo no coital. Sexualidad urgente, deseo incontrolable.
- Relación de poder, posesión y exclusividad con la mujer que es su pareja estable. Intolerancia a la infidelidad. Ser el único en la vida de «su mujer». Intolerancia o rechazo hacia la mujer que muestre deseo sexual activo, por ejemplo, proponiéndole sexo seguro y/o protegido, lo que denota que no es «inocente».

#### En modelo de masculinidad de transición

- Sentimiento de invulnerabilidad o exceso de confianza por creerse capaz de controlar las relaciones. Protección con relaciones más liberales y no protección con otras más tradicionales.
- Tendencia a prácticas sexuales de mayor riesgo consideradas «modernas».

Se ha observado que tanto el modelo tradicional como el de transición siguen creando vulnerabilidades en hombres y mujeres para adquirir VIH/sida. Particularmente en el caso de los varones se ha estudiado las formas en que la masculinidad hegemónica los pone en riesgo, existe evidencia de que vivir teniendo que probar constantemente su hombría los lleva a tener que buscar conquistas sexuales todo el tiempo y a no poder negarse aunque no deseen tener esa relación; los conduce a beber alcohol de forma excesiva y a consumir drogas; a ser violentos, y al combinar la conducta violenta con las adicciones, aumenta su probabilidad para tener encuentros sexuales sin protección, a la violación o rapto de mujeres debido a la hipervaloración de la virginidad y a la desinformación (Faggetti, 2006; Nuñez, 2007; Parrini, 2007; Szasz, 1998; en Chapa, 2014).

Se ha hablado incluso de un «construcción esquizofrénica» de la sexualidad masculina en ciertos contextos mexicanos, dónde en los espacios heterosociales como la comunidad y la iglesia, los varones son alentados a mostrarse como fieles, monógamos y buenos padres; mientras que en los entornos homosociales se les exige expresar su «hombría», a través de múltiples conquistas sexuales (Hirtsch et al., 2007 en Herrera, Kendall y Campero, 2014).

Entonces, el ideal de la masculinidad demanda a un ser fuerte, que brinde protección y sea el proveedor de recursos, además de ser arriesgado, invulnerable, evidentemente heterosexual, con múltiples conquistas sexuales (en las que siempre debe asumir el papel activo), debido a que su deseo sexual es un impulso incontrolable que debe ser atendido urgente-

mente, además de que no necesita aprender sobre sexo porque «lo sabe todo» (Villaseñor y Castañeda, 2003; De Keijzer, 2004; en Herrera y Campero, 2002; Chapa, 2014).

Así, al establecer como parte del «ser hombre» el ser agresivo y ser quien conduce, controla y domina en lo sexual, produce que algunos hombres tengan muchas dificultades para hablar sobre sus dudas o expresar falta de conocimiento sobre la sexualidad; por lo tanto si se permitieran recibir información u orientación por parte de sus parejas femeninas, podrían sentirse menos hombres o asumir que su pareja es una «mala mujer» (Kendall, 2009).

En relación a las masculinidades y la sexualidad de los varones, Szasz y Castrejón (2008), realizaron un estudio con base en los resultados de la Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente del IMSS de 1998, a partir de los cuales exploraron la relación entre las identidades masculinas y las prácticas sexuales en hombres heterosexuales casados que vivían principalmente en entornos urbanos. En este estudio se encontró que entre más afirmaban éstos ideas sobre equidad de género, menor era su probabilidad de ejercer prácticas sexuales de riesgo; y a la inversa, en aquellas parejas dónde el hombre era quien dominaba, se ejercía practicas sexuales que podían poner en peligro su salud o la de su pareja. También se observó un asociación entre la edad y el estrato socioeconómico como factores protectores, es decir, entre más jóvenes eran los varones y de estrato social medio o alto, había una mayor tendencia al autocuidado, a pesar de reportarse más relaciones extramaritales. Por lo tanto, tener más encuentros sexuales no constituía un riesgo para estos hombres, sino el hecho de mantener creencias tradicionales de la masculinidad.

Respecto a estas concepciones tradicionales de la masculinidad, se ha explorado aspectos interesantes que tienen que ver con el ejercicio de la sexualidad. Un estudio realizado con 312 camioneros (de los cuales el 0.6% resultó positivo al VIH) reveló que aunque la mayoría de estos varones estaba casado con mujeres, el 96% expresó haber tenido en promedio otras tres parejas en el año anterior, el 24% informó haber contratado a trabajadoras sexuales, mientras que el 6% intercambiaba sexo por favores y el 5% había tenido también encuentros sexuales con otros hombres (Gayet, et al., 2007; en Torres, 2010). Este estudio muestra que identidad sexo-genérica no es una limitante para la experimentación sexual con personas del mismo sexo para los varones.

Una investigación realizada con 150 hombres diagnosticados con VIH autoidentificados como hombres que tienen sexo con mujeres mostró que el 92% tuvo coito anal con otro hom-

bre alguna vez en su vida, de los cuales el 70% no uso condón. Por lo tanto sería importante realizar campañas de prevención que aborden estos espacios homosociales dónde estas prácticas son comunes (bares, parques, saunas, etc.), sin estigmatizar o asumir ninguna identidad sexual, de modo que sea posible hacer prevención del VIH, promover encuentros sexuales seguros entre hombres a partir del cuestionamiento a los mandatos de género dominantes (Mireles, López y Cruz, 2002; Kendall, Herrera, Caballero y Campero, 2007; en Kendall, 2009).

Cabe mencionar que en los encuentros sexuales entre hombres dónde predominan estas concepciones tradicionales, se asume que mientras se tome el papel «activo» en una relación entre varones, se refuerza la «hipermasculinidad o machismo» debido a que se queda intacta la heterosexualidad (Liguori y Aggleton, 1996; en Herrera, Kendall y Campero, 2014). Es decir, que mientras el hombre no sea penetrado por otro hombre no es homosexual o bisexual, por el contrario, se es más masculino si puede ejercer su poder sexual sobre una mujer o sobre otro hombre (Kendall y Pérez, 2004).

Es importante mencionar que esta concepción depende de varios factores para ser justificada: que un hombre haya tenido relaciones con otro hombre desde el papel activo por soledad o encontrarse migrando (como en el caso de los camioneros), o simplemente porque no habían otras mujeres disponibles cerca (y dado que debe atender su deseo sexual inmediatamente se justifica); que haya estado bajo los efectos del alcohol o drogas, que el encuentro haya sido un «accidente» (por lo tanto no se emplea ningún método de prevención) o que el varón que tomó el papel «pasivo» haya sido muy femenino (Bronfman y Minello, 1999; en Herrera, et al., 2009; Kendall y Pérez, 2004; Herrera, Kendall y Campero, 2014).

En este sentido, una investigación etnográfica realizada en Sonora puso en evidencia que muchos de los primeros contactos homoeróticos que experimentan los hombres se relacionan con la sobrevalorización de la virginidad femenina, dado que al ser tan custodiada, los hombres descubren su sexualidad entre ellos, comúnmente en contextos de embriaguez; por lo tanto se exponen a condiciones que obstaculizan la prevención desde temprana edad, como es la semiconsciencia y la clandestinidad (Nuñez, 2007; en Chapa, 2014).

Otro aspecto importante en las prácticas homoeróticas es la intensidad de la sensación de placer que muchos hombres reportaron, percepción que también tiene que ver con los estereotipos de género, dado que se expresa en relación a que los varones «saben dar placer», mientras que las mujeres tienen poca experiencia sexual y casi nunca están dispuestas a practicar

sexo oral o anal, cuestión que se encuentra asegurada en un encuentro sexual entre hombres (Herrera, Kendall y Campero, 2014).

Cabe mencionar que cuando las prácticas homoeróticas no cumplen las condiciones que demanda la masculinidad hegemónica (como el silencio o la clandestinidad), la homofobia tiende a ejercerse, por lo tanto se exige que estos contactos sean disimulados, ocasionales o realizados sólo en el ámbito privado, generalmente de forma anónima. Por esta razón muchos hombres desconocen su estado serológico o se lo ocultan a sus parejas, debido a que revelarlo podría evidenciar sus comportamientos, y ponerlos en peligro, dado que el VIH/sida es una enfermedad sumamente estigmatizada y relacionada con la homosexualidad, lo inmoral y el pecado (Amuchástigui, 2013).

Por esta razón, en América Latina, uno de los factores que vulnera más a las mujeres para adquirir el virus es que sus parejas tengan prácticas sexuales con hombres y mujeres; esto no quiere decir que entonces deban estigmatizarse más las prácticas homoeróticas o la infidelidad, por el contrario, es necesario que los mensajes de prevención tomen en cuenta que las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo no necesariamente determinan la identidad.

Este es el caso de muchos hombres HSH (hombres que tienen sexo con hombres) o HSHM (hombres que tienen sexo con hombres y mujeres pero no se consideran a sí mismos bisexuales), que no expresan o perciben su identidad como gay o bisexual; porque para ellos los contactos homoeróticos no alteran su masculinidad, pueden cumplir con todas las normas del «ser hombre» y tener relaciones con otros hombres por cuestión de «seguridad». Es decir, evitan embarazos, supuestamente nadie se va a enamorar ni a poner en riesgo la relación con su esposa porque ninguno hablará al respecto. Además de estas creencias, la clandestinidad de la infidelidad en suma al estigma y la homofobia, se crean escenarios donde la prevención del VIH se vuelve psicológica y materialmente difícil de implementar, lo cual incrementa en gran medida el riesgo de adquirir el virus para los hombres (Kendall, 2009; Kendall y Pérez, 2004).

Esta dificultad para poner en funcionamiento métodos de prevención en este sector tiene que ver con el hecho de que a pesar de que estos varones han tenido múltiples parejas sexuales, mantienen tan arraigado el «deber ser» tradicional de género (debido a la interiorización del discurso del amor romántico), que se niegan a aceptar que han tenido prácticas de riesgo, por lo tanto no acuden a ningún lugar o grupo dónde puedan recibir la información adecuada.

En contraste, muchos hombres abiertamente gays o bisexuales tienden a acceder a los servicios de prevención y encontrarse sensibilizados sobre el VIH/sida gracias a algunas organizaciones civiles (Kendall y Pérez, 2004).

Una vez que se dan estas condiciones de riesgo y los hombres son diagnosticados como personas que viven con VIH, existen importantes cambios que tienen lugar en su cotidianidad. Herrera, Campero, Caballero, Kendall y Quiroz, (2009) realizaron un estudio con 40 personas, 20 hombres y 20 mujeres con prácticas heterosexuales en los estados de Morelos, Guerrero y D.F. que vivían con VIH. En esta investigación se puso en evidencia que la sexualidad de los hombres que viven con el virus también se encuentra sumamente estigmatizada. Se asocia con irresponsabilidad, con que no les importó infectar a sus parejas o que incluso lo hicieron de forma intencional o por venganza; se piensa en ella como si fuera un impulso agresivo o hasta destructivo. Sin embargo los varones expresaron asociación entre su vida sexual y el «pecado» (por lo tanto la infección por VIH es «merecida», por desviarse de la heterosexualidad o por «destramparse»), manifestaron culpa por causar daño a sus parejas al infectarlas, y luego del diagnóstico tendían a evitar tener otra pareja por miedo a tener que revelar el diagnóstico y a sostener relaciones sexuales y correr el riesgo de infectar a otra persona. Debido a estas razones, varios participantes en este estudio preferían tener relaciones sexuales con prostitutas, debido a que ellas no les cuestionarían el hecho de usar condón; mientras que una pareja «afectiva» sospecharía de la insistencia de usar preservativo o podría tener deseos de tener hijos. Además los participantes de esta investigación también habían disminuido radicalmente su vida sexual a causa de la depresión, cansancio, los problemas de salud e incluso los efectos secundarios de los medicamentos. Otro resultado interesante de estudio fue que los entrevistados expresaron que a diferencia de las mujeres, ellos no estaban adaptados al «displacer corporal y a la disciplina», por lo tanto se les dificultaba mucho incorporar el hábito de tomar medicamentos y cuidar sus salud, esto en gran parte se encuentra relacionado con la idea de que la masculinidad dominante debe representar potencia o actividad, en consecuencia, la idea de pasividad y sufrimiento se asocia a la feminidad.

Otro estudio mostró que aquellos hombres positivos al VIH que defendían de forma más intensa su masculinidad (desde el modelo tradicional), tendían a dedicar gran parte de su tiempo y energía al trabajo, reafirmando su rol como proveedores y aislándose de otras redes de apoyo; sin embargo pese a mantener esta imagen de personas autosuficientes, admitieron sentirse solos y con ganas de convivir más con personas en su condición, con las que pudieran

identificarse (Chapa, 2014).

Asimismo, el conflicto de creencias provenientes del modelo de masculinidad tradicional en estos hombres, reveló la contradicción entre su concepción de hombre que tiene que ver con fuerza, razón y nula emotividad y su experiencia de fragilidad o debilidad corporal experimentada luego del diagnóstico; con lo cual se cuestiona su identidad masculina (Chapa, 2014).

Por lo tanto, el diagnóstico de VIH puede cuestionar los mandatos de la masculinidad hegemónica, dado que son insostenibles en muchos casos cuando ya se vive con la enfermedad. También constituye una oportunidad para cuestionar el «deber ser» de la identidad sexual, desestigmatizar las prácticas homoeróticas y con ello liberarlas de la clandestinidad, que se ha observado como uno de los mayores factores de riesgo para no utilizar medidas de protección.

En este sentido, sobre los hombres abiertamente gays o bisexuales, es importante resaltar que la respuesta al VIH/sida en estos últimos treinta años ha ayudado mucho a visibilizar y a luchar contra el silencio y el rechazo (Bohan, 1996; Guajardo, 2003; en Toro y Vargas, 2008). Sin embargo, el panorama no es nada sencillo tampoco para este grupo, existen factores que determinan su vulnerabilidad para adquirir el virus, como la edad, clase social, etnia; en este caso su preferencia sexual no los aleja de mandatos de la masculinidad que los ponen en riesgo.

“Es dentro del contexto de la raza y la etnicidad que se construye la masculinidad y el deseo homoerótico, y no necesariamente dentro del contexto de las identidades definidas por la orientación sexual” (Toro y Varas, 2008, p. 237).

Entonces, el contexto social tiene un gran peso en la definición de las múltiples masculinidades, y con ello en el comportamiento sexual de los hombres. Investigaciones realizadas sobre las prácticas sexuales de algunos hombres latinos en Estados Unidos concluyeron que el contexto de la relación erótica puede determinar el rol de hombres homosexuales versátiles (es decir personas que pueden ejercer un rol pasivo o activo). En estos estudios, la decisión sobre qué rol tomar se basó en la percepción de la masculinidad de su compañero sexual, es decir, si su pareja se mostraba más agresiva, con tez más oscura, físicamente más alto o con un pene grande, entonces tendían a asumir el rol sexual pasivo (Carballo, et al., 2004; en Toro y Varas, 2008).

Otro aspecto fundamental en este grupo es el papel de la estigmatización y la homofobia, dado que la sociedad mexicana se desarrolla dentro de una estructura patriarcal, el rechazo hacia los hombres gays y bisexuales se perpetúa a través de todos los ámbitos sociales, como lo son: la familia, la escuela, el trabajo o los servicios de salud. Por otro lado se ha puesto en evidencia que cuando se internaliza el prejuicio social y la opresión, se afecta el proceso de toma de decisiones vinculado a la prevención de enfermedades y con ello el progreso de las mismas cambia (Dolezal, et al., 2000; Lewis, et al., 2003; Ortiz, et al., 2002; en Toro y Varas, 2008; Estrada, Magis y Bravo, 2009).

Por otro lado, ser un hombre homosexual o bisexual no determina necesariamente que vivan su masculinidad de forma diferente a la hegemónica, por el contrario, son las formas tradicionales en las que fueron socializados las que los vulneran. En este sentido, Díaz y Ayala (2001), ejemplifican algunas de estas limitaciones:

### Barreras para sexo más seguro en hombres gay latinos

Machismo	Homofobia	Cohesión familiar y familia homofóbica	Silencio sexual	Pobreza
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexualidad enfocada casi exclusivamente a la penetración.</li> <li>• Deseo sexual «incontrolable» que justifica al sexo desprotegido.</li> <li>• Sexualidad como medio para probar la hombría. (Sobrevaloración de la erección).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuerte sentimiento de vergüenza relacionado con el deseo sexual hacia el mismo sexo. (se antepone el temor al rechazo a la salud).</li> <li>• Problemas serios de autoidentificación como parte de un grupo de riesgo y en consecuencia negarse a la propia vulnerabilidad.</li> <li>• Uso desmedido de alcohol o drogas para liberar y justificar el deseo sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo nivel de identificación con la comunidad homosexual, por lo tanto menor apoyo social.</li> <li>• Separación forzada entre sexualidad y vida cotidiana o relaciones sociales y afectivas. En consecuencia encuentros sexuales anónimos y en lugares públicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas para hablar directamente sobre sexualidad, por lo tanto dificultades para negociar sexo seguro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situaciones de dependencia económica, como tener que vivir con la familia, relaciones con hombres mayores y/o prostitución.</li> <li>• Desempleo, uso de drogas o violencia.</li> <li>• Sentido empobrecido de control personal sobre su propia vida.</li> </ul>

Figura 3.2. Barreras para hombres gay latinos (Díaz y Ayala, 2001; en Frasca, 2002, p. 150).

Esto quiere decir que los hombres homosexuales se encuentran en riesgo por expresar ese deseo sexual «incontrolable» característico de la masculinidad tradicional, pero dado a que sus encuentros eróticos deben ser casi siempre clandestinos o en espacios públicos, tienden

a una menor probabilidad de usar condón y a vivir estos encuentros en silencio (y si no se habla no se puede negociar); por otro lado, continúan reduciendo el ejercicio de su sexualidad a la penetración (oral o anal). Todos estos aspectos se suman a la homofobia, que les impide expresar libremente su orientación sexual y tiene graves implicaciones emocionales, así como una importante relación con el consumo de drogas y alcohol para justificar o desinhibir el acercamiento sexual. Además cuando la pobreza se suma a todos estos factores pueden acumularse las vulnerabilidades y sumarse las relacionadas a la migración, reclusión o sexo-servicio.

Por lo tanto en el contexto cultural latinoamericano y particularmente de México, es trascendental investigar, discutir y plantear estrategias para abordar esta situación (Kendall y Pérez, 2004). Es necesario generar alternativas en las políticas públicas para que estas sean sensibles a esta problemática y disminuya la vulnerabilidad, es decir, se planteen mecanismos de cambio para que estos roles de género dejen de poner en riesgo a hombres y mujeres, sobre todo en contextos de alta marginación social, que no constituyen actores políticos visibles. Sin embargo las condiciones de sobrevivencia a las que están expuestos los llevan a vivir situaciones de mayor peligro que los vulneran para adquirir VIH.

#### 3.4. VULNERABILIDAD DE GÉNERO EN MUJERES TRANSEXUALES Y TRANSGÉNERO.

“...el sida se ha convertido en algo más que un grupo de enfermedades; se ha convertido en una poderosa metáfora de nuestras culturas sexuales” (Weeks, 2005, p. 165).

En México, la cultura machista, que define los criterios de la masculinidad tradicional, tiende a minimizar a las mujeres mediante burlas e insultos, y en consecuencia se llega a la ridiculización de las mujeres transgénero, las cuales tienen que enfrentar además de la homofobia, el peso de la misoginia (Franco, 2005; en Davenport, 2009). Sin embargo, no es posible vivir sin identidades, pero tampoco asumir por completo las que la sociedad impone, por lo tanto en esta construcción de las identidades trans es posible observar la lucha entre la imposición y la decisión (Weeks, 2005).



Se ha descrito al género anteriormente como una construcción social a partir de la cual las personas se identifican en un grupo de pertenencia, hombres y mujeres se desarrollan en una estructura que dicta los mandatos, jerarquías, espacios y estéticas que deberán perseguir a lo largo de su vida. En el caso de las mujeres transgénero y transexuales, se cuestionan estas normas al trasgredir la «supuesta naturalidad» entre el sexo biológico y el género al construir su identidad, una identidad femenina a partir de un cuerpo con sexo masculino (Estrada y García, 2010). Por esta razón resulta trascendente incluir en el análisis desde la perspectiva de género a las mujeres trans como parte de la feminidad, dónde ésta «respete las construcciones alternativas de género». En este sentido, las intervenciones para prevenir la transmisión y atención del VIH/sida deben necesariamente tomar en cuenta una visión más amplia de la identidad de género que no se centre solamente en los genitales y la concepción biomédica del sexo (Torres, 2010; Davenport, 2009).

Las mujeres trans (transgénero, transexuales o incluso travestis) presentan la misma vulnerabilidad social que las mujeres biológicas debido a que se viven como mujeres en el entorno social (aunque sin el reconocimiento oficial de su identidad en la mayoría de los casos); sin embargo también viven los riesgos de ser receptoras en el acto sexual anal (como los hombres homosexuales), viven muchas formas de violencia que van desde el rechazo familiar y laboral, discriminación, estigmatización, carencia de servicios adecuados de salud sensibles a sus necesidades, así como violencia específicamente por parte de la policía (Infante, et al., 2009; en Torres, 2010; Davenport, 2009). Estos factores las colocan en una situación de alta vulnerabilidad para adquirir la infección por VIH. (Figura 3.3).

Es posible observar como la seroprevalencia es mucho más alta en mujeres transgénero y transexuales que en hombres y mujeres biológicas. De acuerdo a estos autores el grupo de mujeres biológicas con mayor incidencia es el de las mujeres trabajadoras sexuales que son usuarias de drogas inyectables (14% de ellas viven con VIH), mientras que los hombres con mayor vulnerabilidad son los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (16.9%), porcentajes mucho menores a los de las mujeres trans, en las que las cifras llegan al 25.6% y hasta el 34% en otros países latinos como Argentina y Perú (MPS-UNFPA, 2011).

Las razones por las que las mujeres trans se infectan más con VIH se relacionan con esta doble vulnerabilidad de género, factores económicos y sociales, pero sobre todo con la discriminación y estigmatización vinculada a su identidad sexo-genérica.

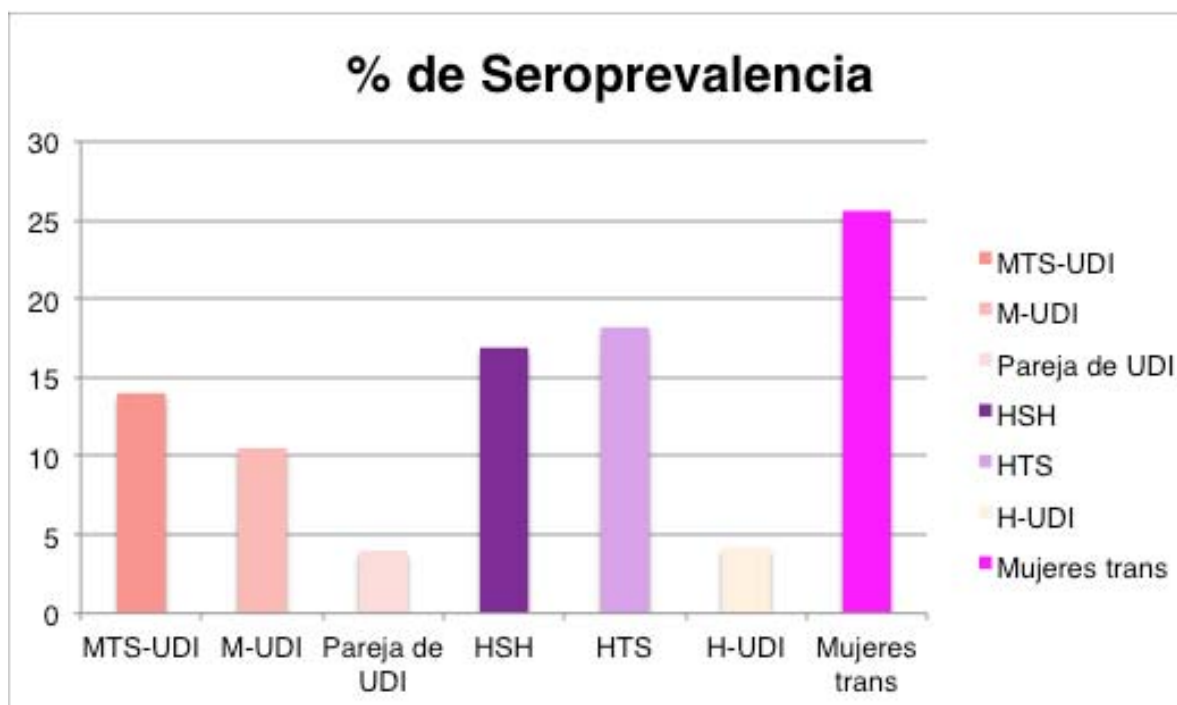


Figura 3.3. Porcentajes de seroprevalencia por categorías. (Pérez, Taracena, et al., 2004; Bautista-Arredondo, et al., 2012, Gutiérrez, et al., 2012 en CENSIDA, 2012).

Estas formas de violencia fueron experimentadas por ellas desde temprana edad, por lo que la mayoría fue expulsada o tuvo que desertar de la escuela, en consecuencia muy pocas mujeres trans pudieron concluir la secundaria. Este factor, aunado a la discriminación por su apariencia física reduce radicalmente las oportunidades de empleo (Nanda, 2000; en Estrada y García, 2010).

Tales niveles de exclusión generalmente las conducen al trabajo sexual (se estima que la mayor parte del trabajo sexual «masculino» es llevado a cabo por ellas), o a la estética; sin embargo, las políticas públicas y los estudios que aborden los aspectos que afectan a esta comunidad en México son escasos o limitados; se las incluye o agrupa en investigaciones sobre vulnerabilidades de hombres gays, HSH o trabajadoras sexuales (Davenport, 2009; Torres, 2010). Aunque es importante mencionar que aunque las mujeres trans viven algunas de las situaciones de riesgo presentes en estos grupos, su vulnerabilidad es específica debido a una combinación particular de factores, por lo tanto tienen una probabilidad mucho mayor de infectarse con VIH (Estrada y García, 2010).

Estrada (2009), menciona que las mujeres trans viven la vulnerabilidad de género para ad-

quirir VIH de los hombres (dado que en algún tiempo fueron socializadas como hombres) y de las mujeres debido a que han incorporado las características femeninas que establecen un menor control sobre su propia sexualidad, se exponen más a recibir violencia, y con ello, una mayor exposición a infecciones de transmisión sexual (En Estrada y García, 2010). Además de características muy particulares como el estigma y la discriminación o el hecho de que emplean agujas para su proceso de feminización (Davenport, 2009; Chapa, 2014).

Estrada y García (2010), realizaron un estudio exploratorio cuantitativo mediante entrevistas a profundidad y etnografía con 18 mujeres transgénero (travestis y transexuales), en la ciudad de Bogotá. De las 18 participantes, siete se encontraban en situación de prostitución, siete trabajaban en peluquerías y cuatro se desempeñaban en sectores profesionales (publicidad, sistemas y academia). En esta investigación se analizaron e interpretaron las siguientes dimensiones:

1. Amor, erotismo y relaciones sexuales: En esta área se observó al amor idealizado, como meta de la felicidad, se asocia con la sinceridad y las dimensiones estéticas. Para realizarse en el amor necesitan tener un «marido», que sea un verdadero hombre heterosexual; sin embargo, este ideal contrasta con su vivencia en las relaciones de pareja, donde tienden a «aguantarse todo» (infidelidades, agresiones físicas, explotación económica), se sacrifican por sus parejas, muestran falta de autonomía, pasividad en nombre de un «entrega absoluta». Esta contradicción entre lo que desean y lo que viven las lleva a ser muy pesimistas en cuanto a las relaciones y a percibirse destinadas a vivir relaciones poco saludables.

2. Identidades de género y sexualidad: Las participantes expresaron vivir su identidad como un «hecho desgarrador y excluyente», que las condujo a una vida azarosa, nómada, estigmatizada y llena de violencia (en la familia, escuela, trabajo e instituciones). Vivir una identidad trans las llevó a ser sobreexplotadas para pagar por su apariencia (tratamientos hormonales, quirúrgicos, vestimenta, cremas y maquillajes), pero dado que su sobrevivencia depende de la seducción, se ven forzadas a hacerlo.

3. Comportamientos sexuales y deseos: Expresaron siempre asumir el papel pasivo con sus parejas estables, lo cual las hacía sentirse «una verdadera mujer», sin embargo, con los clientes podían cambiar de rol sexual si se les pedía hacerlo, aunque con dificultad porque el uso de hormonas dificulta la erección.

4. Autocuidado, percepción de riesgo al VIH y proyecto de vida: Las participantes del estudio

mostraron pautas de cuidado constante con los clientes, aunque son sus parejas estables estas medidas tendían a relajarse. Esto concuerda con el rol de género que asumen con ellos, dado que tienden a ser más sumisas y en consecuencia a vivir las vulnerabilidades de otras mujeres biológicas. Sobre su proyecto de vida expresaron poca esperanza para tener una pareja que las acompañara el resto de su vida, sin embargo esta percepción podía observarse más esperanzada en quienes esperaban realizarse la cirugía de cambio de sexo, con lo que se convertirían en «mujeres normales».

Por lo tanto muchos aspectos de vida en las mujeres trans son muy similares a los de otras mujeres, pero dado que tienen menos oportunidades laborales y educativas, sus vulnerabilidades tienden a acumularse. Sin embargo:

“son conscientes que como travestis, son cuerpos femeninos con falo y eso les implica algunos privilegios, mínimos y marginales, pero privilegios y pueden ofrecer a sus hombres cosas que las mujeres no podrían. Se trata de una dramatización permanente, dentro de la cual las protagonistas tienen la certeza cotidiana de interpretar mal el papel, a pesar de lo cual, reiterativamente, perseverantemente, militantemente responden subiéndose en el lomo del cuchillo de sus convicciones y valores y se ven concitadas a afirmarse en su opción escenográfica vital” (Estrada y García, 2010, p. 98-99).

En este sentido es posible observar el concepto de performatividad de Judith Butler, las mujeres trans tratan de constituir su propia representación del género de forma repetitiva, pero a diferencia de los papeles heteronormados tradicionales, la estigmatización, homofobia y sexismo las hacen sentirse «interpretando mal el papel», y sin embargo con la convicción de no dejarse llevar por las imposiciones sociales, a pesar de sufrir las consecuencias de la exclusión y rechazo.

Cabe resaltar que este rechazo también es particular, difiere del que se ejerce sobre hombres homosexuales y bisexuales:

“...las personas travestis reciben un rechazo particular porque transgreden los cánones de género socialmente establecidos; especialmente porque «juegan» con la ambigüedad y no renuncian a su genitalidad masculina, a pesar de su identidad femenina” (Lafaurie, et al. 2012, p. 46).

Por lo tanto, la transfobia que se desencadena hacia ellas impacta contundentemente su

vida emocional, autoestima y autocuidado (Lafaurie, 2012). Estos aspectos definen elementos importantes para el desarrollo de estrategias de prevención, control y atención de la epidemia que puedan disminuir significativamente la incidencia de virus y las muertes que ocasiona.

Particularmente en el caso de las mujeres trans es importante estudiar la interacción entre los cambios que realizan en sus cuerpos a partir de métodos hormonales, quirúrgicos o caseros y el VIH/sida en conjunto con el tratamiento antirretroviral, debido a que sus metabolismos han sido alterados y en consecuencia funcionan diferente tanto a nivel físico como psicológico (Davenport, 2009).

Es posible observar que sus experiencias son muy diferentes a las de los hombres que tienen sexo con hombres a nivel físico, psicológico y social, sin embargo el hecho de que las incluyan en el mismo grupo que a ellos a causado que se alejen de las instituciones de salud, por sentir la atención estigmatizada o incluso ofensiva a su identidad de género, además de una evidente falta de preparación para dar respuesta a sus necesidades específicas, esto debido principalmente a que la cultura hegemónica es excluyente, desinforma y genera prejuicios hacia ellas. Por esta razón, gran parte de su discurso político tiene que ver con la exigencia a las instituciones y a la sociedad para no ser tratadas como hombres, para que se realice investigación y se impulsen acciones que disminuyan sus vulnerabilidades acumuladas para infectarse con VIH (Walsh, et al., 1989; Davenport, 2004; en Davenport, 2009; Estarda y García, 2010; Torres, 2010).

“Muchas veces, las personas trans proponen otras identidades de género, que van más allá del nombrarse o reconocerse como hombres y como mujeres. Reconocerse como trans, travesti, transgenerista, transexual o como parte de un «tercer género», significa apartarse del binarismo sexual que solo permite la existencia de hombres masculinos y mujeres femeninas; es cuestionar el sistema sexo-género que se impone en los cuerpos, las sexualidades, los espacios, los roles, las jerarquías y las instituciones. Desde esta perspectiva, las experiencias trans son políticas y desestabilizadoras, por lo que sobre ellas recaen múltiples estigmas, violencias y discriminaciones. Aquello que cuestiona al orden establecido es —a su vez—, cuestionado por el orden establecido” (MPS-UNFPA, 2011, p. 57).

En este ciclo de cuestionamientos es posible observar las medidas que toma el sistema de sexo-género para impedir que se den cambios en las jerarquías y los roles. La estructura bus-

ca la estabilidad de los papeles tradicionales, con ello mantiene en la exclusión a toda persona que cuestione sus mandatos. Sin embargo el hecho de que persista esta resistencia por parte de las mujeres trans habla de una capacidad de agencia, la cual necesita escucharse y fomentarse mediante políticas públicas que las tomen en cuenta.

Por lo tanto debe impulsarse una legislación y cambios institucionales que respeten los derechos humanos de las personas trans y las protejas del estigma y la discriminación, con la finalidad de disminuir la vulnerabilidad y que puedan proporcionar tratamientos adecuados a su condición (OMS, 2012).

Además algunas investigaciones han mencionado que el señalamiento tiene consecuencias a nivel emocional y psicosocial en estas mujeres, provoca baja autoestima, ansiedad, estrés crónico y puede llevarlas a abusar de las drogas, el tabaco y el alcohol, lo cual a su vez eleva su riesgo de contagio en relación a la baja de conciencia que produce (Infante, et al., 2009 en Davenport, 2009). También se encontró que el peligro de adquirir la infección por VIH se relaciona directamente con el asilamiento social, un estudio realizado por la Universidad de Minnesota reportó que el 66% de las mujeres trans que participaron en su investigación habían vivido discriminación por su identidad de género, el 61% había experimentado depresiones profundas, mientras que el 52% había tenido intenciones de suicidarse en los últimos tres años, además de que el sexo era una conducta difícil de controlar para el 24% y el 34% de los casos se empleaba para evadir la depresión o como estrategia de afrontamiento para otros problemas (Bockting, et al., 2005; en Davenport, 2009; OMS, 2012).

En relación al trabajo sexual que la mayoría de las mujeres transgénero y transexuales necesita hacer, es importante mencionar que produce conflictos emocionales e incluso de identidad, debido a que algunos clientes les solicitan ser penetrados, con lo que se ven obligadas a cambiar su rol sexual. Cabe mencionar que para muchos hombres, tener un encuentro con una mujer trans lejos de ser una relación homosexual, es la oportunidad de vivir una opción erótica innovadora o incluso una fantasía, sobre todo por la exhibición de atributos femeninos exagerados, como vestimenta asociada a un gran valor erótico que permite observar senos, piernas y glúteos muy desarrollados (Davenport, 2009).

Es significativo resaltar que pese a que existen muy poco estudios sobre la interacción entre el tratamiento antirretroviral y el uso de hormonas empleadas por muchas mujeres trans, se ha puesto en evidencia que algunos medicamentos efectivamente disminuyen su eficacia

e incluso se aumenta la resistencia, cuando son combinados con anticonceptivos orales, este es el caso del amprenavir y foramprenavir. También es necesario realizar investigaciones que arrojen más datos sobre la administración de píldoras con hormonas como progesterona y estradiol y sus efectos en el hígado o riñones de mujeres transexuales. Además que estas hormonas tienen efectos en la construcción de cuerpos grasosos en los senos, caderas y piernas (elementales para la figura estereotipada femenina), por lo tanto tendría que discutirse si tiene efectos en la lipodistrofia que provoca algunos medicamentos antirretrovirales (Grimaldi, 2008; en Davenport, 2009).

Por otro lado, es importante subrayar que:

“Cualquier política sobre derechos, género y sexualidad que no integre los asuntos de homosexualidad y transgenericidad tiene severas deficiencias en su construcción y marco teórico. No debería haber un argumento razonable para reducir las relaciones sexuales sólo a hombres y mujeres, y la sexualidad únicamente a la heterosexualidad” (Samelius y Wagberg, 2005, p. 51 en Esplen, 2007, p. 15).

De este modo la perspectiva de género debe tomar en cuenta estas identidades y alejarse del discurso excluyente que afirma que sólo son «orientaciones sexuales» o parte de la «diversidad sexual» y no corresponde al género estudiarlas, debido a que además de formar parte de la disidencia sexual, constituyen identidades de género que salen de la heteronormatividad, y siguen experimentando el peso de los mandatos de género dado que aunque sean excluidas y se minimice su participación política, aún forman parte de la sociedad.

En este sentido, es necesario mencionar que además de las mujeres trans, se requiere estudiar a otras identidades de las que se desconoce o se sabe poco de su riesgo para adquirir el virus. Como es el caso de personas intersexuales, hombres trans y mujeres lesbianas. Se sabe que pese a que las últimas tienen un muy bajo riesgo de infectarse con VIH por las características de sus encuentros sexuales, viven vulnerabilidad al virus porque sufren violaciones por hombres que buscan «corregir su orientación sexual», es decir, que las violentan para volverlas heterosexuales, dado que no pueden comprender que exista una identidad sexual que los excluya (Jaime, 2013).

Por otro lado también se hace un llamado de atención para que en las instituciones de salud se tome en cuenta la orientación sexual y la identidad de género de las personas, es decir,

que no se asuma siempre la «heterosexualidad». Además de que se considere a todas estas identidades como actores políticos, reciban una atención médica de acuerdo a sus necesidades específicas, puedan participar en las discusiones y la toma de decisiones sobre VIH/sida (Jaime, 2013).

“El sida nos recuerda la complejidad de las identidades contemporáneas. En los años sesenta y setenta, las nuevas identidades y comunidades sexuales, especialmente lesbianas y de hombres gay, mostraron la existencia de una reorientación fundamental de las normas de ser sexual. La vinculación de estas identidades con la amenaza de enfermedad y muerte sólo profundizó la sensación de incertidumbre sexual que ya se expresaba en el resurgimiento de absolutismos morales y de contraataques culturales. La incertidumbre sobre qué y quiénes somos fomenta grandes temores y angustias”.(Weeks, 2005, p. 227).

Por lo tanto diseñar intervenciones sensibles a las identidades desde la perspectiva de género podría disminuir la estigmatización y esa «angustia» que provoca lo diferente en muchas personas. Finalmente estas identidades cuestionan los mandatos hegemónicos del género de forma distinta al feminismo, pero también a partir de una necesidad histórica de cambio en la estructura que las vulnera.

A través de este capítulo se ha observado la necesidad de integrar la perspectiva de género en los sistemas de salud, dado que los mandatos tradicionales de género fundamentan gran parte de la vulnerabilidad de las personas para adquirir el VIH/sida, por esta razón, a continuación se describen algunos elementos fundamentales necesarios para una intervención desde el análisis de género en las instituciones de salud pública.

### 3.5. ELEMENTOS PARA UNA INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA.

En primer lugar es necesario que el personal de salud tome conciencia de la jerarquía que establece en su atención. Se ha observado que se atiende primero a los varones que a las mujeres, o que se atiende a la mujer en relación a la maternidad, sin embargo la prioridad siempre es el infante (Kendall y Pérez, 2004).



Esta atención estereotipada se vuelve más peligrosa cuando es interiorizada por las mujeres y éstas, en consecuencia se atienden hasta el último momento, debido a que ponen en primer lugar el cuidado de su familia.

“Los estereotipos culturales acerca de las mujeres también influyen en una pobre calidad de la atención. Por ejemplo, una mujer que experimentaba cambios menstruales y padecía mayores dolores menstruales luego de haber iniciado su tratamiento antirretroviral, al describir sus síntomas a su médico varón, él contestó: «Ese es el dolor de toda la vida, y le da a todas las mujeres». Este tipo de comentarios pone de relieve la misoginia alrededor de algunos aspectos de la cultura mexicana que permean la provisión de servicios, más allá de la preparación académica de los profesionales de la salud...” (Kendall y Pérez, 2004, p. 81).

Es evidente la necesidad de incorporar la perspectiva de género al los servicios de salud, algunas usuarias han manifestado que sus derechos son violados constante y hasta sistemáticamente en algunos casos. Por lo tanto muchos problemas se evitarían al fomentar cambios en la percepción del personal de salud en relación a las personas que viven con VIH (Espinoza y Paz, 2000; en Pérez, et al., 2004).

“...los prestadores de servicios ven a las usuarias como seres carentes de derechos, lo que genera malos tratos y falta de calidad y calidez. No obstante, si hubiera una intervención con los prestadores de servicios... [sería] posible esperar un cambio de actitud que beneficie tanto a los prestadores de servicios como a las usuarias” (Pérez, Taracena, Magis, Gayet y Kendall, 2004, p. 54).

Un estudio realizado por Pérez, et al., (2004), reveló que muchas mujeres con VIH son discriminadas en los servicios de salud, dónde se las deja hasta el final de la consulta, les niegan el servicio a la consulta ginecológica (pese a que es fundamental para un tratamiento adecuado de su condición), omiten o ignoran información importante para ellas (como respecto a los lineamientos sobre la lactancia, vulneran sus derechos sexuales y reproductivos (son juzgadas como irresponsables o inconscientes cuando deciden ser madres, pero también lo son si deciden interrumpir su embarazo). Además tienen que enfrentar los trámites burocráticos, la baja calidad de los servicios, carencia de atención psicológica o apoyo emocional y una prácticamente nula atención a sus necesidades.

Con respecto a las negligencias relacionadas a los derechos sexuales y reproductivos de

mujeres seropositivas, un estudio realizado con personal de salud en México reveló que el 14% de ellos no sabía que el VIH podía transmitirse a través de la leche materna, mientras que el 59% indicó que debía prohibirse la maternidad a las mujeres VIH positivas. Por lo tanto la desinformación sobre medidas de atención para estas mujeres prevalece y el prejuicio es una constante (Infante, et al., 2006). Algunas situaciones de este tipo fueron documentadas entre 2005 y 2007, dónde se dieron casos de ligadura de trompas de Falopio sin consentimiento previo, discriminación para recibir atención ginecológica, evidenciando su diagnóstico, o abuso verbal al solicitar la realización de una prueba de embarazo (Kendall, 2009).

Estas violaciones parten de la concepción estereotipada de las mujeres positivas al VIH como «carentes de sentido» o «transmisoras del virus», por lo tanto se piensa que no pueden pensar en ser madres, dado que su cuerpo ya no sirve para esta función y no tiene sentido porque «van a morir pronto», como fue señalado por otras investigaciones (Grimberg, 2000). Entonces el personal de salud violenta institucionalmente reafirmando esas creencias erróneas, poco informadas y llenas de discriminación.

Pareciera que las mujeres se encuentran entre la figura autoritaria y masculina que representa su pareja, y por otro lado la del médico; ante ambos su toma de decisiones se encuentra reducida e influida por las relaciones de poder. Por lo tanto en la cultura mexicana la construcción de lo femenino, carece casi totalmente de autonomía (Brenes, et al., 1998; en Pérez, et al., 2004).

Cabe mencionar que si bien las mujeres son más maltratadas que los hombres en los servicios de salud pública, ellos también son discriminados: reciben violencia por parte de las estructuras burocráticas e institucionales.

“Así, la calidad y la calidez, dependen no sólo de arbitrajes médicos, cursillos y «modelos», sino de la sensibilización, de la autoestima del proveedor de servicios y de un cambio de la cultura institucional que exige un esfuerzo en todos los niveles. Por otra parte, el conocimiento del usuario sobre sus derechos sexuales y reproductivos y su propia autoestima también resultan clave, pues mientras no se exijan, difícilmente se quitarán de encima el poder institucional que se les impone” (Espinosa y Paz, 2000; en Pérez, et al., 2004, p. 97).

Se ha evidenciado entonces, la necesidad de sensibilizar al personal de salud y promover la empatía hacia los usuarios, aportar información pertinente que complemente y aumente la

veracidad sobre aspectos elementales como la adherencia al tratamiento, o en la prescripción de medicamentos y procedimientos adecuados para las personas que viven con VIH/sida (Chapa, 2014).

Particularmente en el caso de mujeres, es importante asegurar su acceso a los servicios de salud, ya sea para la detección o tratamiento del VIH. Una investigación desarrollada por Volkow y Baladrán (2010), reveló que las condiciones sociales en las que viven muchas mujeres (como la pobreza, violencia social, familiar o extrema dependencia a la pareja), dificultan considerablemente su posibilidad de ser atendidas en una institución de salud, sobre todo si no cuentan con servicio de seguridad social; en consecuencia sólo una porción de las mujeres que viven con VIH se sabe infectada o se percibe en riesgo (Amuchástegui, 2013).

En el caso de las mujeres transexuales y transgénero es muy importante evitar los comentarios despectivos o los juicios, las intervenciones deben ser laicas, libres de burlas y opiniones personales sobre su apariencia y actividad laboral; la trascendencia de estos cuidados radica en que el estrés crónico del rechazo y el estigma hace a estas mujeres muy susceptibles a este tipo de actitudes y las puede llevar a evitar buscar la atención médica, además de que una atención libre de discriminación es parte de sus derechos humanos. Cabe mencionar que la atención también debe ser informada y con el conocimiento suficiente para tomar las decisiones adecuadas sobre la interacción del tratamiento antirretroviral y la administración de hormonas con fines cosméticos; estos tratamiento tienden a tener la misma relevancia para las mujeres trans, ya que por un lado, el tratamiento para el VIH protege su salud, mientras que las hormonas les permiten seguir viviendo su identidad femenina, es decir que también les permiten vivir su vida con calidad (Davenport, 2009).

La estigmatización que se percibe en las instituciones de salud pública es tan alta que algunas encuestas indican que la mayoría de personas que viven alguna forma de disidencia sexual prefiere ocultar su orientación sexual, mientras que el 44% prefirió atenderse en instituciones privadas. Lo cual reafirma la importancia de sensibilizar al personal de salud para hacer frente a la homofobia, requisito para avanzar en la respuesta al VIH/sida. (Estrada, Magis y Bravo, 2009).

Por lo tanto, es necesario capacitar al personal de salud, sensibilizándolo sobre la situación de las personas, transgénero o transexuales, de modo que cuando alguna de ellas acuda en búsqueda de sus servicios, si ésta se presenta con una historia de vida de mujer, sea atendida

como tal, en consecuencia deberán ser atendidas por el personal adecuado y dirigiéndose a ellas por el nombre con el que se identifican y por el pronombre adecuado a éste, no por su nombre oficial ni por su anatomía (Davenport, 2009).

De este modo es evidente que el personal de salud reproduce creencias sociales estigmatizadoras y cargadas de violencia para las personas que viven con VIH, que pueden poner en peligro su salud, dado que las exponen a prácticas negligentes, a la exclusión, al autoestigma y a la evitación de los servicios en consecuencia a tantas malas experiencias.

Entonces, las instituciones de salud tendrían que considerar algunos objetivos importantes para realizar sus intervenciones libres de estas prácticas estigmatizadoras, cabe mencionar que las condiciones específicas que se viven en México en el contexto de VIH/sida, permiten generar propuestas a partir de marco normativo existente, debido a que existen leyes, políticas y procedimientos que protegen los derechos de las personas que viven con el virus, sin embargo, es necesario que éstos sean implementados o se lleven a cabo con calidad y respetando los derechos humanos. Por esta razón resulta elemental partir de ciertos postulados que favorezcan cambios sobre el estigma, y en consecuencia, se promueva el respeto y la igualdad en otros espacios sociales.

Los objetivos sugeridos son:

- Sensibilizar al personal de las instituciones de salud sobre la construcción de la identidad de género, las diferencias entre los roles asignados a hombres y mujeres, así como sus distintas valoraciones que en ocasiones fomentan la desigualdad en la toma de decisiones, sobre todo en la sexualidad, y con respecto a la sobrevalorización de la maternidad y del matrimonio en las mujeres, como lo único que legitima su sexualidad (Pérez, et al., 2004).
- Favorecer la equidad de género en todos los ámbitos a través de intervenciones a corto y mediano plazo (Kendall y Pérez, 2004).
- Identificar y proporcionar apoyo a mujeres vulnerables a la infección por VIH (Kendall y Pérez, 2004).
- Mejorar los servicios de diagnóstico y atención de otras infecciones de transmisión sexual, sobre todo en mujeres, dado que éstas en ocasiones son un indicador del virus, por lo tanto durante el tratamiento de las ITS debe proponerse la realización de la prueba para descartar VIH, brindar información, consejería sobre sexo protegido y por lo

tanto se proporcionen condones masculinos y femeninos para evitar prácticas de riesgo y diagnósticos tardíos (Sangani y Wilkinson, 2004; en Kendall, 2009).

- Crear herramientas que les permitan a las mujeres sistematizar y monitorear su proceso de atención y la agenda del mismo (Pérez, et al., 2004).
- Fomentar el consentimiento informado, la discusión y toma de decisiones informada en el proceso de salud (Pérez, et al., 2004).
- Promover un acercamiento de las mujeres que viven con VIH a estrategias que fomenten su empoderamiento y sus habilidades para ser proactivas en el proceso de atención de su salud. En consecuencia, aumentarían su autoestima y asertividad, tendrían más conciencia de sus derechos, podrían poner a su favor las interacciones con el personal de salud y generar alianzas dentro de las instituciones, en asociaciones civiles o incluso en su comunidad que les permitan frenar la discriminación (Pérez, et al., 2004).
- Diseñar un paquete básico de atención materno-infantil que incluya información, consejería, control prenatal (incorporando pruebas voluntarias y diagnóstico de sífilis) y comunicar sobre opciones reproductivas para mujeres y sus parejas. Todas estas acciones además de las pautas de atención que ya se encuentran en los protocolos mexicanos, como la terapia antirretroviral, triple terapia, cesárea y sustitución de la leche materna durante la lactancia (CENSIDA, 2007; en Kendall, 2009).
- Que las mujeres puedan apropiarse de su cuerpo y sus deseos, de forma que puedan promoverse conductas preventivas y relaciones recíprocas entre hombres y mujeres (Herrera y Campero, 2002).
- Desarrollar métodos de prevención que puedan ser controlados por las mujeres o que no dependan totalmente de la voluntad de sus parejas.
- Promover acciones que permitan estimular a hombres y mujeres a cuestionar el «deber ser» del género y a los estereotipos que cada uno asume, impulsando una reflexión que les permita reconocer que estos roles pueden llegar a ser opresivos y a provocar consecuencias negativas, como la transmisión del VIH/sida (Pérez, et al., 2004).
- Mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva para las personas que viven con el virus, particularmente se requiere proporcionar condones femeninos a las mujeres y no asumir que ya no tienen vida sexual. Se necesita otorgar consejería en planificación

familiar libre de discriminación (Kendall y Pérez, 2004).

- Incrementar el acceso a las mujeres al servicio de pruebas, mediante campañas comunitarias (en centros comerciales, lugares de trabajo y clínicas móviles) y acercándose a las mujeres que viven mayores contextos de vulnerabilidad (incluirla en los servicios de atención a ITS, ginecológicos y pediátricos) (Torres, 2010).
- Intensificar estrategias preventivas dirigidas a hombres heterosexuales, HSH y HSHM. (Hirsch, et al., 2007; en Amuchástegui, 2013). Incrementar su conciencia de riesgo para VIH; así como su participación en la atención a su salud sexual y reproductiva (Pérez, et al., 2004).
- Seleccionar a personal con mayor interés y disposición, estimularlos profesionalmente y capacitarlos para que sean capaces de dar consejería pre y post prueba y que cuenten con información clara y veraz (Pérez, et al., 2004).
- Construir como acciones afirmativas correctoras, iniciativas que promuevan guarderías e incentivos económicos para que las mujeres que viven con VIH logren acceder a los papeles de liderazgo y ser participes en la toma de decisiones y políticas públicas sobre VIH/sida (Kendall y Pérez, 2004).
- Capacitar al personal sobre diversidades de género, experiencias sociales y subjetivas de las mujeres trans, así como sus procesos de construcción de cuerpo e identidad; derechos humanos, estigma y discriminación en el contexto de las personas transgénero y transexuales (MPS-UNFPA, 2011).
- Proveer servicios de salud adecuados y sobre todo amigables para los y las jóvenes, (especialmente sobre salud sexual y reproductiva) (Torres, 2010).

La finalidad de incorporar estas propuestas al sistema de salud radica en que permiten visibilizar a los grupos más vulnerados por el sistema de sexo-género, les permite expresarse desde su propia voz, salir del ámbito privado y convertirse en actores políticos (Herrera y Campero, 2002). Fomentan el empoderamiento a partir de que se enfocan en la transmisión de información adecuada, promueven habilidades, permiten el acceso a prevención, servicios y capital social; impulsan la participación en la toma de decisiones y que se pueda llegar a recursos económicos, ya sea en forma de apoyos gubernamentales o promoviendo la inclusión en medios laborales. Los cuales representan los componentes fundamentales del empoderamiento en personas con VIH/sida de acuerdo a Gupta (2000; en Herrera y Campero, 2002).

Entonces el papel de las instituciones de salud es fomentar estas acciones, aunque es importante resaltar que el empoderamiento no es algo que pueda «darse» a las personas, es un aspecto que se trabaja, por lo tanto es necesario disponer las condiciones para que éste pueda desarrollarse. En ese sentido, el hecho de que se incorporen los objetivos mencionados anteriormente pone estas condiciones, sin embargo, los cambios más profundos podrían provenir de que las instituciones dejen de reproducir y reafirmar el estigma, permitiendo en consecuencia, transformaciones en todos los entornos sociales.

Cabe mencionar que empoderar a los grupos vulnerados no implica necesariamente quitar el poder a los hombres, sino se trata de eliminar la falsa idea de poder que termina generalmente por constituir riesgos para ambos lados (Gupta, 2000; en Herrera y Campero, 2002).

Entonces la educación y sobre todo la que tiene que ver con aspectos psicológicos, debe llegar a los hombres partiendo del análisis de que la estructura también limita su autonomía y en consecuencia dirige sus acciones hacia conductas de riesgo (Irwin, Millen y Fallows, 2004).

Por lo tanto las campañas deben estar diseñadas para confrontar la inequidad de género en vez de ignorarla, de esta forma, incrementar el empoderamiento de las mujeres, elevar su autoestima y otorgarles herramientas para mejorar la negociación sexual reforzarían un cambio que disminuya significativamente la vulnerabilidad para infectarse con el virus. Pero también responsabilizando a hombres heterosexuales sobre la necesidad de cambiar algunas prácticas sexuales riesgosas (Hunter, 1992; en Pérez, et al., 2004) y no sólo enfocando las campañas a hombres gays.

Así, un reto importante para la epidemia de VIH en nuestro país radica en la vinculación social de los hombres HSH y HSHM no identificados como gays o bisexuales, que han demandado espacios de autoapoyo heterosexuales para intercambiar experiencias, desarrollar amistades y adquirir más información (Herrera, et al., 2009).

“En México los esfuerzos para reducir la vulnerabilidad se encuentran mucho más dirigidos a la población de hombres gay que a las mujeres... Las intervenciones hacia las mujeres se enfocan en las trabajadoras sexuales, usuarias de drogas intravenosas o VIH positivas, pero no las atienden por el hecho de ser mujeres y la vulnerabilidad que esto conlleva por cuestiones de género” (Allen y Torres, 2008; en Torres, 2010, p. 70).

En este sentido se reafirma la concepción de que las mujeres son «transmisoras» de virus y pertenecientes a grupos extremadamente estigmatizados, pese a que se observado en diversas investigaciones que las mujeres que viven con VIH no pertenecen a estos grupos y se promueve la atención de hombres, por lo tanto se evidencia el orden jerárquico en la atención de la salud. Este aspecto es trascendental debido a que las campañas se enfocan en hombres gays solamente y no toman en cuenta que los contextos de infección son muy diferentes para las mujeres.

Estas amplias disimilitudes entre las mujeres y los hombres gays son muy evidentes Hunter (1992, en Pérez, et al., 2004) señala algunas de las razones en las que radican estas diferencias:

- 1) En las parejas de hombres homosexuales ambos tienen el mismo poder para negociar cambios de comportamiento en el otro. Mientras que las mujeres socialmente se encuentran en desventaja para hacerlo.
- 2) En una relación heterosexual, las mujeres tienen más probabilidad de infectarse por muchos factores, además de que los hombres heterosexuales se niegan más a usar preservativo.

Por lo tanto las campañas necesitan diseñarse de forma más incluyente, de modo que también sean accesibles para mujeres biológicas y mujeres trans.

Sobre estas últimas es muy importante el estudio de la identidad libre del discurso androcéntrico y heteronormado que naturaliza las identidades binarias de género y oprime y excluye a todas las que trasgredan esta construcción (Estrada y García, 2010).

“Aparecen también... evidencias sobre las fisuras en el sistema de género que presentan a la feminidad y masculinidad como una operación performativa y no substancial, en donde se presentan resistencias, subversiones y transgresiones que, al ser más exploradas, permitirían generar estrategias de prevención más efectivas” (Chapa, 2014, p. 40).

Por esta razón en el desarrollo de estas estrategias sería elemental promover la erradicación de la homofobia que tantas implicaciones tiene en la dinámica de la epidemia, debido a que en ella se fundamentan diversos factores de riesgo, como la clandestinidad de algunas prácticas sexuales, la detección tardía de algunas personas, la baja percepción de riesgo sobre la enfermedad y las deficiencias en muchos servicios de prevención y atención del VIH/sida



(García de León y Ramos, 2011).

Entonces la perspectiva de género en los sistemas de salud, sobre todo en el caso de la epidemia de VIH/sida, tiene importantes posibilidades para generar cambios positivos que puedan incurrir en una mejor atención de las personas que viven con el virus y en la prevención de éste. Sin embargo los principales retos se encuentran en permitir una visión o concepción del género que incluya todas sus formas diversas, incorporando a las que trasgreden las concepciones tradicionales, debido a que en los últimos treinta años se han dado muchos cambios socio-culturales relacionados con la revolución sexual, el feminismo, la globalización, etc., y sobre todo con la aparición del mismo VIH/sida que han llevado a visibilizar y cuestionar los mandatos del género, la sexualidad y la identidad.

Por lo tanto el análisis debe ser dinámico, libre de concepciones morales y estigmatizadoras, necesita promover el empoderamiento y la capacidad de agencia en las personas. El VIH ha demostrado que la exclusión lejos de plantear una solución al problema, conduce a más vulnerabilidades; a que la rigidez de las identidades sexuales y genéricas lleva a la clandestinidad; a que las jerarquías sociales, políticas, económicas y culturales constituyen más riesgos que los comportamientos sexuales individuales; y a que los servicios de salud y las políticas públicas son diseñados por personas, y por lo tanto se encuentran permeados de concepciones de género que delimitan quién puede acceder a ellos, es decir, no se encuentran libres de prácticas de discriminación, sexismo, homofobia y transfobia.

#### 4. PROPUESTA: TALLER VIVENCIAL DE SENSIBILIZACIÓN AL PERSONAL DE SALUD PARA EL TRABAJO CON PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA, DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

En la presente tesina, se propone el desarrollo de un taller vivencial, debido a que es un espacio de participación, en el que se comparten experiencias y se construyen colectivamente reflexiones y alternativas a partir del diálogo (González, 2008). Particularmente se presenta un taller vivencial enfocado en sensibilizar desde la perspectiva de género, de modo que se promueve la expresión de experiencias personales, reconociendo al género y a los valores y creencias consecuentes a esta socialización. Así, el objetivo es fomentar la toma de conciencia de los estereotipos y roles que definen sus vivencias y relaciones, de modo que se puedan replantear valores, actitudes y conductas, y con ello se promueva la equidad (González, 2008).

Este tipo de talleres se llevan a cabo en grupos pequeños (de 8 a 35 personas) para tener tiempo de escuchar a cada participante, además de que se sugiere realizarlos en un espacio de calidez, donde se impulse la libre expresión y el respeto a las ideas; y para conseguir estos objetivos se establecen acuerdos y reglas desde el inicio de las sesiones (Gómez del Campo, Salazar y Rodríguez, 2014; González, 2008).

Para promover este tipo de interacciones es necesario que el facilitador o facilitadora conduzca al grupo con actividades como: la fantasía guiada, técnicas de movimiento, lúdicas, de actuación y expresión creativa (García, 2009). Debido a que estos talleres parten de un enfoque de aprendizaje constructivista, en el que no sólo es importante recibir información, es elemental ver, escuchar, sentir, hacer y construir alternativas (González, 2008).

Los efectos de llevar a cabo un taller con estas características van desde promover un ambiente de confianza y empatía en el grupo, concientizar a las personas de sus propios

sentimientos, pensamientos, comportamientos y actitudes sobre determinado tema; revisar y desarrollar conclusiones a través de una profunda reflexión y promover cambios que lleven a tomar acciones de crecimiento y desarrollo a nivel individual y colectivo (García, 2009).

Para diseñar un taller con tales características fue necesario partir de categorías importantes analizadas en los apartados anteriores de este estudio, elementos que las investigaciones consultadas proponen como temas fundamentales en la constitución de una estrategia que permita una respuesta más equitativa al VIH/sida:

Categoría	Subcategorías	Objetivos	Referencias
Género	Sexo-género, Identidad sexo-genérica, mandatos, discriminación y violencia de género, equidad, feminidades y masculinidades.	Sensibilizar sobre perspectiva de género, informar sobre los roles y estereotipos, concientizar sobre las propias experiencias en relación al género, incluyendo la violencia y discriminación.  Abordar la construcción del género y las identidades sexo-genéricas.	Pérez, et al. (2004). Amuchástegui, (2013). Torres, (2010). Herrera, Kendall y Campero, (2014). Chapa, (2014). Herrera y Campero, (2002). Toro y Vargas, (2008). Lamas, (2005).
Sexualidad	Sexualidad, disidencia sexual, sexualidad femenina y masculina, prácticas, prejuicios sexuales.	Sensibilizar sobre disidencia sexual y las diferentes formas de experimentar la sexualidad a partir del género.	MSSS1, (2012). MPS-UNFPA, (2011). Davenport, (2009). Valdez y Varela, (2011). Moheno, (2011). Herrera, Kendall y Campero, (2014). Pérez, et al. (2004). Chapa, (2014).

Discriminación, estigmatización y prejuicios	Discriminación y disidencia sexual, Vulnerabilidad social, prejuicios, etiquetas, homofobia y transfobia.	Informar sobre las implicaciones de la discriminación y estigmatización, concientizar sobre las diferentes formas de ejercer este tipo de violencia.	Chong, et al. (2012). Frasca, (2002). Estrada y García, (2010). Magis y Hernández, (2009). Cabral, et al. (2009). Jaime, (2013).
VIH/Sida	Transmisión, mitos y realidades, prevención, VIH y estigmatización, riesgo y vulnerabilidad, vulnerabilidad y género, vulnerabilidades acumuladas, información libre de discriminación.	Informar y sensibilizar sobre el VIH y la experiencia de vida con el virus, proporcionar información libre de discriminación para la prevención y atención adecuada, concientizar sobre los diferentes tipos de vulnerabilidad y riesgo y su relación con la estigmatización.	Bustamante, (2011). Chong, (2012). MSSSI, (2012). Magis y Hernández, (2009). Bronfman y Leyva, (2009). Boivin, (2014). Herrera, Kendall y Campero, (2014). Irwin, Millen y Fallows, (2004). García de León y Ramos, (2011). CENSIDA, (2004). Infante, et al. (2006).
Derechos de las personas que viven con VIH/sida	Derechos de las personas que viven con VIH/sida, derechos sexuales y reproductivos	Comunicar al personal de salud las declaraciones de derechos de las personas que viven con VIH/sida, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos, con la finalidad de promover el respeto y la comprensión de su experiencia de vida.	Valdez y Varela, (2011). Cabral, et al. (2009). Moheno, (2011). García de León y Ramos, (2011). Caro, Schuellen, Ramsey y Voet, (2005). Kendall, (2004).

A partir de estas categorías se propone el diseño de un taller vivencial con las siguientes características:

Sesiones	Duración por sesión	Escenario	Participantes	Criterios de inclusión
5	4 horas (con un tiempo de descanso intermedio de aproximadamente 25 minutos).	Un espacio donde puedan distribuirse 20 personas, que cuente con un pizarrón, mesas y sillas suficientes para los participantes.	20	Personas que laboren o estén en contacto con instituciones de salud que atienden a personas que viven con VIH/sida.

Las sesiones fueron distribuidas de la siguiente forma: (Ver contenido completo de las sesiones y materiales en Anexos 1 al 1.5.5).

Sesión	Actividad	Tema	Duración
1	Tres verdades y una mentira	Presentación	15 minutos
1	Se vale, no se vale	Reglas	20 minutos
1	Día de campo	Presentación	15 minutos
1	¿Quién soy? ¿Qué hago?	Género	20 minutos
1	Diferencias ¿de sexo o de género?	Género	25 minutos
	Descanso		25 minutos
1	Identidades de género	Género	45 minutos
1	Las consignas	Género	15 minutos
1	Línea de vida de discriminación de género	Género	20 minutos
1	El rompecabezas	Formación de equipos	15 minutos
1	Dibujando otras formas de vida para convivir con equidad	Género	25 minutos

2	Se solicita...	Género	20 minutos
2	Parejas famosas	Formación de equipos	10 minutos
2	Identidad femenina	Género	30 minutos
2	Temas que preocupan a los hombres	Género	30 minutos
2	Si para mi, no para mi	Sexualidad	15 minutos
	Descanso		25 minutos
2	Sexualidad masculina	Sexualidad	30 minutos
2	Mi sexualidad	Sexualidad	20 minutos
2	Descubriendo los rostros	Discriminación y estigmatización	60 minutos
3	Historia sin historia	Discriminación y prejuicios	20 minutos
3	Autoexploración corporal	Sexualidad y prejuicios	40 minutos
3	Las etiquetas	Discriminación y estigmatización	30 minutos
3	Tigre o gacela	Toma de decisiones	20 minutos
	Descanso		25 minutos
3	Disidencia sexual	Discriminación, estigmatización y prejuicios	20 minutos
3	El gato y el ratón	Discriminación, estigmatización y prejuicios	30 minutos
3	Canasta de frutas	Distensión	15 minutos
3	Discriminación, estigma y homofobia	Discriminación, estigmatización y prejuicios	40 minutos
4	Volante	VIH y estigmatización	15 minutos
4	Sociodrama	VIH/sida	25 minutos
4	La caja de pandora	VIH/sida	40 minutos
4	Fotografías	VIH/sida	15 minutos
4	Siluetas	Riesgo y vulnerabilidad en VIH/sida	25 minutos
	Descanso		25 minutos
4	Coro de animales	Formación de equipos	15 minutos

4	La campaña	Riesgo y vulnerabilidad en VIH/sida	45 minutos
4	El VIH no es un juego	VIH y estigmatización	45 minutos
5	Cuestionario VIH	VIH/sida	15 minutos
5	En los tacones y zapatos de otras y otros	Vulnerabilidad en VIH/sida	45 minutos
5	El Oasis	Vulnerabilidad en VIH/sida	15 minutos
5	Sexo-seguro, sexo-protegido	Prevención de VIH/sida	45 minutos
5	Descanso		25 minutos
5	Mi amuleto protector	Prevención de VIH/sida	15 minutos
5	Derechos de las personas que viven con VIH/sida	Derechos de las personas que viven con VIH/sida	30 minutos
5	Mi declaración de derechos sexuales y reproductivos	Derechos sexuales y reproductivos	20 minutos
5	Me voy de viaje y me llevo...	Cierre del taller	30 minutos

## 5. CONCLUSIONES

En esta tesina se planteo la propuesta de sensibilizar al personal de salud que atiende a personas que viven con VIH/sida, con el objetivo de promover servicios más informados, libres de estigmatización y discriminación. Para cumplir este objetivo fue necesario revisar los conceptos de género, identidad sexo-genérica, vulnerabilidad y estigmatización para favorecer la empatía y aceptación en los trabajadores de la salud hacia las personas que viven con el virus y con ello mejorar la calidad en la atención; pensando en estos servidores públicos como piezas clave en la respuesta a la epidemia, debido a que son el primer contacto con la persona en el diagnóstico y acompañan durante todo el proceso de la infección, por esta razón, si realizan una buena intervención es posible que guíen a los pacientes hacia un mejor pronóstico de la enfermedad.

Entonces, revisar el concepto de género y estudiarlo como categoría de análisis permitió evidenciar que esta perspectiva no sólo estudia a las mujeres, que surge del feminismo pero ha evolucionado con el paso del tiempo para investigar las diferencias políticas y simbólicas entre los géneros y fomentar relaciones más equitativas que trascienden de lo biológico, se trata entonces de estudiar a las personas independientemente de los cuerpos (Silva, 2004; Lamas, 2005). Por lo tanto se observó que el sexo no limita al género, que este no es binario ni heteronormado, que es una acción constante y repetida que puede replantearse y desnaturalizarse, aunque este proceso no constituye una simple elección, se trata de la performatividad del género, es decir, de la capacidad de las personas para resignificar esta estructura a partir de la capacidad de agencia (Butler, 1987; Butler, 2007).

Sin embargo, aunque existen otras posibilidades de vivir el género, hay múltiples factores que históricamente se han encargado de vigilar que éste siga los mandatos establecidos por el estereotipo, el rol y la asignación de género, como es la discriminación y estigmatización. Estos factores sancionan de forma violenta a los disidentes porque al cuestionar el determi-



nismo del género sería posible cuestionar todo el orden social, objetar esa aparentemente natural falta de equidad, derrumbar la dominación masculina, abolir el tabú creado hacia la homosexualidad que asegura la dirección del deseo sexual y que promueve la interdependencia económica (Butler, 2007; Rubin, 1996 en Lamas, 2003; Lamas, 2005).

No obstante, se observó que el modelo hegemónico de la masculinidad establece una trampa también para los varones debido a la gran tensión que resulta de tener que afirmar la virilidad a cada momento, afrontando riesgos innecesarios y conteniendo cualquier señal de vulnerabilidad (Bourdieu, 2000; Infante, 2004). Mientras que se obliga a las mujeres a «ser para los otros», a ser madres, ser emocionales, dependientes, frágiles y excluidas (Hernández, 2006; Serret, 2001).

Además de estos mandatos, se identificó a la sexualidad como orden de poder, regulada a través de un sistema de prohibiciones limitantes que sancionan los comportamientos sexuales considerados «inadecuados», los cuales al ser censurados se tienen que vivir en la clandestinidad (Laplantine, 1979, en Lamas, 2005; Lagarde, 1996; Weeks, 2005). Cabe mencionar que este sistema de prohibiciones estigmatiza la sexualidad de las mujeres y de homosexuales que expresan libremente su deseo, a través del sexismo y de la homofobia, que constituyen algunas de las formas más violentas del género (Lamas, 2005).

También se planteó la importancia de discutir la cuestión del estigma, se estudió que el señalamiento hacia homosexuales que viven con VIH inició en Estados Unidos porque una de las primeras investigaciones de la epidemia fue desarrollada en hombres homosexuales en ese país, lo que llevó a la prensa amarillista a formular teorías absurdas y homofóbicas que censuraban la vida sexual de estos hombres que poco tiempo atrás habían comenzado a expresar su preferencia libremente. Esta situación y el hecho que aparecieran también casos de personas hemofílicas, usuarias de drogas inyectables y haitianos, (es decir, los rechazados y excluidos de la sociedad), desencadenó mucha más discriminación y expuso a estos grupos a la estigmatización y con ello a más formas de violencia (Bustamante, 2011; Miranda y Nápoles, 2009).

El imaginario sobre el VIH se relacionó con la homosexualidad, infidelidad y promiscuidad y en consecuencia con la «vida inmoral» y la muerte, tal fue el miedo al contagio que se desarrolló ante la epidemia que se constituyó todo un proceso social de estigmatización ligado a la distribución de poder. Con la etiqueta de «sida» se excluye inmediatamente al

portador, se descarta del sistema de producción, de la vida social, de pareja, familiar y mucho más si la persona cuenta con pocos recursos o pertenece a una minoría o a una población móvil, si trata de una mujer, si se dedica al sexoservicio o es un hombre con prácticas homoe-róticas, porque para la estructura social es una persona con moral cuestionable o alguien que simplemente «no vale» (Bustamante, 2011; Chong, et al. 2012).

En todos estos casos el género tuvo un papel fundamental, porque muchos de sus mandatos llevaron a las personas a vivir estas condiciones o las estigmatizaron por hacerlo.

En el caso de las mujeres se investigaron estas formas en las que el género las vulnera para adquirir VIH, entre las que se encontraron condiciones biológicas, económicas y culturales:

Se observó que en el rol de género tradicional, las mujeres iniciaban su vida sexual con hombres mayores, lo cual las ponía en peligro porque biológicamente su aparato genital se encontraba inmaduro y las exponía a lesiones a través de las cuales podía entrar el VIH (Amuchástegui, 2013).

Económicamente se analizó la vulnerabilidad causada por menores oportunidades educativas y de obtener un salario justo, lo cual las colocaba en situaciones de intercambio de sexo por supervivencia, donde son muy evidentes los mandatos de género, debido a que estas condiciones se daban frecuentemente en empleos en los que el requisito era tener un cuerpo embellecido (trabajos en bares, table dance, ser edecanes, etc.), donde existe la posibilidad de tener que realizar favores sexuales (Pérez, et al. 2004). Por lo tanto el estereotipo de la belleza femenina constituía un riesgo para adquirir el virus.

Por otro lado, en las ocupaciones relacionadas con el trabajo doméstico que se relacionan con el mandato de «la mujer al servicio de los otros y al cuidado del hogar», se presentaban comúnmente situaciones en las que estas mujeres eran forzadas a tener relaciones sexuales (Torres, 2010; Herrera y Campero, 2002).

Asimismo, se examinó que este rol tradicional femenino trae consigo creencias que colocan a las mujeres en un rol sexual pasivo, reproductivo que honra a la virginidad (Szasz, 1998, en Kendall, 2009; Herrera, Kendall y Campero, 2014). Estas características promovían en ellas una pobre educación sexual, dado que fomentan la inocencia y la atención a las necesidades y comportamientos sexuales de su pareja, además de que al dirigirse hacia la reproducción, no era posible ni se consideraba la opción de usar condón.

En este sentido, estar informadas sobre el uso del condón les implicaría: ser promiscuas,

negarse a llevar a cabo su rol materno, ser desconfiadas y malas mujeres (Herrera, Kendall y Campero, 2014; Pérez, et al. 2004; Salgado, 2005; Chapa, 2014) por lo tanto salirse por completo del papel que nacieron para cumplir, y en consecuencia, podrían exponerse al rechazo y señalamiento por parte de su familia y/o comunidad.

Otro aspecto fundamental fue el amor romántico, el cual promueve la «entrega total» (sin condiciones, por lo tanto sin condón), perderse de vista a sí mismas y a sus necesidades y a no cuestionar a sus parejas (incluso a sus prácticas sexuales), (Chapa, 2014); porque «el amor lo puede todo», «el amor duele» y es «incondicional».

Además de estos aspectos, las mujeres se encontraban cotidianamente con la violencia sexual, abuso, relaciones coaccionadas en la pareja, prostitución forzada e «inspecciones» para comprobar la virginidad (Riquer y Castro, 2002; en Amuchástegui, 2013). Circunstancias relacionadas con la dominación masculina, con el hecho de que los hombres con más poder (por situaciones de conflictos armados, militarización o simplemente por tener una mayor jerarquía económica o familiar), se consideraban capaces y con derechos sobre los cuerpos de las mujeres. Sobre este aspecto, fue posible observar uno de los planteamientos de Rubin (1996) sobre el tráfico de mujeres en los sistemas de parentesco, debido a que en los conflictos armados generalmente se lucha por el poder entre hombres pero las mujeres se convierten en objetos para demostrar el poder o negociarlo y desafortunadamente esta condición no difiere mucho en contextos familiares o relacionados a lo económico.

Estos contextos enfrentados por las mujeres en relación al género las vulneraban para adquirir el virus debido a que las relaciones sexuales forzadas provocaban lesiones a través de las cuales el VIH podía entrar con mayor facilidad y como en muchos casos esta violencia no se denunciaba (sobre todo cuando se producía en la infancia o adolescencia), se les negaba la posibilidad de recibir un tratamiento profiláctico (Amuchástegui, 2013). Fue posible observar como la coerción y la violencia incluso simbólica ejercida sobre ellas les impedía denunciar o buscar justicia y tomar conciencia del riesgo potencial que estaban viviendo para adquirir el virus.

Se observó también vulnerabilidad cultural en mujeres indígenas, de entornos rurales y expuestas a violencia social, porque en estas poblaciones se seguían los mandatos tradicionales de género, se ponderaban los llamados «usos y costumbres» y se sumaban a otras situaciones como la pobreza, la etnia o el poco acceso a la educación. En este aspecto resultó

evidente que las vulnerabilidades se acumulaban en tanto las personas se alejaban del ideal de la masculinidad hegemónica, es decir del estereotipo de hombre blanco heterosexual y de clase social alta, por lo tanto las personas indígenas y de bajos recursos se encontraban en mayor riesgo, sobre todo si eran homosexuales o transgénero.

Otra circunstancia que se subrayó fue la de las mujeres en riesgo de infección por VIH debido a las condiciones de vida de sus parejas, como fue el caso aquellas que se relacionaban con hombres privados de la libertad, militares y aquellos con prácticas de riesgo, como hombres HSH y usuarios de drogas inyectables (Herrera y Campero, 2002; Chapa, 2014). En este caso se observó que los mitos del amor romántico, la imposibilidad para cuestionar las acciones de su pareja consecuencia de la dependencia emocional y económica y todas las barreras para emplear condón en sus relaciones sexuales ponían en riesgo a estas mujeres para la infección de VIH.

A través de esta investigación se analizaron también los cambios que se produjeron en las mujeres luego del diagnóstico y con ello se observaron importantes posibilidades para transformar la manera en que estas mujeres vivían los mandatos de género, debido a que entre más se apegaban al papel tradicional femenino, se percibían más como víctimas, experimentaban mayor malestar emocional, tenían efectos negativos en su salud y vida social; en comparación a otras mujeres que aprendieron nuevas conductas protectoras y a modificaron prejuicios luego de acercarse a grupos de apoyo y al activismo (Chapa, 2014).

Este aspecto se relaciona con los mandatos de la feminidad que sobrevaloran la belleza, la maternidad y el cuidado a otros, que colocaban a las mujeres positivas al VIH en un rol «carente de sentido» o como «agente de contagio», debido a las creencias relacionadas a los cambios físicos producidos por la enfermedad, con la presunción de que habían perdido su función reproductiva y su capacidad para cuidar a otros; y por otro lado, en consecuencia al enfoque de las campañas de salud, centradas en mujeres embarazadas y sexoservidoras, resaltando el valor erótico y reproductivo de las mujeres (Grimberg, 2000; en Chapa, 2014; Kendall y Pérez, 2004). Así las sexoservidoras y mujeres con sexualidad libre se consideraban la fuente del «contagio», mientras que las madre-esposas se percibían «inservibles», por los mitos que establecían que ya no conseguirían ser madres, porque no eran capaces de concebir ni de encargarse por completo del cuidado de otro ser y, porque se terminaba su valor erótico, dado que se pensaba que ya no podían tener vida sexual.

En este sentido, se reiteró la importancia del personal de salud, que al atender, educar, diseñar políticas públicas y campañas, podía formar nuevas creencias menos estigmatizadoras y así promover cambios positivos en la percepción de estas mujeres, a nivel social e incluso sobre sí mismas.

Asimismo, se encontraron otras áreas de oportunidad relacionadas con el cuestionamiento a los mitos del amor romántico, a la unión y fidelidad del matrimonio, debido a que muchas mujeres fueron infectadas por sus esposos en encuentros sexuales clandestinos con otros hombres; por lo tanto se expuso que acompañar a las mujeres es ese proceso de deconstrucción y resignificación de creencias, podría disminuir la depresión, el enojo y la rabia que éstas percibían al no poder expresar sus emociones por el miedo a la desaprobación.

Entonces, la propuesta planteada en esta tesina partió del supuesto de que si el personal de salud se encontraba sensibilizado y proporcionaba una atención libre de creencias estigmatizadoras, era posible que las mujeres lograran replantearse esas ideas sobre su cuerpo y rol de género, que en gran medida las vulneraron para adquirir el virus. Cabe mencionar que no se planteó al personal de salud como responsable del empoderamiento ni de ese proceso de resignificación de las personas que viven con VIH/sida, sin embargo se puso en evidencia que cuenta con los recursos y el alcance necesario para reeducar sobre estas creencias y con ello producir cambios en la estructura y así detener esa serie de repeticiones que instruyeron tales mandatos de género que fomentaron la desigualdad.

Por otro lado, en el caso de los hombres, se estudió que el modelo de la masculinidad tradicional les exigía ser fuertes, invulnerables, probar constantemente su hombría, ser agresivos y dominantes en lo sexual, ser heterosexuales, manifestar un deseo sexual incontrolable y saberlo todo en el sexo, sobrevalorar la virginidad, la inocencia femenina y el coito, ser el proveedor, consumir alcohol y drogas (Herrera y campero, 2002; Faggetti, 2006; Nuñez, 2007; Parrini, 2007; Szasz, 1998; en Chapa, 2014). Todos estos atributos los vulneraban para adquirir el virus, porque establecían la búsqueda de un contacto sexual inmediato (con un hombre o una mujer, realizado desde el rol «activo»), y en esa urgencia no cabía el uso del condón. Es importante mencionar que el riesgo aumentaba cuando se trataba de un contacto homoerótico, porque éste se daba en lugares clandestinos, bajo los efectos del alcohol y las drogas o en situación de migración, donde las condiciones sociales y económicas dificultaban la prevención (Bronfman y Minello, 1999; en Herrera et al. 2009; Kendall y Pérez, 2004; Herrera, Kendall y Campero, 2014). Entonces resultó trascendente proponer la desmitificación

del deseo sexual incontrolable, la deconstrucción de las creencias que fomentaban la homofobia para promover que estas manifestaciones de la sexualidad no se realizaran de forma clandestina, en silencio o justificadas en la embriaguez, además de informar sobre otras practicas de sexo seguro que permitirían construir una vida sexual placentera pero libre de riesgos.

Asimismo es importante reiterar que aunque en América Latina, uno de los factores que vulneraba más a las mujeres para adquirir el virus era que sus parejas tuvieran prácticas sexuales con hombres y mujeres, esto no quiere decir que deban estigmatizarse más las prácticas homoeróticas o la infidelidad, por el contrario, fue necesario expresar la importancia de que los mensajes de prevención se diseñaran tomando en cuenta que las practicas sexuales entre personas del mismo sexo no necesariamente determinan la identidad, y que muchos de los hombres que tenían estas prácticas estaban siguiendo muy bien los mandatos de la masculinidad porque con estos encuentros clandestinos preservaban su matrimonio, ya que se aseguraba el secreto y se evitaban embarazos, demostraban su hombría porque podían dominar sexualmente a un hombre o a una mujer, mostraban que eran capaces de satisfacer ese deseo sexual incontrolable pero también de cumplir con su papel de esposos, porque continuaban fomentando la unión familiar.

Se observó entonces que la masculinidad llevaba a los hombres a realizar prácticas sexuales muy complejas, con múltiples parejas, pero al no considerarse dentro del grupo «gay» (porque socialmente se pensaba que todo homosexual era afeminado), se creían libres de riesgo, a pesar incluso de tener prácticas homoeróticas cotidianamente (Liguori y Lamas, 2003; en Amuchástegui, 2013).

Sin embargo, los varones también registraron cambios significativos en la forma de percibirse luego de adquirir VIH, cambió su vida sexual a causa de la depresión, el efecto de la enfermedad o los medicamentos y el cansancio, además de las dificultades que experimentaban al compartirle a una pareja las razones por las cuales tenían que emplear condones en las relaciones sexuales (dado que no era una práctica común para ellos), se transformó su forma de seguir los mandatos del género, porque su estado de salud les impedía ser activos, mostrar fuerza o potencia, por lo tanto sentirse frágiles o vulnerables cuestionaba mucho su masculinidad (Chapa, 2014).

Por lo tanto, fue posible observar que el diagnóstico de VIH podía posibilitar la construcción de cuestionamientos a los mandatos de la masculinidad hegemónica, dado que son

insostenibles, además de constituir una oportunidad para replantear el «deber ser» de la identidad sexual, desestigmatizar las prácticas homoeróticas y con ello liberarlas de la clandestinidad, que se identificó como uno de los mayores factores de riesgo para no utilizar medidas de protección. Entonces, incluir estos aspectos en la propuesta permitió visibilizar estas potencialidades de cambio en las condiciones que provocaban, mantenían y repetían el ciclo de infección por VIH en los varones.

Por otro lado, sobre los hombres abiertamente gays o bisexuales, se resaltó que la respuesta al VIH/Sida de estos años ayudó a visibilizar y a luchar contra el rechazo (Bohan, 1996; Guajardo, 2003; en Toro y Vargas, 2008). Sin embargo, su preferencia sexual no los alejó de mandatos de la masculinidad que los ponían en riesgo, además de que sumaban a su condición las vulnerabilidades producto de la estigmatización y la homofobia.

Se analizó que los hombres homosexuales se encontraban en riesgo de infectarse con VIH por expresar ese deseo sexual «incontrolable», pero dado que sus encuentros eróticos se desarrollaban casi siempre en lugares clandestinos o públicos, mostraban una menor probabilidad de usar condón y de vivir estos encuentros en silencio (y si no se habla, se limita la negociación); por otro lado, continuaban reduciendo su sexualidad a la penetración (oral o anal). Además de que la homofobia les impedía expresar libremente su orientación sexual y en consecuencia vivían serias implicaciones emocionales vinculadas al consumo de drogas y alcohol, y cuando a estos factores se adicionaba la pobreza se acumulaban las vulnerabilidades en relación a la migración, reclusión o sexoservicio (Díaz y Ayala, 2001; en Frasca, 2002).

Por lo tanto en el contexto del VIH/sida, se analizó la importancia de hablar de disidencia sexual, homofobia y de cuestionar el papel del género en ambos. Por un lado se investigó que la preferencia sexual no necesariamente modificaba la forma en que se vivían los mandatos de género y que la homofobia constituía uno de los elementos formadores más violentos de la masculinidad, por lo tanto sensibilizar al personal de salud en ambos temas fue trascendental.

Otro aspecto planteado como objetivo en esta investigación fue informar sobre la situación de las mujeres trans en relación al VIH. En este caso se examinó la forma en que estas mujeres experimentaban las vulnerabilidades de hombres y de mujeres biológicas, además del peso de la homofobia y la misoginia, situaciones que las establecieron como el grupo de la población con mayor incidencia del virus (25.6%) (Franco, 2005; en Davenport, 2009; MPS-UNFPA, 2011). Debido a que padecían las vulnerabilidades femeninas culturales, rela-

cionadas con la forma de experimentar el amor romántico y la violencia; las socioeconómicas vinculadas a menos oportunidades laborales y de desarrollo, que en la mayoría de los casos las llevaba al sexoservicio y con ello a sus peligros; los riesgos de hombres homosexuales porque eran receptivas en el sexo anal frecuentemente, y la impulsividad sexual y consumo de alcohol y/o drogas de hombres heterosexuales, dado que parte de su vida fueron socializadas como hombres; además de aspectos relacionados con su transformación corporal, como el uso de agujas para autoadministrarse hormonas (Torres, 2010; Davenport, 2009; Chapa, 2014; Estrada y García, 2010).

Estos elementos sumados a la gran estigmatización que experimentaban al salir por completo del carácter binario del género, las llevaba a vivir muchas formas de violencia, se les consideraba transgresoras, desestabilizadoras del sistema de sexo-género por romper con algunos de sus objetivos fundamentales, tales como: mantener el orden, la polaridad, la división sexual del trabajo y la dominación de la masculinidad hegemónica.

Por esta razón incluso cuando se hacían visibles y expresaban su derecho a la salud, eran discriminadas, se les consideraba como hombres homosexuales, por lo tanto no había sensibilidad hacia sus condiciones socioeconómicas, culturales y aquellas que tenían que ver con su proceso de transformación, como el uso de hormonas o las cirugías, aspectos con consecuencias negativas en el tratamiento del VIH/sida.

En este sentido, un aspecto elemental fue resaltar la capacidad de resistencia de las mujeres trans y la forma en que con su existencia expresaban el carácter performativo del género, no por decidirlo en un cambio de ropa, sino por replantear la identidad como una elección, una decisión que lleva todo un proceso en el que los mandatos debían cuestionarse a cada momento para detener esas repeticiones que lo reafirmaban. Esto se observó en las vulnerabilidades acumuladas de estas mujeres, que pese a ser disidentes y a que elegían una identidad diferente a la que les asignaron, seguían viviendo los riesgos y condiciones que, como se observó anteriormente, atentaban contra la salud de ambos géneros. Porque los estereotipos y roles de género eran tan fuertemente instruidos que aunque se podía hacer un cambio tan transgresor aún era difícil desprenderse de la violencia evidente y de la simbólica; sin embargo fue posible resaltar que dentro de todos estos obstáculos, las mujeres trans expresaban una gran capacidad de agencia, que podía apoyarse en el personal de salud y así promover cambios estructurales en sus condiciones de vida.



También fue importante reiterar que aunque dentro del feminismo y de los estudios de género había habido una resistencia para estudiar las formas y experiencias de disidencias sexuales y genéricas, a través de esta investigación se observó que estas identidades siguen experimentando el peso de los mandatos de género, simplemente porque son personas y aunque se les excluya y se minimice su participación política, es importante incluirlas en estos estudios para perseguir el objetivo principal de la perspectiva de género, que fue promover una mayor equidad entre los géneros, «reformulando la definición de ser persona, ya sea en cuerpo de hombre o de mujer» (Lamas, 2005); o en un cuerpo no definido necesariamente por los mandatos de la masculinidad o la feminidad y que sólo es.

Durante esta investigación también se analizó que ante estas situaciones que vulneraban a las personas para adquirir el virus, se encontraba en contraparte la capacidad de agencia, la cual permitía transformar la estructura a través de la acción y de las decisiones; sin embargo, para que esta capacidad lograra ejercerse era necesario contar con apoyo emocional y recursos sociales específicos, así como determinadas cualidades en las personas, condiciones concretas del espacio y del tiempo (Morawska, 2009, en Chong et al. 2012). Se analizó que específicamente para las personas que viven con VIH resultaba elemental que se desprendieran de sentimientos como el miedo y vergüenza, además de que lograsen superar el estigma y la discriminación, a través de la recepción de información adecuada, redes de apoyo, atención a su salud y sobre todo de aceptación, recursos que el personal de salud era capaz de proveer y con ello disminuir el impacto negativo del virus en las condiciones de vida de estas personas (Chong, et al. 2012; Emirbayer y Mische, 1998 en Chong, et al. 2012).

Cabe mencionar que en las investigaciones citadas en esta tesina se observó el caso contrario, situaciones en las que estos servidores públicos fomentaron y reforzaron creencias que promovían el estigma y autoestigma relacionado al VIH/sida, expresaron incapacidad y discriminación en la atención, señalamiento, medidas de protección exageradas, abandono a los pacientes, maltrato, mala aplicación de los esquemas de tratamiento, y se evidenció la escasez de servicios, medicamentos y condones (Bustamante, 2011; Infante, et al. 2006; Boivin, 2014).

En este sentido, el taller propuesto en esta investigación, desarrollado a partir de esta revisión teórica, se enfocó en sensibilizar al personal de salud en perspectiva de género, en visibilizar las problemáticas de las personas que viven formas de disidencia sexual o genérica (sobre todo de las mujeres trans), en identificar y combatir la homofobia, además de informar

sobre las condiciones estructurales de desigualdad que fomentan la vulnerabilidad al virus; con la finalidad de erradicar la estigmatización y de informar sobre los derechos de las personas que viven con VIH/sida.

Se cumplieron estos objetivos permitiendo identificar como la normatividad de género influye en la salud de la población (específicamente en relación al VIH/sida) (MSSSI, 2012); siendo sensibles a los factores socioeconómicos y culturales (Magis y Hernández, 2009; Bronfman y Leyva, 2009); visibilizando las condiciones que vulneran a las personas en disidencia sexo-genérica (Boivin, 2014) y permitiendo reconocer formas de prevención que van más allá del condón (como el sexo seguro) (Herrera, Kendall y Campero).

En relación al tema de informar sobre las condiciones estructurales, fue fundamental diferenciar el concepto de riesgo y vulnerabilidad. Se observó que al inicio de la epidemia se etiquetó a ciertas poblaciones como grupos de riesgo con la finalidad de estudiar la enfermedad, dando pie a los estudios centinela, sin embargo esta determinación fomentó una mayor estigmatización hacia grupos previamente excluidos y construyó nuevos mitos en torno al virus. Estos mitos se relacionaron con el concepto de riesgo, el cual se definió como la probabilidad de infectarse por VIH debido a conductas que permitían la transmisión de éste, como tener múltiples parejas sexuales, sexo sin protección o el consumo drogas vía intravenosa; a partir de esta definición se estableció que el infectarse o no con el virus dependía de una decisión, es decir que la epidemia era provocada por una serie de personas irresponsables que no atendían a las campañas de prevención. Así, el término «riesgo» conllevó a más estigmatización hacia las personas positivas al VIH (Irwin, Millen y Fallows, 2004).

Por esta razón fue trascendente la creación del concepto de vulnerabilidad, éste se refería a los factores socioeconómicos, culturales, políticos, étnicos, históricos y de género que restringían las opciones en las personas y con ello impedían su acceso a medios de protección al virus, por lo tanto, con este concepto, la epidemia podía estudiarse a partir de las condiciones estructurales de desigualdad y no sólo a través de elementos individuales favorecían la transmisión de la infección (Magis y Hernández, 2009; Bronfman y Leyva, 2009).

Esta diferenciación entre conceptos resultó de vital importancia para la prevención y atención del VIH/sida, porque si las políticas públicas eran sensibles a estos factores, entonces existía la posibilidad erradicar la estigmatización, los señalamientos morales y con ello emprender acciones más significativas que permitieran comprender las limitaciones de las per-

sonas y con ello se fomentara la capacidad de agencia.

De esta forma al realizar la propuesta expuesta en esta tesina se planteó informar sobre estos factores y así conceptualizar a las personas que viven con VIH de forma diferente, no como los «indeseables», «excluidos» o «inmorales» señalados al inicio de la epidemia, ni como las víctimas fatales de una estructura que fomentaba la desigualdad y excluía a todo lo diferente y a lo que no «produce»; se buscó plantear una perspectiva que promoviera la capacidad de agencia, el empoderamiento y con ello la posibilidad de cambios estructurales y de aceptación.

También se expuso al género como un factor definido por la masculinidad hegemónica que fomenta la desigualdad, la estigmatización y exclusión mediante mandatos que actúan de forma violenta, a través del uso poco equitativo del poder, del dominio que margina a lo diferente, es decir, a lo femenino y a lo disidente, por lo tanto esta estructura establece condiciones de vulnerabilidad para adquirir el VIH, sin embargo, tal es la rigidez y el carácter violento de estos mandatos que también ponen en peligro a quienes siguen las demandas del género tradicional. En el caso de los hombres, por la fuerte tensión que supone demostrar la virilidad a toda costa y el miedo a ser víctimas de la homofobia; y en las mujeres por la pasividad sexual, por el sistema de creencias relacionado al amor romántico y por ser frecuentemente receptoras de violencia.

Se estudió que el género se mantiene a través de un proceso de repetición de prácticas continuo, por lo tanto cuestionarlas permitiría percibir al VIH/sida como un problema social y no como un castigo. Por lo tanto se subrayó que este análisis debe ser dinámico, libre de concepciones morales y estigmatizadoras, y que necesita promover el empoderamiento y la capacidad de agencia en las personas. El VIH demostró que la exclusión y el señalamiento conduce a más vulnerabilidades; que definir identidades sexuales y genéricas rígidas promueve experiencias clandestinas; que las jerarquías en los factores sociales, políticos, económicos y culturales constituyen más riesgos que los comportamientos sexuales individuales; y que los servicios de salud y las políticas públicas no se encuentran libres de prácticas de discriminación, sexismo, homofobia y transfobia.

El VIH/sida también replanteó muchos aspectos importantes al poner en evidencia identidades, prácticas y condiciones que permitieron cuestionar qué es ser persona, con ello surgieron muchos miedos y angustias procedentes de la estigmatización, sin embargo, fue posible

deconstruir creencias absolutistas y reduccionistas que hasta ese momento eran «simples y confiables». Se observó que el género entonces no era sólo otro elemento binario predeterminado y con ello surgió la posibilidad de cuestionar y resignificar otros elementos polarizados y con ello crear cambios estructurales.

Por lo tanto, fue posible concluir que cuando se vive con VIH/sida, se puede cuestionar el género, porque ya no es posible experimentarlo de la misma forma; se posibilita la interrupción de esa serie de repeticiones que instalan la normatividad y en esa pausa se da la oportunidad de resignificar y vivir el género de formas alternas, más saludables.

Además el VIH plantea un nuevo significado del cuerpo, porque cambia la manera en que se experimenta, sobre todo desde la masculinidad y feminidad tradicional, porque en el caso de los hombres cambia esa percepción del cuerpo como fuerte e invulnerable y en las mujeres la concepción de belleza y el ser madre; así, surge la oportunidad de replantear la forma en que se ha percibido al género como consecuencia natural de la estructura biológica, y en consecuencia, puede observarse el carácter performativo del género. Es posible plantearse preguntas como: Si ya no puedo el ser fuerte, ¿ahora que soy? Si ahora mi cuerpo no puede seguir el estereotipo de belleza, ¿ahora qué hago? ¿cómo me defino?

Entonces, si deja de ser posible conceptualizar a los individuos a partir de su ejecución de los mandatos de género, ¿podría replantearse el «ser persona» más allá de esta estructura predeterminada? Estas preguntas que pueden surgir ante los complejos cambios que trae el VIH/sida a la vida de la población, plantean importantes cuestionamientos a la estructura social y sobre todo al género, por esta razón es importante estudiarlos.

Por otro lado, si bien dentro del feminismo y de los estudios de género ha habido una resistencia para estudiar las formas y experiencias de disidencias sexuales y genéricas, a través de esta investigación se observó que estas identidades siguen experimentando el peso de sus mandatos, simplemente porque son personas y aunque se les excluya y se minimice su participación política, es importante incluirlas en estos estudios para perseguir el objetivo principal de esta perspectiva, que es promover una mayor equidad entre los géneros, «reformulando la definición de ser persona, ya sea en cuerpo de hombre o de mujer», (Lamas, 2005); o en un cuerpo no definido necesariamente por los mandatos de la masculinidad o la feminidad y que sólo es.

De este modo la perspectiva de género debe tomar en cuenta estas identidades y alejarse

del discurso excluyente que afirma que sólo son «orientaciones sexuales» o parte de la «diversidad sexual» y no corresponde al género estudiarlas, debido a que además de formar parte de la disidencia sexual, constituyen identidades de género que salen de la heteronormatividad, y siguen experimentando el peso de los mandatos de género dado que aunque sean excluidas y se minimice su participación política, aún forman parte de la sociedad.

Así, la propuesta de incorporar de la perspectiva de género en la respuesta al VIH/sida, tiene la finalidad de visibilizar a los grupos más vulnerados del sistema de sexo-género, para convertirlos en actores políticos que puedan acceder a los servicios de salud, de prevención y a la toma de decisiones en la construcción de políticas públicas; es decir, se propone buscar su empoderamiento empleando los propios recursos de la estructura, en este caso a través del sistema de salud que tiene el alcance, la capacidad de ser formador de creencias, los medios y la autoridad para plantear un modelo de respuesta a la epidemia más equitativo.

Cabe mencionar este planteamiento parte de una perspectiva de género que incluye todas las formas de éste, es decir, se incorporan las que trasgreden al modelo tradicional, porque se considera a estas formas de resistencia como evidencias de puntos de ruptura que expresan esa capacidad performativa del género, que además son consecuencia de cambios histórico-culturales relacionados con la revolución sexual, el feminismo y el propio VIH/sida.

Entonces si las políticas públicas parten de esta perspectiva y además son sensibles a los factores de vulnerabilidad social, política, económica y cultural (muy vinculados entre sí), sería posible erradicar la estigmatización, los señalamientos y con ello emprender acciones más significativas para comprender las limitaciones de las personas y se pueda fomentar la capacidad de agencia. Así, al realizar la propuesta expuesta en esta tesina se planteó informar sobre estos factores y así conceptualizar a las personas que viven con VIH de una forma diferente que pueda promover cambios estructurales y aceptación.

## REFERENCIAS

- Alcaraz, Rodolfo y Alcaraz, Abril. (2008). *El derecho a la no discriminación por identidad y expresión de género*. México: CONAPRED.
- Amuchástegui, Ana. (2013). *Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres y VIH*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud.
- Ávila, Santiago. (2011). Farmacorresistencia: la importancia del monitoreo. En: Centro de Enfermedades Infecciosas (CIENI). (2011). *30 años del VIH/SIDA. Perspectivas desde México*. México: (Autor), pp. 123-128.
- Barceló, Tomeu. (2012). *Las actitudes básicas Rogerianas en la entrevista de relación de ayuda*. Miselánea Comillas. Vol. 70 (2012), núm. 136. pp. 123-160.
- Basabe, N., Iraurgi, I., Páez, D. E Insua, P. (1996). Psicoimmunología, factores psicosociales e infección por VIH. En: Basabe, N., Paéz, D., Usieto, R., Paicheter, H. y Deschamps, J. (1996). *El desafío social del Sida*. Madrid: Fundamentos, pp. 299-350.
- Boivin, Renaud. (2014). *Se podrían evitar muchas muertas. Discriminación, estigma y violencia contra las minorías sexuales en México*. Revista Latinoamericana de Sexualidad, Salud y Sociedad. n. 16-abril 2014, pp. 86-120. Recuperado el 03 de julio de 2015 en: [www.sexualidadsaludysociedad.org](http://www.sexualidadsaludysociedad.org)
- Bourdieu, Pierre. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brito, Alejandro. (2003). Respuesta de la comunidad a las recomendaciones para la prevención del SIDA. En: Alarcón, Donato y Ponce de León, Samuel. (2003). *El SIDA en México. Veinte años de la epidemia*. México: El Colegio Nacional, pp. 269-303.
- Bronfman, Mario; Leyva, René; Negroni, Mirka y Herrera, Cristina. (2003). El sida en las fronteras. En: Alarcón, Donato y Ponce de León, Samuel. (2003). *El SIDA en México. Veinte años de la epidemia*. México: El Colegio Nacional, pp. 177-185.
- Bronfman, Mario y Leyva, René. (2009). Migración y Sida en México. En: Córdova, José;

- Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). *25 años del SIDA en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 241-258.
- Bustamante, Mónica. (2011). *Viviendo con VIH, muriendo con SIDA*. Quito: FLACSO Ecuador.
- Butler, Judith. (1982). Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Witting y Foucault. En: Lamas, (2003). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM PUEG.
- Butler, Judith. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Candelo, Carmen; Gracia, Ana y Unger, Bárbara. (2003). *Hacer talleres. Una guía práctica para capacitadores*. Cali: WWF-InWEnt (DSE)-IFOK.
- Cara, Fiorella. Una visión de la transexualidad. En: CONAPRED. (2006). *Disidencia sexual e identidades sexo-genéricas*. México: (Autor).
- Cárdenas, Alejandro y Berghall, Joonas. (2013). *Oasis*. Disponible en: <https://vimeo.com/11722340>
- Caro, Deborah; Schueller, Jane; Ramsey, Maryce y Voet, Wendy. (2005). *Manual de integración de género en programas de Salud Reproductiva y VIH: Del compromiso a la acción*. Estados Unidos: USAID. Versión en español: FHI-USAID.
- Cabral, Javier; Escandón, Celia; Hernández, Beatriz y Ramos, Ubaldo. (2009). El SIDA en jóvenes. En: Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). *25 años del SIDA en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 289-302.
- Coria, César; Ayllón, Ricardo y Ornelas, Juan. (2014). *Por una sexualidad libre. Guía para la sensibilización y capacitación de promotoras y promotores juveniles en salud sexual*. México: Gendes/CENSIDA.
- CENSIDA (2012). *El VIH/Sida en México 2012*. México: (Autor).
- CENSIDA (2009). *CAPASITS Libres de homofobia y discriminación. Estrategia de sensibilización*. México: (Autor).
- CENSIDA (Ed.). (2009). *VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud*. México: Autor.
- CENSIDA (2004). *Género y VIH/SIDA. Una agenda mexicana para la acción*. México: Autor.

- Chapa, Ana. (2014). *Tres dimensiones de análisis de la experiencia de mujeres con VIH/Sida: Vulnerabilidad; afrontamiento y ruptura*. UNAM: Tesis de doctorado.
- Chávez, Julia. (Coord.). (2003). *Perspectiva de género*. México: UNAM.
- Chong, Francisco; Fernández, carmen; Huicochea, Laura; Álvarez, Guadalupe y Leyva, René. (2012). *Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH/Sida. Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas*. Estudios fronterizos, Nueva época, vol. 13, no. 25, enero-junio 2012, pp. 31-55.
- CONAPO. (s/a). *Condón tu mejor aliado*. Disponible en: <http://www.bunam.unam.mx/Sexualidad/SitioSexualidad/historias/libreropaola/condon.pdf>
- CONAPRED. (2006). *Disidencia sexual e identidades sexo-genéricas*. México: (Autor).
- Conway, Jill; Bourque, Susan y Scott, Joan. (1998). El concepto de género. En: Lamas, Marta. (2003). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM PUEG.
- Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). Consideraciones finales. En: Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). *25 años del SIDA en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 377-386.
- Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). El programa de acción para la prevención y control del SIDA en México, 2007-2012. En: Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). *25 años del SIDA en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 389-440.
- Cucchiari, Salvatore. La revolución de género y la transición de la horda bisexual a la banda patriarcal: los orígenes de la jerarquía de género. En: Lamas, Marta. (2003). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM PUEG.
- Davenport, Hazel. (2009). El VIH/SIDA en las mujeres transgénicas y transexuales. Riesgos por la modificación anatómica y conceptos sobre transexualidad. En: Magis, Carlos y Barrientos, Hermelinda. (eds.). (2009). *VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud*. México: CENSIDA. pp. 209-219.
- Diver-ciudad. (s/a). *Género, equidad y respeto a la diversidad*. Sonora: Asociación sonorensis por una ciudad diversa e incluyente. A. C.
- Enria, Graciela; Fleitas, Mirta y Staffolani, Claudio. (2009). *Programas de salud y género. Mujeres con VIH/SIDA*. Estudios Sociales: Revista de Investigación Científica, 18



(35). 276-292.

- Esplen, Emily. (2007). *Género y Sexualidad. Colección de Recursos de Apoyo*. Reino Unido: BRIDGE. Trad. Laura E. Asturias.
- Estrada, Fátima; Magis, Carlos y Bravo, Enrique. (2009). VIH/SIDA y discriminación en la población gay y otros HSH en México. En: Magis, Carlos y Barrientos, Hermelinda. (eds.). (2009). *VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud*. México: CENSIDA. pp. 201-208.
- Estrada, John y García, Andrea. (2010). *Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia*. Rev. Gerenc. Polít. Salud, Bogotá (Colombia), 9 (18): 90-102.
- FHC. (s/a). *Cómo utilizar el condón femenino FC2*. Disponible en: [http://www.femalecondom.org/wpcontent/uploads/2013/01/Flipbook\\_Como-utilizar-el-condon-femenino-FC2.pdf](http://www.femalecondom.org/wpcontent/uploads/2013/01/Flipbook_Como-utilizar-el-condon-femenino-FC2.pdf)
- Flores, Julia. (Coord.). (2007). *La diversidad sexual y los retos de la igualdad y la inclusión*. México: CONAPRED.
- Frasca, Tim. (2002). Lecciones aprendidas de las actividades y programas para la prevención del sida entre hombres con prácticas homosexuales. En: Cáceres, Carlos; Pecheny, Mario y Terto, Veriano. (Eds.). (2002). *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Lima: UPCH/ ONUSIDA.
- García, Susana. (Coord). (2009). *Cuaderno de trabajo con grupos*. México: DDESER.
- García de León, Carlos y Ramos, Mauricio. (2011). Retos de la prevención en México. En: Centro de Enfermedades Infecciosas (CIENI). (2011). *30 años del VIH/SIDA. Perspectivas desde México*. México: (Autor), pp. 181-189.
- Gimeno, Beatriz. (2008). Transexualidad y feminismo. Una relación incómoda. En: *Identidad de género vs. Identidad sexual*. Congreso Estatal. Fundación Isonomía para la Igualdad de Oportunidades. Universitat Jaume.
- Gómez del Campo, María Inés; Salazar, Martha y Rodríguez, Evelyn. (2014). *Los talleres vivenciales con enfoque centrado en la persona, un espacio para el aprendizaje de competencias sociales*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Vol. 16,

- núm. 1, pp. 175-190.
- González, María. (Coord.). (2008). *Mujeres y hombres. ¿Qué tan diferentes somos? Manual de sensibilización en perspectiva de género*. México: Instituto Jalisciense de las Mujeres.
- González de Alba, Luis. (2009). El sida en la calle. En: Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). *25 años del SIDA en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 93-100.
- Granados Cosme, José Arturo; Torres Cruz, César y Delgado Sánchez Guadalupe. (2009). *La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/SIDA*. Salud Pública de México, 51(6). 474-488.
- Guarda, Roberto. (2006). *Manual de técnicas para la sensibilización sobre violencia de género y masculinidad en la comunidad*. México: Instituto Jalisciense de las Mujeres/ Indesol/Hombres por la equidad. A.C.
- Hernández, Juan. (2009). 25 años de la presencia comunitaria en la respuesta al VIH y al SIDA en México. En: Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). *25 años del SIDA en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 317-332.
- Hernández, Yuliuva. (2006). *Acerca del género como categoría analítica*. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. 13 (2006.1). pp. 1-11.
- Herrera, Cristina y Campero, Lourdes. (2002). *La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: Constantes cambios en el tema*. Salud Pública de México, vol. 44, no. 6, noviembre-diciembre, pp. 554-564.
- Herrera, Cristina; Campero, Lourdes; Caballero, Marta; Kendall, Tamil y Quiroz, Ana. (2009). *Cuerpo y sexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias y coincidencias de género en México*. Estudios Sociológicos, vol. XXVII, núm. 79, pp. 147-170.
- Herrera, Cristina; Kendall, Tamil y Campero Lourdes. (2014). *Vivir con VIH en México. Experiencias de mujeres y hombres desde un enfoque de género*. México: El Colegio de México.
- Iglesias, Maria. (2011). Nuevas formas de prevenir la transmisión del VIH. En: Centro de Enfermedades Infecciosas (CIENI). (2011). *30 años del VIH/SIDA. Perspectivas desde*

- México*. México: (Autor), pp. 71-78.
- Infante, César; Zarco, Ángel; Cuadra, Silvia; Morrison, Ken; Caballero, Marta; Bronfman, Mario y Magis, Carlos. (2006). *El estigma asociado al VIH/Sida: el caso de los prestadores de servicios de la salud en México*. Rev. Salud pública de México. vol. 48, no. 2, marzo-abril 2006, pp. 141-150.
- Infante, Vicente. (2004). La masculinidad desde la perspectiva de género. En: Chávez, Julia. (Coord.). (2003). *Perspectiva de género*. México: UNAM.
- INMUJERES. (2008). *Guía metodológica para la sensibilización en género: Una herramienta didáctica para la capacitación en la administración pública*. México: (Autor).
- Irwin, Alexander; Millen, Joyce y Fallows, Dorothy. (2004). *SIDA global: Verdades y Mentiras*. Barcelona: Paidós.
- Jaime, Martín. (2013). *Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: demandas de la comunidad TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*. Buenos Aires: CLACSO.
- Kendall, Tamil. (2009). La vulnerabilidad de las mujeres mexicanas frente al VIH y el SIDA. En: Magis, Carlos y Barrientos, Hermelinda. (eds.). (2009). *VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud*. México: CENSIDA. pp. 149-160.
- Kendall, Tamil y Pérez, Hilda. (2004). *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas*. México: Colectivo Sol.
- Lafaurie, María; García, Cristian; Giraldo, Catherine; Gutierrez, Ana; Lara, Yalile; Oriz, Luz; Rivera, Andrea; Romero, Andrea; Sánchez, Julieth y Vásquez, Rocio. (2012). *Una reflexión sobre la transfobia y la exclusión: Narraciones de travestis en un programa social*. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Vol. 9, núm. 1, pp. 42-48.
- Lagarde, Marcela. (1996). El género. Fragmento literal de: "La perspectiva de género". En: *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. España: Ed. Horas y HORAS.
- Lamas, Marta. (2003). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM PUEG.
- Lamas, Marta. (2005). *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. México: Taurus.
- Loera, Clara; López, Ricardo; Munguía, Eva; Martínez, María y Olivo, Nelly. (2007). *La*

- equidad de género en la administración pública. Capacitación para el personal del Gobierno del Distrito Federal.* México: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.
- López-Dóriga, Begoña y Suárez, Mónica. (Coords.). (2008). *Protocolo de prevención de la transmisión heterosexual del VIH en atención primaria con enfoque de género.* Madrid: Instituto de la Mujer.
- Lizárraga, Xabier. (comp.). (1987). *La identidad sexo-genérica: Un continuo. En: Estudios de Antropología Biológica.* México: UNAM.
- Magis, Carlos y Hernández, Mauricio. (2009). Epidemia del SIDA en México. En: Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). *25 años del SIDA en México.* México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 101-120.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia; Fondo de población de las Naciones Unidas. (MPS-UNFPA). (2011). *Guía de prevención VIH/Sida. Mujeres Trans.* Bogotá: (Autor).
- Miranda, Osvaldo y Nápoles, Mailyn. (2009). *Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana.* Revista Cubana de Medicina Militar. 39 (3-4), pp. 63-72.
- Moheno, Vanessa. (2011). Sexualidad y VIH. Salud, derechos y educación sexual. En: Centro de Enfermedades Infecciosas (CIENI). (2011). *30 años del VIH/SIDA. Perspectivas desde México.* México: (Autor), pp. 159-165.
- Molina, Cristina. Género y poder desde sus metáforas. Apuntes para una topografía del patriarcado. En: Tubert, Silvia. (Coord.). (2003). *Del sexo al género.* Madrid: Ediciones Cátedra.
- Morales, Anette y Moreno, Tiberio. (2006). Consejería básica para personas que viven o no con el VIH/SIDA. En: CENSIDA (2006). *SIDA: Aspectos de salud pública.* México: (Autor), pp. 75-81.
- Morales, Anette; Moreno, Tiberio y de Caso, Laura. (2011). Consejería básica para personas que viven con VIH/SIDA. En: Centro de Enfermedades Infecciosas (CIENI). (2011). *30 años del VIH/SIDA. Perspectivas desde México.* México: (Autor), pp. 207-212.
- Morales, Pedro. (2009). Aspectos legales del VIH/Sida. En: Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). *25 años del SIDA en México.* México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 259-274.

- MSSSI. (2012). *Guía práctica para la integración de la perspectiva de género en los programas de prevención del VIH*. Madrid: (Autor).
- Negroni, Mirka; Salas, Jessica y Luna, Anuar. (2006). El VIH en el marco de los derechos humanos: Implicaciones para la política pública y la investigación. En: CENSIDA (2006). *SIDA: Aspectos de salud pública*. México: (Autor), pp. 193-205.
- Núñez, Guillermo. (2006). La heterogeneidad de la experiencia homoerótica: más allá de la subjetividad homosexual. En: CONAPRED. (2006). *Disidencia sexual e identidades sexo-genéricas*. México: (Autor).
- OMS. (2012). *Prevención y tratamiento de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Orobitg, Gemma. (2003). Sexo, género y antropología. En: Tubert, Silvia. (Coord.). (2003). *Del sexo al género*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Ortner, Sherry y Whitehead, Harriet. (1991). Indagaciones acerca de los significados sexuales. En: Lamas, Marta. (2003). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM PUEG.
- Parrini, Rodrigo. (2009). Prevención del VIH/SIDA en personas privadas de su libertad. Estrategias para integrar la cultura y las organizaciones. En: Magis, Carlos y Barrientos, Hermelinda. (eds.). (2009). *VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud*. México: CENSIDA. pp. 251-259.
- Parrini, Rodrigo y Amuchástegui, Ana. (2011). *Integrar la perspectiva de género a la prevención del VIH: Un análisis de la investigación social*. XII Congreso Nacional sobre VIH/SIDA y otras ITS. Villahermosa, 26-29 junio, (paper).
- Pérez, Hilda; Taracena, Rosario; Magis, Carlos; Gayet, Cecilia y Kendall, Tamil. (2004). *Mujeres que viven con VIH/Sida y servicios de salud. Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención*. México: CENSIDA.
- Pérez Navarro, Pablo. (2008). *Del texto al sexo. Judith Butler y la performatividad*. Madrid: Egales.
- Ponce de León, Samuel y Lazcano, Antonio. (2009). La evolución del Sida: una suma de epidemias. En: Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). 25

- años del SIDA en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 17-26.
- Ponce de León, Samuel y López, José Luis. (2009). Percepción y atención clínica: un movimiento de péndulo. En: Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). *25 años del SIDA en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 181-193.
- Román, José Antonio. (29 de junio de 2015). En México apenas se diagnostica el 68% de personas con VIH: especialista. *La Jornada en línea*. Recuperado de: [www.lajornada.unam.mx](http://www.lajornada.unam.mx)
- Rosales, Patricia. (2004). El género en la sociedad. En: Chávez, Julia. (Coord.). (2003). *Perspectiva de género*. México: UNAM.
- Rubin, Gayle. (1996). El tráfico de mujeres. En: Lamas, Marta. (2003). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM PUEG.
- Ruiz, Alejandro. (2009). Aspectos inmunológicos en la infección por VIH/Sida. En: Córdova, José; Ponce de León, Samuel y Valdespino, José. (2009). *25 años del SIDA en México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 161-180.
- Salgado, Gonzalo. (2011). ¿Por qué no podemos curar el VIH/Sida? En: Centro de Enfermedades Infecciosas (CIENI). (2011). *30 años del VIH/SIDA. Perspectivas desde México*. México: (Autor), pp. 81-90.
- Salgado, Nelly. (2005). Migración, sexualidad y sida en mujeres de origen rural. En: Szasz, Ivonne y Lerner, Susana. (Comp.) (2005). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México. pp. 146-161.
- Saucedo, Irma. (2006). Cuerpo, identidades de género y salud. En: CONAPRED. (2006). *Disidencia sexual e identidades sexo-genéricas*. México: (Autor).
- Scott, Joan. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas, Marta. (2003). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM PUEG.
- Serret, Estela. (2001). *El género y lo simbólico. La construcción imaginaria de la identidad femenina*. México: UAM-Azcapotzalco.
- Soto Ramírez, Luis Enrique. (2004). *Mecanismos patogénicos de la infección por VIH*. Revista de investigación clínica, 56(2), 143-152. Recuperado el 02 de ju-

- lio de 2015, en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-83762004000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200005&lng=es&tlng=es)
- Szasz, Ivonne y Castrejón, José. (2008). *Desigualdad de género en las relaciones conyugales y prácticas sexuales de los hombres mexicanos*. Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 23, núm. 2, mayo-agosto, pp. 205-232).
- Szasz, Ivonne y Lerner, Susana. (Comp.) (2005). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México.
- Tapia, Roberto; Bravo-García, Enrique y Uribe, Patricia. (2003). Evolución de la epidemia del SIDA en México. En: Alarcón, Donato y Ponce de León, Samuel. (2003). *El SIDA en México. Veinte años de la epidemia*. México: El Colegio Nacional, pp. 19-47.
- Toro, José y Varas, Nelson. (2008). Exclusión e internalización del estigma asociado con el VIH en hombres de la República Dominicana: implicaciones para la salud en América Latina y el Caribe. En: Piña, Julio y Sánchez-Sosa, Juan. (Coords.). (2008). *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH. Investigación e intervención*. México: Plaza y Valdés. pp. 233-256.
- Torres Pereda, María del Pilar (Ed.). (2010). *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México*. Serie Ángulos del SIDA. (Volumen 10). México: CENSIDA, INMUJERES.
- UNESCO. (2011). *Poner fin al estigma y a la discriminación relacionados con VIH-sida. Cuaderno metodológico para sensibilización y capacitación*. Quito: (Autor).
- UNESCO/ONUSIDA. (2003). *Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/Sida*. Colección especial de manuales metodológicos. (Autor).
- Valdez, Rubén y Varela, Felipe. (2011). Comportamientos sociales y gestión gubernamental. En: Centro de Enfermedades Infecciosas (CIENI). (2011). *30 años del VIH/SIDA. Perspectivas desde México*. México: (Autor), pp. 47-53.
- Vargas, Tetlanezi. (2011). Evolución del TAR: mejores fármacos y menos tomas. En: Centro de Enfermedades Infecciosas (CIENI). (2011). *30 años del VIH/SIDA. Perspectivas desde México*. México: (Autor), pp. 61-70.
- Tubert, Silvia. (Coord.). (2003). *Del sexo al género*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Weeks, Jeffrey. (2005). Entrevista. En: Szasz, Ivonne y Lerner, Susana. (Comp.) (2005). *Se-*

*xualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales.* México: El Colegio de México.

Weeks, Jeffrey. (2005). La construcción cultural de las sexualidades. En: Szasz, Ivonne y Lerner, Susana. (Comp.) (2005). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales.* México: El Colegio de México. pp. 165-185.

Weeks, Jeffrey. (2005). La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades. En: Szasz, Ivonne y Lerner, Susana. (Comp.) (2005). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales.* México: El Colegio de México. pp. 186-232.



## ANEXOS

## Anexo 1. Cartas descriptivas.

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 1</p> <p>Tema: Presentación</p> <p>Título: Tres verdades y una mentira.</p>	Que las y los participantes se relacionen y reflexionen sobre los prejuicios que se hacen sin conocer a las personas.	15 minutos	Gafetes Hojas Plumones	<p>Se instruye a las personas que escriban su nombre en el gafete y se lo coloquen.</p> <p>Se les informa que deberán escribir en la hojas tres verdades sobre sus vidas y una mentira. Posteriormente, se forman equipos de dos personas y se les pide que traten de adivinar cuál es la mentira en la presentación de sus compañeras/os.</p>	Favorecer la convivencia del grupo visibilizando las semejanzas y evitando que la discusión gire en torno a juicios de valor o cualquier otra forma de discriminación o señalamiento.	Se hace una reflexión sobre los prejuicios y se pregunta a los y las asistentes la forma en que se sienten.	C E N S I D A . (2009). CAPASITS Libres de homofobia y discriminación. Estrategia de sensibilización. México: (Autor).

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 1</p> <p>Tema: Reglas de convivencia</p> <p>Título: Se vale No se vale.</p>	<p>Que las y los participantes establezcan los acuerdos necesarios para llevar a cabo el taller.</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Cartulinas Plumones</p>	<p>Se instruye a las personas para que formen dos equipos, uno de hombres y otro de mujeres. Se pide a ambos equipos que construyan un reglamento por separado. Posteriormente se resaltan las coincidencias entre ambos grupos y se forma un reglamento a partir de ambas propuestas.</p>	<p>Visibilizar la diversidad de opiniones y fomentar el uso de valores para la integración del reglamento.</p>	<p>Se reflexiona sobre la importancia de las reglas de convivencia.</p>	<p>Guarda, Roberto. (2006). Manual de técnicas para la sensibilización sobre violencia de género y masculinidad en la comunidad. México: Instituto Jalisciense de las mujeres.</p> <p>Diver/ciudad. Género, equidad y respeto a la diversidad. (s/a). Sonora: Asociación Sonorense por una ciudad diversa e incluyente. A. C.</p> <p>(Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 1</p> <p>Tema: Presentación</p> <p>Título: Día de campo.</p>	Fomentar la integración del grupo y que las y los asistentes se aprendan el nombre de sus compañeros.	15 minutos	Ninguno	Se pide a las y los asistentes que formen un círculo y se les proporcionan las siguientes instrucciones: Vamos a jugar al día de campo, nos vamos a presentar mencionando nuestro nombre y lo que aportaremos al día de campo, y quienes no atinen a la clave del juego pasarán al centro del círculo y el reto del grupo podrá hacerles dos preguntas. Ejemplo: Yo soy Bianca y llevo bebidas. La clave del juego es que la letra inicial de lo que llevarán sea la misma que la de su nombre.	Buscar una convivencia divertida y relajada, que las preguntas no sean incómodas para las personas, recordar el reglamento si es necesario.	Comentar de forma breve la actividad.	García, Susana (Coord.). (2009). Cuaderno de trabajo con grupos. México: DDESER.

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 1</p> <p>Tema: Género</p> <p>Título: ¿Quién soy? ¿Qué hago?</p>	<p>Que las y los participantes reflexionen sobre la identidad femenina y masculina.</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Tarjetas Plumones Pizarrón Cinta adhesiva</p>	<p>Se reparte a cada participante dos tarjetas. En cada una deberá responder a las siguientes preguntas: ¿Quién soy? ¿Qué hago? Posteriormente se pegarán las tarjetas en el pizarrón en relación al género para identificar las similitudes y diferencias. Se comentan las oportunidades y limitaciones de ambos géneros.</p>	<p>Favorecer la reflexión a partir de las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las características centrales de la identidad femenina? ¿y de la masculina? ¿En qué se diferencian las actividades de cada género? ¿Qué oportunidades se tienen de acuerdo al género? ¿Cómo se viven las limitaciones?</p>	<p>Se comenta sobre la diversidad de experiencias y se inicia la reflexión sobre el concepto de género.</p>	<p>González, María (Coord.). (2008). Mujeres y hombres. ¿Qué tan diferentes somos? Manual de sensibilización en perspectiva de género. México: Instituto Jalisciense de las mujeres.</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 1</p> <p>Tema: Género</p> <p>Título: ¿Diferencias de sexo o de género?</p>	Que las y los participantes identifiquen las diferencias entre los conceptos de sexo y género.	25 minutos	Fotocopia del cuadro: ¿Diferencia de sexo o de género? (Ver anexo 1.1.1).	El facilitador o facilitadora explica brevemente el concepto de sexo y el de género. Se forman equipos de 4 o 5 integrantes, se les reparte a los equipos una copia del anexo: ¿Diferencia de sexo o de género? Que contiene 20 oraciones de las cuales deben identificar si se trata del concepto de sexo o de género.	Es importante acercarse a los grupos de trabajo y aclarar algunas dudas y propiciar la reflexión en los equipos, para que les sea posible argumentar sus respuestas.	Se corrigen los errores de las y los participantes ampliando la explicación de los conceptos.	González, María (Coord.). (2008). Mujeres y hombres. ¿Qué tan diferentes somos? Manual de sensibilización en perspectiva de género. México: Instituto Jalisciense de las mujeres.

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 1</p> <p>Tema: Género</p> <p>Título: Identidades de género</p>	Que las y los participantes reflexionen sobre las identidades, roles, estereotipos y cambios en el tema de género.	45 minutos	Cartulinas Plumones	<p>Se forman 2 equipos, uno de mujeres y otro de hombres. Se les pide que una cartulina describan las ventajas de pertenecer a su género. Posteriormente se les pide que cierren los ojos y el facilitador o facilitadora los y las induce en un ejercicio de visualización, en dónde van a vivir una transformación de su cuerpo hacia el otro género. Al terminar se les pide que abran los ojos e indiquen en otra cartulina las ventajas de pertenecer al otro género. En plenaria se discuten las todas las ventajas.</p>	El ejercicio de visualización debe guiarse poco a poco, mencionando las principales transformaciones en el cuerpo con tono de sorpresa, pero manteniendo la seriedad.	Es necesario recuperar algunas experiencias de los participantes y reflexionar sobre los roles y estereotipos de género, así como del proceso de cambio de género y de ponerse en el lugar del otro/a.	Guarda, Roberto. (2006). Manual de técnicas para la sensibilización sobre violencia de género y masculinidad en la comunidad. México: Instituto Jalisciense de las mujeres

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 1</p> <p>Tema: Género</p> <p>Título: Las consignas</p>	Que las y los participantes reflexionen a cerca del «deber ser» de los géneros y la forma en que se constituye.	15 minutos	Pizarrón	<p>Se divide el pizarrón en dos, de un lado se escribirá el deber ser de las mujeres, y del otro el de los hombres. Mediante una lluvia de ideas los y las participantes van a sugerir las formas en que incorporaron los mandatos del género.</p> <p>Ejemplificar con frases como: Los niños no lloran Las niñas son bonitas.</p>	Reflexionar la forma en que se adquirieron estas consignas, si fue a través de la motivación o el castigo.	Iniciar la discusión sobre la discriminación en el proceso formativo del género.	Diver/ciudad. Género, equidad y respeto a la diversidad. (s/a). Sonora: Asociación Sonorense por una ciudad diversa e incluyente. A. C.



Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 1</p> <p>Tema: Género</p> <p>Título: Línea de vida de discriminación de género</p>	Que las y los asistentes se sensibilicen sobre la discriminación y estigmatización de género.	20 minutos	Plumones Hojas Cinta adhesiva	Se pide al grupo que realice una línea de vida pegando las hojas, y en ella van a escribir los momentos de censura o discriminación que han vivido por no apegarse a su rol de género. Se invita a comentar experiencias y se reflexiona sobre la discriminación y el señalamiento.	Fomentar la reflexión a partir de las siguientes preguntas: ¿Cómo nos sentimos al recordar esos momentos? ¿Se siente diferente vivirlas cómo hombre o mujer? ¿Cómo nos identificamos con otros que han vivido este tipo de discriminación? ¿Qué podemos hacer para evitar esta discriminación? ¿Cómo contribuimos a reforzar estas conductas? ¿Cómo vivirán este proceso las personas que trasgreden el género a través de su identidad?	Se rescatan las propuestas para evitar la discriminación y el señalamiento.	<p>González, María (Coord.). (2008). Mujeres y hombres. ¿Qué tan diferentes somos? Manual de sensibilización en perspectiva de género. México: Instituto Jalisciense de las mujeres.</p> <p>Diver/ciudad. Género, equidad y respeto a la diversidad. (s/a). Sonora: Asociación Sonorense por una ciudad diversa e incluyente. A. C.</p> <p>(Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 1</p> <p>Tema:</p> <p>Género</p> <p>Título:</p> <p>El rompecabezas</p>	<p>Que las y los asistentes formen equipos, convivan y se relajen.</p>	<p>15 minutos</p>	<p>5 postales recortadas en forma de rompecabezas</p>	<p>Los y las participantes se pondrán de pie y se les repartirán fragmentos de la postal al azar. Se les pedirá que se dispersen a través del salón y posteriormente se les dará la indicación de que formen la postal buscando entre los y las asistentes el resto de la imagen y armen su rompecabezas.</p>	<p>Pedir a los y las asistentes realizar la actividad en orden.</p>	<p>Se dará un aplauso al equipo que logre primero armar el rompecabezas. Posteriormente se pide a las y los participantes que se sienten en círculos de acuerdo al equipo que formaron.</p>	<p>Cándelo, Carmen; Gracia, Ana y Unger, Bárbara. (2003). Hacer talleres. Una guía práctica para capacitadores. Cali: WWF – InWEnt (DSE) – IFOK.</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 1</p> <p>Tema: Género</p> <p>Título: Dibujando otras formas de vida para convivir con equidad.</p>	Que las y los asistentes propongan formas más equitativas para que se relacionen los géneros.	25 minutos	Cartulinas Plumones	Se repartirá a cada equipo cartulinas y plumones para que realicen una representación sobre alguna propuesta o idea para vivir relaciones de género más equitativas. Cuando cada equipo termine se realizará una exhibición de los trabajos pegándolos en un muro para que todos puedan observarlos y comentar las propuestas.	Generar la reflexión a partir de las siguientes preguntas: ¿Qué sentimientos genera realizar este dibujo? ¿Qué ideas y visión del futuro refleja este mural? ¿Cómo participamos hombres y mujeres y qué diferencias se perciben?	Para finalizar la actividad se realizará una sesión de fotos de cada equipo con sus obras.	González, María (Coord.). (2008). Mujeres y hombres. ¿Qué tan diferentes somos? Manual de sensibilización en perspectiva de género. México: Instituto Jalisciense de las mujeres.

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 1</p> <p>Tema: Género</p> <p>Título: Se solicita...</p>	Que las y los asistentes reflexionen sobre los estereotipos de género y la discriminación.	20 minutos	Periódicos Marca textos	Se formarán equipos de 4 personas, luego se repartirá a cada grupo la sección de empleos del periódico. Se les pedirá que resalten las características que se solicitan en los anuncios para hombres y mujeres y que comparen las diferencias.	Favorecer la reflexión a partir de los estereotipos de género y señalar las formas de discriminación y violencia de género que puedan darse. Es importante realizar las siguientes preguntas: ¿Pueden desarrollar esta actividad las personas del otro género o de una identidad trans? ¿Por qué cuesta trabajo pensar que es posible? ¿Qué relación tienen los roles de género con el estigma y la discriminación? ¿A qué se renuncia siendo hombre, siendo mujer o viviendo una identidad transgénero?	Para finalizar la actividad se pedirá al grupo que construya una propuesta para un anuncio de empleo desde la perspectiva de género.	Loera, Clara; López, Ricardo; Munguía, Eva; Martínez, María y Olivo, Nelly. (2007). La equidad de género en la administración pública. Capacitación para el personal del Gobierno del Distrito Federal. México: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.  (Adaptación).

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 2</p> <p>Tema: Formación de equipos</p> <p>Título: Parejas famosas</p>	Que las y los participantes formen equipos de forma relajada.	10 minutos	Papelitos con nombres que conforman parejas famosas, por ejemplo: Romeo-Julietta Sol-Luna Batman-Robin, etc.	Se pedirá a cada participante que tome un papelito y lea su contenido al finalizar la repartición. Posteriormente cada persona deberá buscar a su pareja en el salón.	Pedir al grupo que trate de actuar como su personaje para encontrar a su pareja.	Una vez unidas todas las parejas se sentarán juntas para realizar la siguiente actividad.	Cándelo, Carmen; Gracia, Ana y Unger, Bárbara. (2003). Hacer talleres. Una guía práctica para capacitadores. Cali: WWF – InWEnt (DSE) – IFOK.

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 2</p> <p>Tema: Género</p> <p>Título: La identidad femenina</p>	Que las y los asistentes reflexionen sobre la identidad femenina y sus roles de género.	30 minutos	Hojas Plumas Lectura: “Ella y los hombres”. (Ver Anexo 1.2.1).	Se les instruye a leer el material en parejas, se les pide que anoten los puntos importantes de su reflexión y luego se exponen en plenaria.	<p>Favorecer la reflexión a partir de los siguientes puntos:</p> <p>Las mujeres son educadas para <i>ser para otros</i>, por lo tanto sus planes y metas son en función de otros.</p> <p>La idealización de los hombres en la lectura, misma que invisibiliza a la protagonista para sí misma y para los hombres.</p> <p>Que anularse como persona genera malestar físico y emocional (depresión/somatización).</p> <p>Que el empoderamiento implica entonces verse a sí misma, reconocer sus planes, aspiraciones y sueños personales.</p>	Se realiza una conclusión a partir de las aportaciones del grupo.	Guarda, Roberto. (2006). Manual de técnicas para la sensibilización sobre violencia de género y masculinidad en la comunidad. México: Instituto Jalisciense de las mujeres.

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 2</p> <p>Tema: Género</p> <p>Título: Temas que preocupan a los hombres</p>	Que las y los asistentes reflexionen sobre la identidad masculina y sus roles de género.	30 minutos	Hojas Plumas Lectura: “Temas que preocupan a los hombres pero son silenciados”. (Ver Anexo 1.2.2).	Se forman equipos de 5 personas, preferentemente mixtos. Se instruye a las y los participantes a leer el material. Se pide a los hombres que compartan sus experiencias relacionadas con la lectura y a las mujeres que expresen si estaban enteradas de estos temas, y de ser así que compartan su experiencia.	Favorecer la reflexión a partir de los siguientes puntos: Los temas de la lectura tienen que ver con la vulnerabilidad. Que el silencio es parte de una estructura social masculina que quiere evitar que los hombres se vean como mortales y vulnerables. Resaltar las dificultades de vivir los estereotipos de la masculinidad hegemónica.	Se realiza una reflexión sobre la importancia de cambiar la rigidez de los roles de género y la violencia que ejerce la estructura social en los hombres.	Guarda, Roberto. (2006). Manual de técnicas para la sensibilización sobre violencia de género y masculinidad en la comunidad. México: Instituto Jalisciense de las mujeres.

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 2</p> <p>Tema: Sexualidad</p> <p>Título: Si para mi No para mi</p>	Que las y los asistentes reconozcan la diversidad de las expresiones de la sexualidad.	15 minutos	Lista de frases sobre comportamientos sexuales. Cinta o gis para dividir el salón en tres partes.	Se marca el salón en tres áreas (SI-NEUTRO-NO). El facilitador o facilitadora va a dar lectura a frases que tienen que ver con comportamientos sexuales. Por ejemplo: “Me gusta que me digan palabras cariñosas y sensuales”. A partir de cada frase, el grupo debe posicionarse en el lugar que vaya más de acuerdo a su preferencia.	Se pueden emplear las frases de la lista y complementar con otras de acuerdo a las características del grupo o a los comentarios emitidos en las actividades anteriores.	Se realiza una reflexión sobre la diversidad en las expresiones de la sexualidad y los prejuicios que a veces se generan.	Kendall, Tamil y Pérez, Hilda. (2004). Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. México: Colectivo Sol.



Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 2</p> <p>Tema: Sexualidad</p> <p>Título: Sexualidad masculina</p>	Que las y los asistentes exploren y reflexionen sobre temas importantes en la sexualidad masculina.	30 minutos	<p>Papelitos con los siguientes temas escritos:</p> <p>Disfunción eréctil</p> <p>Sensualidad</p> <p>Orgasmo</p> <p>Tamaño del pene</p> <p>Infidelidad</p> <p>Violencia sexual</p> <p>Educación sexual</p> <p>Lectura: “Reflexiones sobre la sexualidad en los hombres”. (Ver Anexo 1.2.3).</p>	<p>Se forman equipos de 5 personas, se les pide que tomen un papelito por equipo para definir el tema que tendrán que discutir.</p> <p>Luego de 10 minutos se les pide que compartan su reflexión y se comentan los temas en plenaria. Para finalizar se narra la lectura párrafo a párrafo por diferentes miembros del grupo.</p>	<p>Es necesario fomentar la reflexión a partir de los siguientes puntos:</p> <p>Que frecuentemente los hombres tienen poca información sobre la sexualidad (debido al mandato de género de que «lo saben todo»).</p> <p>Que existe una tendencia para centrar la sexualidad masculina en el tamaño del pene o la erección.</p> <p>Muchas veces la violencia sexual es silenciada, no se pide ayuda o no se identifica.</p> <p>Que se explora poco la sensualidad y el erotismo.</p> <p>Es necesario hablar del orgasmo diferenciándolo de la eyaculación.</p>	Se realiza el cierre con una conclusión general a partir de los comentarios de los equipos y de la lectura.	<p>Guarda, Roberto. (2006). Manual de técnicas para la sensibilización sobre violencia de género y masculinidad en la comunidad. México: Instituto Jalisciense de las mujeres.</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 2</p> <p>Tema: Sexualidad</p> <p>Título: Mi sexualidad</p>	Que las y los asistentes exploren cómo viven los diferentes componentes de la sexualidad.	20 minutos	Cartulina Plumones	Se pide a las y los asistentes que dibujen una silueta que los represente. Posteriormente se les instruye sobre los diferentes componentes de la sexualidad y se vinculan con alguna parte del cuerpo. (cabeza-pensamientos, manos-comportamientos, piernas-identidad, corazón-sentimientos, estómago-forma de relacionarse y por todo el cuerpo-intimidad sexual). A partir de esos elementos deberán marcar y describir en su silueta la forma en que viven cada componente de la sexualidad.	Es necesario fomentar la reflexión a partir de la diversidad de experiencias con cada componente de la sexualidad.	Los participantes expondrán su silueta y comentarán cómo quieren seguir viviendo su sexualidad en cada componente. Para finalizar se reflexionará sobre las cosas que no se hablan, no se hacen o se ocultan de la sexualidad por miedo a los prejuicios, a la estigmatización y discriminación.	<p>U N E S C O . (2011). Poner fin al estigma y a la discriminación relacionados con VIH-Sida. Cuaderno metodológico para sensibilización y capacitación. Quito: (Autor).</p> <p>Cándelo, Carmen; Gracia, Ana y Unger, Bárbara. (2003). Hacer talleres. Una guía práctica para capacitadores. Cali: WWF – InWEnt (DSE) – IFOK.</p> <p>(Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 2</p> <p>Tema: Discriminación y estigmatización</p> <p>Título: Descubriendo los rostros</p>	Sensibilizar al grupo sobre la discriminación y estigmatización	60 minutos	<p>Antifaces</p> <p>Plumones</p> <p>Pinturas</p> <p>Plumas</p> <p>Brillantina</p> <p>Hojas de colores</p> <p>Maquillaje de colores</p> <p>Toallas húmedas</p> <p>Música alegre y tranquila.</p>	<p>Se les reparte un antifaz para que lo decoren como sea su agrado. (<i>Se pone música alegre</i>).</p> <p>Luego se les pide que maquillen su rostro con la expresión de una emoción que hayan sentido en algún momento por ser discriminados o señalados (por su raza, peso, género, etc.). (<i>Se pone música tranquila</i>). Luego se les pide que se coloquen encima su antifaz y formen dos círculos, de modo que queden frente a otro participante y van a comentar cada pregunta que realice el facilitador/a con una persona diferente, moviéndose a la derecha al terminar de responder.</p>	<p>Las preguntas serán las siguientes:</p> <p>¿Qué piensas mi antifaz?</p> <p>¿Cómo crees que soy realmente?</p> <p>¿Cómo te sentiste al ser señalado en el pasado?</p> <p>¿Por qué usamos máscaras frente a las demás personas?</p> <p>¿Cómo nos sentiríamos si tuviéramos que experimentar el estigma de vivir con VIH?</p>	Se pide al grupo que se quiten los antifaces y se coloquen en sus lugares para comentar en plenaria algunas propuestas para evitar el estigma. Al terminar se les reparten toallas húmedas para limpiar su rostro.	<p>U N E S C O . (2011). Poner fin al estigma y a la discriminación relacionados con VIH-Sida. Cuaderno metodológico para sensibilización y capacitación. Quito: (Autor). (Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 3</p> <p>Tema: Prejuicios</p> <p>Título: Historia sin historia</p>	<p>Que las y los asistentes se percaten de los elementos y juicios personales que pueden intervenir en la vida cotidiana.</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Ninguno</p>	<p>Se pide a 4 voluntarios/as que salgan del salón unos minutos mientras al resto del grupo se le cuenta una historia que ellos deberán adivinar posteriormente. Para descubrir la historia sólo podrán hacer preguntas que se respondan con SI/NO. Cuando las 4 personas salen se le explica al grupo que no habrá historia, pero cuando sus compañeros/as realicen las preguntas contestarán de acuerdo a las siguientes reglas: Cuando la última palabra de la pregunta es con vocal: SI Cuando es consonante: NO.</p>	<p>Es necesario fomentar la reflexión a partir de los siguientes puntos:          ¿De dónde surgió la historia?          ¿Qué tiene que ver con ellos?          ¿Cómo se relaciona con sus ideas, sentimientos y prejuicios?</p>	<p>Se explica el procedimiento que se siguió para los que salieron y se reflexiona sobre cómo en la historia que inventaron incluyeron elementos de su propia experiencia.</p>	<p>García, Susana (Coord.). (2009). Cuaderno de trabajo con grupos. México: DDESER.</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 3</p> <p>Tema: Sexualidad y prejuicios</p> <p>Título: Autoexploración corporal</p>	Que las y los asistentes exploren cómo perciben su sexualidad.	40 minutos	Hojas Plumas	Se induce al grupo en un ejercicio de visualización en el que van a ir recorriendo las diferentes sensaciones que perciben en su cuerpo, se les pedirá que tomen un momento para detenerse en las partes que consideran «sucias» y revisen sus prejuicios respecto a ellas. Al terminar el ejercicio se les pedirá que le escriban una carta a la parte del cuerpo que eligieron.	Es necesario resaltar la importancia de conocer las diferentes sensaciones que se producen en el cuerpo para el ejercicio de la sexualidad. Debe promoverse una reflexión sobre los prejuicios sexuales, identificar de dónde vienen y cómo se aprenden.	Se comparten algunas cartas y se realiza una conclusión a partir de las experiencias de las y los participantes, haciendo énfasis en los prejuicios y la estigmatización.	García, Susana (Coord.). (2009). Cuaderno de trabajo con grupos. México: DDESER.  (Adaptación).

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 3</p> <p>Tema: Estigmatización, discriminación y prejuicios</p> <p>Título: Las etiquetas</p>	Que las y los asistentes reflexionen sobre estos temas, los puedan identificar y aprendan nuevas formas de expresarse libres de señalamientos.	30 minutos	<p>Gafetes con etiquetas que constituyen formas de discriminación.</p> <p>Etiquetas con el termino políticamente correcto.</p> <p>Etiquetas con el tipo de discriminación. (Ver Anexo 1.3.1).</p> <p>Fotocopias del material: “Las discriminaciones”. (Ver Anexo 1.3.2).</p>	Se reparten los gafetes al azar, se colocan en la frente y se pide al grupo que se traten entre sí de acuerdo a la etiqueta que tienen puesta de forma evidente. Luego de unos minutos se reflexiona sobre las experiencias de las y los participantes, se reparten etiquetas con las formas correctas de lenguaje y el tipo de discriminación que se ejerce al no hacerlo, para que el grupo las identifique.	<p>Es necesario fomentar la reflexión a partir de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cómo se sintieron con el trato que recibieron?</p> <p>¿Cómo te sentiste al tratar así a los demás? ¿Qué significa discriminar?</p> <p>¿Qué significa estigmatizar?</p> <p>¿Cómo se puede evitar?</p>	Se hace énfasis en la experiencia de ser discriminado o señalado a partir de la etiqueta, promoviendo que las y los participantes reflexionen sobre sus prejuicios. Se les reparte una copia del anexo “Las discriminaciones” para que se lleven a casa.	<p>CENSIDA. (2009). CAPASITS Libres de homofobia y discriminación. Estrategia de sensibilización. México: (Autor).</p> <p>UNESCO. (2011). Poner fin al estigma y a la discriminación relacionados con VIH-Sida. Cuaderno metodológico para sensibilización y capacitación. Quito: (Autor).</p> <p>(Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 3</p> <p>Tema: Toma de decisiones</p> <p>Título: Tigre o gacela</p>	Que las y los asistentes tomen conciencia sobre sus propios valores y toma de decisiones.	20 minutos	Lectura: “Tigre o gacela”. (Ver Anexo 1.3.3). Hojas Plumas	Se leerá el material párrafo a párrafo por diferentes participantes. Al terminar la lectura cada participante deberá escribir un final para la historia de acuerdo a sus valores. Posteriormente se expondrán los finales, cada asistente deberá explicar por qué eligió esa conclusión y quién no este de acuerdo podrá expresar su opinión de forma ordenada.	Es necesario re-tomar la historia resaltando que cada persona tiene circunstancias distintas que las llevan a tomar diferentes decisiones, mismas que son consideradas las mejores en ese momento.	Se cierra con una reflexión sobre los elementos que pueden definir las decisiones de cada persona.	C E N S I D A . (2009). CAPASITS Libres de homofobia y discriminación. Estrategia de sensibilización. México: (Autor).

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 3</p> <p>Tema: Estigmatización, discriminación y prejuicios</p> <p>Título: Disidencia sexual</p>	<p>Que las y los asistentes se sensibilicen sobre identidades sexo-généricas disidentes e identifiquen sus propios prejuicios o formas de discriminación que han llevado a cabo o han vivido.</p>	20 minutos	<p>Hilos de 5 colores diferentes</p> <p>Hojas</p> <p>Plumas</p>	<p>Se da a elegir a los participantes hilos de diferentes colores, posteriormente se les pedirá que se agrupen de acuerdo al color de hilo que tienen. Ya en equipo de les asignará un tema:</p> <p>Homosexual</p> <p>Transexual</p> <p>Bisexual</p> <p>Heterosexual</p> <p>Transgénero</p> <p>Travesti</p> <p>Intersexual</p> <p>Para que lo comenten y describan una definición para sus compañeros a partir de lo que saben al respecto.</p>	<p>Es importante reflexionar sobre la homofobia y los prejuicios que se identifiquen en el grupo. Fomentar que se compartan experiencias personales sobre este tipo de discriminación.</p>	<p>Se cierra con una explicación de cada categoría y se reflexiona sobre las implicaciones de la homofobia y transfobia.</p>	<p>C E N S I D A . (2009). CAPASITS Libres de homofobia y discriminación. Estrategia de sensibilización. México: (Autor).</p> <p>(Adaptación).</p>



Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 3</p> <p>Tema: Estigmatización, discriminación y prejuicios</p> <p>Título: El gato y el ratón</p>	<p>Que las y los asistentes se sensibilicen sobre la experiencia de discriminar y/o estigmatizar, y por otro lado, de ser señalados y/o violentados a través de estos procesos.</p>	30 minutos	<p>Guía para ejercicio de visualización “El gato y el ratón”. (Ver Anexo 1.3.4).</p>	<p>Se pide a las y los asistentes que se pongan cómodos y cierren los ojos para realizar el ejercicio de visualización. Posteriormente se conduce una reflexión grupal sobre las experiencias del grupo.</p>	<p>Generar la reflexión a partir de las siguientes preguntas: ¿Cómo me sentí? ¿Qué viví al ser gato? ¿Y al ser ratón? ¿Cómo me gustaría ser y actuar al momento de ser gato? ¿Cómo me gustaría ser y actuar al ser ratón?</p>	<p>Se cierra comentando que en cualquiera de las situaciones hay alternativas, que pese a la vulnerabilidad es posible generar cambios. Retomar conceptos como el uso del poder y la empatía.</p>	<p>Diver/ciudad. Género, equidad y respeto a la diversidad. (s/a). Sonora: Asociación Sonorense por una ciudad diversa e incluyente. A. C.</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 3</p> <p>Tema: Distensión</p> <p>Título: Canasta de frutas</p>	Que el grupo se relaje.	15 minutos	Ninguno	Se pide a las y los asistentes que formen un círculo con sus sillas, el facilitador/a permanecerá al centro del círculo y pedirá a cada miembro del grupo que mencione su fruta favorita. Cuando todas/os hayan mencionado su fruta, la persona que coordina dirá el nombre de una fruta, y las personas que mencionaron esa fruta deberán cambiar de lugar. La persona que quede de pie debe responder a una pregunta y repetirá la dinámica. Cuando se desee que todas las personas cambien de lugar se dirá "Canasta de frutas".	Promover una convivencia divertida y que las preguntas no rompan las reglas de convivencia.	Se cierra cuando la persona que coordina señala que el tiempo para la actividad ha terminado e invite a las y los participantes a tomar su lugar habitual en el salón.	Loera, Clara; López, Ricardo; Munguía, Eva; Martínez, María y Olivo, Nelly. (2007). La equidad de género en la administración pública. Capacitación para el personal del Gobierno del Distrito Federal. México: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 3</p> <p>Tema: Estigmatización, discriminación y prejuicios</p> <p>Título: Discriminación, estigma y homofobia</p>	Que el grupo se sensibilice sobre la discriminación, estigmatización y homofobia, así como las formas y el grado en el que las ejerce.	30 minutos	Fotocopias del material: "Frasas incompletas". (Ver Anexo 1.3.5). "Cuestionario de homofobia". (Ver Anexo 1. 3.6).	Se reparte al grupo el formato de frases incompletas y se les da 10 minutos para responderlo. Terminado el tiempo se discute en plenaria las opiniones y experiencias al contestarlo y se explican los conceptos de discriminación y estigmatización. Posteriormente se les proporciona el cuestionario de homofobia y se les pide que lo respondan en 10 minutos.	Se retoma la reflexión de los prejuicios, discriminación y estigmatización.	Se pregunta a los asistentes como se sintieron con ambas actividades, y si hubo algún cambio entre una y otra.	Diver/ciudad. C E N S I D A . (2009). CAPASITS Libres de homofobia y discriminación. Estrategia de sensibilización. México: (Autor). (Adaptación).

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 4</p> <p>Tema: Estigmatización y VIH/sida.</p> <p>Título: El volante</p>	<p>Que el grupo se sensibilice sobre la estigmatización y discriminación asociada a las personas que viven con VIH/Sida.</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Fotocopias del material: “Volante de 1987”. (Ver Anexo 1.4.1).</p>	<p>Se reparte a todos los miembros del grupo una copia del volante repartido en 1987 para que identifiquen cómo se expresa la discriminación, estigmatización y desinformación sobre VIH y expresen su opinión al respecto.</p>	<p>Es necesario explicar el contexto histórico y las características iniciales de la epidemia de VIH/Sida para explicar la estigmatización y compartir información actualizada para comenzar a romper los mitos relacionados al VIH/Sida.</p>	<p>Se reflexiona sobre la importancia de informar de forma adecuada y prevenir la discriminación y estigmatización.</p>	<p>CENSIDA. (2009). CAPASITS Libres de homofobia y discriminación. Estrategia de sensibilización. México: (Autor). (Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 4</p> <p>Tema: VIH/Sida</p> <p>Título: Sociodrama</p>	Que el grupo identifique formas de transmisión, prevención y experiencias relacionadas al VIH/sida.	15 minutos	Fotocopias del material: "Casos para reflexionar". (Ver Anexo 1.4.2).	Se forman equipos y a cada uno se le asigna un caso para representar. Mientras dos miembros del equipo actúan la situación, el resto aconsejará sobre la mejor decisión que se puede tomar en cada situación. Al final de las representaciones el facilitador o facilitadora comentará sobre las mejores prácticas mencionadas y las describirá de forma más detallada.	Corregir errores conceptuales, actitudes prejuiciosas o que fomenten la discriminación o estigmatización asociada al VIH/Sida.	Se da un aplauso al grupo por su participación.	García, Susana (Coord.). (2009). Cuaderno de trabajo con grupos. México: DDESER.

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 4</p> <p>Tema: VIH/Sida</p> <p>Título: La caja de Pandora</p>	Que el grupo identifique los mitos y aprenda información veraz relacionada al VIH/sida.	25 minutos	<p>Una caja (tamaño aproximado a una caja de zapatos) con una apertura circular en la parte superior que permita introducir la mano sin que se observe el contenido.</p> <p>Tarjetas con información sobre VIH/Sida. (Ver Anexo 1.4.3).</p>	Se pedirá a cada participante que pase al frente y tome una tarjeta de la caja. Deberá leerla en voz alta y responder si se trata de un hecho o una falsa creencia. El facilitador o facilitadora corregirá o ampliará la información según sea el caso.	Tratar de explicar de forma simple pero amplia los conceptos, mitos y realidades relacionados al VIH/Sida.	Se pregunta al grupo como adquirieron la información que tenían sobre el VIH y si pudieron ampliarla o aclararla con el ejercicio.	<p>MPS-UNFPA. (2011). Guía de prevención-VIH/Sida. Mujeres trans. Bogotá: (Autor).</p> <p>García, Susana (Coord.). (2009). Cuaderno de trabajo con grupos. México: DDESER.</p> <p>(Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 4</p> <p>Tema: VIH/Sida</p> <p>Título: Fotografías</p>	Que el grupo identifique sus propios prejuicios vinculados al VIH/sida.	15 minutos	5 fotocopias de 15 fotografías de distintas personas. sobre VIH/Sida. (Ver Anexo 1.4.4).	<p>Se forman equipos y a cada uno se le entrega una serie de fotografías.</p> <p>Se les pide que traten de adivinar quién vive con VIH o sida.</p>	La respuesta en cada equipo siempre debe ser “No se”, si se elige a alguien es necesario preguntar por qué lo creen y resaltar los prejuicios que se expresan en esa decisión.	Se reflexiona sobre la estigmatización de ciertas personas consideradas como parte de “grupos de riesgo” y se proporciona la información adecuada.	U N E S C O . (2011). Poner fin al estigma y a la discriminación relacionados con VIH-Sida. Cuaderno metodológico para sensibilización y capacitación. Quito: (Autor).

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 4</p> <p>Tema: Riesgo y vulnerabilidad en VIH/Sida</p> <p>Título: Las siluetas</p>	Que el grupo identifique los factores de vulnerabilidad de género para adquirir VIH/sida.	25 minutos	Una silueta masculina y otra femenina de tamaño real dibujadas sobre cartón. Plumones de colores	Se pide a las y los participantes que pasen a marcar en las siluetas algunos atributos o mandatos de lo femenino y masculino. Posteriormente la persona que coordina va a retomar cada uno de los tributos y a preguntar al grupo si creen que ese mandato puede vulnerar a las personas para adquirir VIH.	Es necesario visibilizar cómo estos atributos generan vulnerabilidad a través de ejemplos concretos. Explicar los conceptos de riesgo y vulnerabilidad.	Se sugiere discutir en plenaria cómo podrían cuestionarse estas construcciones sociales y así reducir las infecciones por VIH.	MPS-UNFPA. (2011). Guía de prevención-VIH/Sida. Mujeres trans. Bogotá: (Autor).



Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 4</p> <p>Tema: Formación de equipos</p> <p>Título: El coro de animales</p>	Que el grupo forme equipos de forma relajada.	10 minutos	<p>5 grupos de tarjetas con los siguientes animales:</p> <p>Perros y perras Gatas y gatos Changos y changas Elefantes y elefantas Ratones y ratonas.</p>	El facilitador o facilitadora entregará a cada participante una tarjeta al azar y se le pide que vea su contenido hasta que se hayan repartido todas. Posteriormente se les da la indicación que actúen como el animal que les toco (imitando su sonido), de forma que puedan encontrar al resto de su manada o familia.	Fomentar que la actividad sea divertida para el grupo.	El equipo que encuentre primero a todos sus miembros recibe un aplauso.	<p>Cándelo, Carmen; Gracia, Ana y Unger, Bárbara. (2003). Hacer talleres. Una guía práctica para capacitadores. Cali: WWF – InWent (DSE) – IFOK.</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 4</p> <p>Tema: Riesgo y vulnerabilidad en VIH/Sida</p> <p>Título: La campaña</p>	Que el grupo identifique los factores de vulnerabilidad de género para adquirir VIH/sida en poblaciones específicas.	45 minutos	Cartulinas Plu- mones de colores	<p>Se a cada equipo dos poblaciones para que:</p> <p>Identifiquen los factores de vulnerabilidad.</p> <p>Propongan una campaña para reducir estos factores.</p> <p>Las poblaciones son:</p> <p>Mujeres casadas o en noviazgo+Hombres heterosexuales</p> <p>Hombres (HSH) + Hombres gay</p> <p>Trabajadoras sexuales+Trabajadores sexuales</p> <p>Migrantes+Parejas de migrantes</p> <p>Presos+presas</p> <p>Indígenas+Personas de entornos rurales</p> <p>Mujeres jóvenes con parejas mayores+Lesbianas</p> <p>Personas trans+-</p> <p>Jóvenes UDI</p> <p>Hombres+UDI</p> <p>Mujeres</p>	<p>Es necesario retroalimentar con la información correcta para evitar la estigmatización y prejuicios hacia los grupos. La estrategia debe incluir un mensaje acorde a la población, el medio más adecuado que proponen para difundirla y el resultado que se espera.</p>	Se concluye la actividad con la presentación de las campañas y los comentarios realizados por el grupo y la persona que coordina la actividad.	<p>UNESCO. (2011). Poner fin al estigma y a la discriminación relacionados con VIH-Sida. Cuaderno metodológico para sensibilización y capacitación. Quito: (Autor).</p> <p>Coria, César; Ayllón, Ricardo y Ornelas, Juan. (2014). Por una sexualidad libre. Guía para la sensibilización y capacitación de promotoras y promotores juveniles en salud sexual. México: Gendes-CEN-SIDA</p> <p>(Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 4</p> <p>Tema: Estigmatización y VIH/Sida</p> <p>Título: El VIH no es un juego</p>	<p>Que el grupo adquiera conocimientos reales y libres de estigmatización y discriminación relacionados con el VIH/Sida.</p>	<p>45 minutos</p>	<p>Un tablero de serpientes y escaleras</p> <p>Un par de dados</p> <p>Tarjetas con preguntas sobre VIH</p> <p>Tarjetas con las respuestas correctas (Ver Anexo 1.4.5).</p> <p>Premio simbólico</p>	<p>Cada participante pasará en orden a tirar los dados y de se le leerá una pregunta de las tarjetas.</p> <p>La persona deberá responder a la pregunta y el facilitador o facilitadora la ampliará leyendo la respuesta y explicando al grupo si hay dudas.</p>	<p>Fomentar que la actividad sea divertida para el grupo y verificar que la información se entienda pidiendo o dando ejemplos.</p>	<p>El participante que llegue primero a la meta recibirá un premio.</p>	<p>U N E S C O . (2011). Poner fin al estigma y a la discriminación relacionados con VIH-Sida. Cuaderno metodológico para sensibilización y capacitación. Quito: (Autor).</p> <p>(Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 5</p> <p>Tema: VIH/Sida</p> <p>Título: Cuestionario sobre VIH/Sida</p>	<p>Evaluar los conocimientos adquiridos la sesión anterior sobre VIH/Sida.</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Fotocopias del “C u e s t i o n a - r i o sobre VIH/Sida” (Ver Anexo 1.5.1).</p>	<p>Se repartirá a cada participante un juego de fotocopias del cuestionario. Se les explicará que tienen 15 minutos para contestarlo y terminado ese tiempo o antes si es el caso deberán entregarlo al facilitador o facilitadora.</p>	<p>Explicar que no se trata de un examen, que los resultados son para evaluar la claridad de la información en el taller.</p>	<p>Se agradecerá la participación del grupo.</p>	<p>Coria, César; Ayllón, Ricardo y Ornelas, Juan. (2014). Por una sexualidad libre. Guía para la sensibilización y capacitación de promotoras y promotores juveniles en salud sexual. México: Gendes-CENSI-DA</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 5</p> <p>Tema: Vulnerabilidad al VIH/Sida</p> <p>Título: En los tacones y zapatos de otras y otros.</p>	Sensibilizar al grupo sobre experiencia de vivir con VIH/Sida.	45 minutos	<p>Fotocopias del material: “En los tacones y zapatos de otras y otros”. (Ver Anexo 1.5.2).</p> <p>Hojas</p> <p>Plumas</p> <p>Fotocopias del formato “Compromisos-Acciones concretas”. (Ver Anexo 1.5.3).</p>	<p>Se forman equipos de 4 integrantes. A cada equipo se le asigna un testimonio para que lo analicen. A partir de la lectura el equipo de verá resolver las siguientes preguntas: ¿El contexto de la persona influyó en la adquisición del virus? ¿Cómo vive la persona los mandatos de género? ¿Éstos se relacionan con las decisiones que tomo y la pusieron en riesgo de infectarse? ¿Los cambios, que se experimentan en la historia de vida se relacionan con el estigma y la discriminación? ¿Por qué? ¿Cómo puede cambiar esta situación?</p>	<p>Es importante pasar con cada equipo para resolver dudas y colaborar con la discusión. Favorecer que los equipos aborden las vulnerabilidades y conductas de riesgo que se presentan en consecuencia. Comentar los propios prejuicios relacionados con los testimonios. Cada equipo expone sus reflexiones. La persona que coordina el grupo retroalimenta y amplía la información.</p>	<p>Se les entrega el formato de “Compromisos-Acciones concretas” para que escriban sus propuestas.</p>	<p>MPS-UNFPA. (2011). Guía de prevención-VIH/Sida. Mujeres trans. Bogotá: (Autor). (Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
Sesión 5  Tema: Vulnerabilidad al VIH/Sida  Título: El Oasis	Que el grupo se sensibilice sobre las condiciones de vulnerabilidades acumuladas para adquirir VIH/Sida.	15 minutos	Video del fragmento del documental "Oasis" de Alejandro Cárdenas	Se proyectará el video, posteriormente se pedirá al grupo que comenten lo que observaron y que analicen los diferentes tipos de vulnerabilidad.	Fomentar la empatía y apoyar al grupo para identificar las vulnerabilidades.	Se explica el concepto de vulnerabilidades acumuladas presentes en el video.	Cárdenas, Alejandro y Berghall, Joonas. (2013). Oasis (teaser). Disponible: <a href="https://vimeo.com/11722340">https://vimeo.com/11722340</a>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 5</p> <p>Prevención VIH/Sida</p> <p>Título: Sexo seguro-Sexo protegido</p>	<p>Que el grupo identifique y aprenda a prevenir el VIH/Sida a través del sexo seguro y del sexo protegido.</p>	<p>45 minutos</p>	<p>Condomes masculinos y femeninos</p> <p>Dildo y vulva didáctica</p> <p>Fotocopias de los manuales para el uso del condón masculino y femenino</p>	<p>Se reparte a cada participante una copia de los instructivos. Posteriormente el facilitador o facilitadora ejemplifica los métodos para usar el condón femenino y pide a varias/os voluntarias/os repetir el procedimiento. Se realiza el mismo proceso con el condón masculino. Luego la persona que coordina el grupo expone algunos ejemplos de sexo seguro y pide al grupo que comenten otras formas que conozcan o se les ocurran.</p>	<p>Resolver dudas, fomentar que los participantes comenten sus experiencias y opiniones. Permitir que el mayor número posible de participantes pase a realizar la práctica.</p>	<p>Se reflexiona sobre la importancia de emplear estos métodos para prevenir VIH y otras ITS y seguir disfrutando de una sexualidad placentera.</p>	<p>García, Susana (Coord.). (2009). Cuaderno de trabajo con grupos. México: DDESER. CONAPO. Condón tu mejor aliado. Disponible en: <a href="http://www.bunam.unam.mx/Sexualidad/SitioSexualidad/historias/libre-ropaola/condon.pdf">http://www.bunam.unam.mx/Sexualidad/SitioSexualidad/historias/libre-ropaola/condon.pdf</a></p> <p>FHC. Cómo utilizar el condón femenino FC2. Disponible en: <a href="http://www.femalecondom.org">http://www.femalecondom.org</a> (Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 5</p> <p>Tema: Prevención VIH/ Sida</p> <p>Título: Mi amuleto protector</p>	Que el grupo identifique formas de prevención del VIH.	15 minutos	<p>Pequeñas bolsas de tela</p> <p>Tarjetas de colores (que puedan introducirse en las bolsas).</p> <p>Pintura inflable</p> <p>Brillantina</p>	<p>Las y los asistentes van a anotar en cada tarjeta una práctica que este a su alcance o puedan llevar a cabo para protegerse del virus. Posteriormente se introducen en la bolsa y se decora en forma de amuleto.</p>	Fomentar que las y los participantes incluyan el mayor número de practicas preventivas en su bolsa.	Se pide a cada participante que explique su elección en plenaria.	MPS-UNFPA. (2011). Guía de prevención-VIH/Sida. Mujeres trans. Bogotá: (Autor).



Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 5</p> <p>Tema: Derechos y VIH/ Sida</p> <p>Título: Derechos de las personas que vi- ven con VIH/ sida</p>	<p>Que el grupo identifique los derechos de las personas que viven con el virus y las formas en que estos no son respetados en su entorno.</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Fotocopias del material: “Derechos VIH y personal de salud”. (Ver Anexo 1.5.4). Cartulinas Plumones</p>	<p>Se entrega a cada participante una copia de los derechos y se lee de forma grupal párrafo por párrafo. Se pide al grupo que comenten si han observado en su entorno violaciones a estas normas y que comenten formas para prevenirlas. Posteriormente se les invita a realizar un tres carteles con las mejores propuestas.</p>	<p>Fomentar que las y los participantes comenten sus experiencias y apoyar en la creación de propuestas.</p>	<p>Se pide al grupo que sugieran dónde pegar los carteles (si es posible hacerlo en la institución).</p>	<p>C E N S I D A . (2009). CAPASITS Libres de homofobia y discriminación. Estrategia de sensibilización. México: (Autor). (Adaptación).</p>

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 5</p> <p>Tema: Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Título: Mi declaración de derechos sexuales y reproductivos</p>	Que el grupo identifique los derechos sexuales y reproductivos.	20 minutos	Hojas Plumones Cartel de Derechos sexuales y reproductivos. (Ver Anexo 1.5.5).	Se pide a los y las participantes que escriban su propia declaración de derechos sexuales y reproductivos de acuerdo a la información que tengan sobre ellos. Posteriormente la persona que coordina el grupo les exhibirá el cartel de derechos para que complementen su declaración.	Fomentar una reflexión sobre la importancia de los derechos sexuales y reproductivos y vincularlos con el tema de VIH.	Se pide al grupo que conserven su declaración.	Kendall, Tamil y Pérez, Hilda. (2004). Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. México: Colectivo Sol. (Adaptación).

Actividad	Objetivo	Duración	Materiales	Descripción	Recomendaciones	Cierre	Bibliografía
<p>Sesión 5</p> <p>Tema: Cierre del taller</p> <p>Título: Me voy de viaje y me llevo...</p>	Promover un cierre afectivo del taller.	30 minutos	Tarjetas Plumas Constancias	Se les pide que formen un círculo al centro del salón. El facilitador/a va a ejemplificar la actividad comenzando con la frase: “Me voy de viaje y me llevo... Un abrazo”. Y la persona que esta a su derecha le dará un abrazo. Cada participante expresará que quiere llevarse del taller. Posteriormente los y las asistentes pasarán a su lugar y escribirán en una tarjeta el o los aprendizajes más valiosos que adquirieron en el taller. Luego la persona que coordina va a ir nombrando a cada miembro para entregarle su constancia y recibir la tarjeta de aprendizajes.	Fomentar una despedida afectiva y que cada participante reciba su constancia acompañado de un gran aplauso.	La persona que coordina el grupo les agradece por su participación y comenta los aprendizajes y experiencias positivas que se lleva.	MPS-UNFPA. (2011). Guía de prevención-VIH/Sida. Mujeres trans. Bogotá: (Autor). (Adaptación).

# Anexo 1.1.1: Diferencias ¿de sexo o de género?

Nombre:

---

## Característica a diferenciar

	Sexo	Género	Notas:
Las mujeres se embarazan, los hombres no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Las niñas son delicadas, los niños rudos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Las mujeres ganan menos sueldo que los hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Las mujeres amamantan a los bebés, los hombres no pueden hacerlo .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La voz de los adolescentes cambia significativamente con la adolescencia, la de las mujeres no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Las mujeres son más sentimentales que los hombres .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los hombres tienen mayor capacidad para los negocios que las mujeres .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El color de los niños es el azul, el de las mujeres el rosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Las mujeres son más intuitivas que los hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Las mujeres cuidan el hogar, los hombres no lo hacen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los niños son más inquietos que las niñas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los hombres saben de política, las mujeres no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Para la mujer es más fácil llorar, a los hombres les cuesta trabajo hacerlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Las mujeres son más pacientes que los hombres para la crianza de las niñas y los niños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los hombres son más violentos que las mujeres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

# Anexo 1.2.1. La identidad femenina.

## ELLA Y LOS HOMBRES

Cuando ella tenía cinco años se enamoró de un hombre que se reía y la abrazaba muy, muy fuerte, que la subía sobre sus hombros y le mostraba el mundo desde ahí arriba. Ella pensó que ese hombre era como una montaña y que las montañas no se mueren nunca y que son el sitio más maravilloso del mundo para mirar.

Cuando ella tenía quince años se enamoró de un joven que tenía una frente muy, muy amplia y que la tomaba de la mano para conducirla y le decía que el mundo estaba mal hecho y que había que cambiarlo. Ella pensó que ese joven era como una espada y que las espadas no mueren nunca y que son el objeto más maravilloso del mundo para cambiar la vida.

Cuando ella tenía veinticinco años se enamoró de un hombre que tenía una voz muy, muy potente y que le hablaba de lo mucho que sabía y que le decía que el mundo era un lugar para reproducir la savia y la sabiduría. Ella pensó que ese hombre era como un mar y que los mares no se mueren nunca y que son el medio más maravilloso del mundo para reproducir la vida.

Cuando ella tenía treinta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía un brazo muy, muy firme y que la empujaba casi, subiendo interminables escaleras y que le decía que el mundo era un lugar que había que conquistar peldaño a peldaño. Ella pensó que ese hombre era como un viento y que los vientos no se mueren nunca y que son el aire más maravilloso del mundo para respirar la vida.

Cuando ella tenía cuarenta y cinco se enamoró de un hombre que tenía un pecho muy, muy sólido y que le ofrecía descansar allí su cabeza y le decía que el mundo era un lugar al que había que enfrentarse con serenidad. Ella pensó que ese hombre era como una roca y que las rocas no se mueren nunca y son la materia más maravillosa del mundo para resistir la vida.

Cuando ella tenía cincuenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía unos ojos muy, muy claros y que le invitaba a mirar lo que él veía y decía que el mundo era un enigma que había que descifrar. Ella pensó que ese hombre era como un libro y que los libros no se mueren nunca y que son la fórmula más maravillosa del mundo para comprender la vida.

Cuando ella tenía sesenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía un oído muy, muy fino y que la escuchaba con mucha atención y que le decía que el mundo era un lugar por el que había que pasar para llegar a la verdadera vida. Ella pensó que ese hombre era como una melodía y que las melodías no se mueren nunca y que son la música más maravillosa del mundo para sentir la vida.

Cuando ella tenía setenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía piernas muy ágiles y que la impulsaba a caminar todavía y le decía que el mundo era un lugar que había que recorrer a paso humano. Ella pensó que ese hombre era como un camino y que los caminos no se mueren nunca y que son el recurso más maravilloso del mundo para andar por la vida.

Cuando ella tenía ochenta y cinco años se enamoró de un hombre que tenía memoria muy rica y que le decía que el mundo era un lugar en el que ella había estado y al que volverían. Ella pensó que ese hombre era como un Dios y que los dioses no se mueren nunca y que son la idea más maravillosa para dar sentido a la vida.

Cuando ella tenía noventa y cinco años conoció a un hombre que apenas veía, a penas oía, casi no caminaba, tenía pocas fuerzas, rara vez hablaba, y no siempre que algo era gracioso se reía. Ese hombre que no se parecía a una montaña ni a una espada, que no era como el mar ni como el viento, que no le recordaba a las rocas ni a los caminos, que nada decía que sonara como un libro o como una melodía; ese hombre que era nada más que un hombre le preguntó quién era ella. "Y ELLA DESCUBRIÓ QUE NO LO SABÍA".

4. Esta lectura aparece originalmente en: Saucedo Irma (et. al.), *Violencia doméstica. Modelos de Intervención en Unidades de Salud. Volumen 2. Capacitación para coordinadoras de grupos de reflexión*, Colmex-SSA-BID,

## Anexo 1.2.2. Temas silenciados por los hombres

Hemos comentado que al silenciar los hombres sus sentimientos generan malestares emocionales, enfermedades, etc. que con frecuencia no son reflexionados por ellos. Al hacerlo, posiblemente los hombres comiencen a reflexionar sobre nuevas problemáticas que la masculinidad tradicional no aborda. Veamos algunos aspectos de estos temas:

### **La salud de los hombres**

Es poco frecuente que los hombres adultos asistan al médico y se revise su estado general de salud. Así, enfermedades como diabetes, cáncer de próstata, enfermedades venéreas, enfermedades del corazón, etc. comúnmente no son diagnosticadas a tiempo. Los hombres se cuidan poco por dos motivos: en primer lugar, hay creencias muy arraigadas de fuerza y fortaleza masculinas, y es raro que los hombres conciban que pueden enfermarse; también los hombres le tienen miedo a reconocer que pueden enfermar y morir al ir al doctor, por ello prefieren guardar silencio, pues puede resultar amenazante. Finalmente, los hombres de clases bajas y populares tienen limitaciones reales de recursos y dinero para asistir al médico, y al contemplar los gastos de la casa simplemente no se contempla una visita al médico en las prioridades.

### **Los espacios de esparcimiento y distracción masculina**

Frecuentemente los hombres adultos no tienen espacios propios de distracción y relajación con otros varones donde se permitan reflexionar sobre una vida espiritual o emocional. Comúnmente sus lugares de esparcimiento están relacionados con amigos en actividades deportivas o de competencia donde el cigarro, la bebida y los tratos rudos son frecuentes. Estas actividades hacen daño si son los únicos espacios donde los hombres se distraen fuera del trabajo y la familia. Por ello, sería adecuado que los hombres los complementarán con otras actividades como talleres, pláticas, cursos, etc. donde reflexionen sobre la importancia del manejo emocional de las relaciones humanas. Con ello podrían tanto enriquecer su vida personal como las relaciones con los demás.

### **El trabajo y el dinero**

Una preocupación constante de los hombres es el dinero. De hecho, muchos varones trabajan desde la infancia y tienen a largo plazo acceso al dinero. Hay varones que trabajan mucho, pero tienen poco dinero, y hay varones que tienen muchas dificultades para trabajar y tienen más dificultades para acceder al dinero. Por la importancia del dinero, muchos hombres ven la vida exclusivamente como trabajo, y se olvidan de otras actividades de esparcimiento y/o de autocuidado. Así mismo, muchos varones cuestionan frecuentemente a las mujeres en el trabajo y no valoran los esfuerzos de estas.

### **Su vida sexual y erótica**

Frecuentemente los hombres preguntan mucho sobre sexualidad y comentan su falta de información sobre este tema. ¿Qué dicen los hombres cuando hablan de su sexualidad? En general, muchos hombres señalan ejercicios de infidelidad fuera de la relación de pareja, sin una reflexión del daño a la relación de pareja. También reducen la relación sexual a la genitalidad (pene-vagina), y muchos no se ven como personas que pueden erotizarse y erotizar a otras personas. Pero si lo ven lo vinculan con relaciones extramaritales. También es frecuente escuchar los temores de los hombres sobre la falta de erección y el tamaño del pene, y comúnmente tienen poca información y prácticas de autocuidado con relación a las infecciones de transmisión sexual (sífilis, sida, gonorrea, etc.). De esta manera, observamos en general que los hombres se informan poco sobre la sexualidad, y se preparan menos para ejercitarla de forma más placentera y responsable.

## **La paternidad**

Hay hombres que se entregan a la paternidad, y sienten gran cariño y afecto por sus hijos/as. Desean estar con ellos o ellas, los cuidan, los pasean, los apoyan con sus tareas, y están al tanto de ellos/as. Estos hombres buscan tener diálogo con ellos/as y negociaciones cuando crecen y demandan nuevos tipos de apoyo. Pero hay padres que maltratan de forma sistemática a sus hijos/as: los regañan, les pegan, los insultan y tienen actitudes de fuerte demanda hacia ellos/as. Son padres que delegan a las parejas –u otras figuras femeninas– el cuidado de sus hijos/as. Estos padres a veces son buenos proveedores, y en otras ocasiones no. De hecho, podemos decir que todos los padres a veces son afectivos y solidarios con sus hijos/as, pero cuando llegan a tener conflictos con ellos/as realizan actos de maltrato. Así, es importante que cada hombre revise qué tanto afecto, atención y tiempo da a sus hijos/as. Pero sobre todo que reflexione sobre sus miedos a ser padre y sus limitaciones, pues algunos hombres desean ejercer su paternidad, pero no saben cómo. Sugerimos que hay una vasta literatura a la cual se puede acudir para aprender a cuidar a los hijos/as y podemos preguntarle a la pareja. Si bien es frecuente que muchos hombres hayamos vivido –como hijos– una paternidad que a veces nos maltrataba, no tenemos por qué repetir esa historia.

Pero de hecho el vínculo con el padre es difícil de abordar entre hombres. Comúnmente se pasa del enojo por cosas que éste hizo (o dejó de hacer) y que terminaron dañando a los varones, a momentos de aceptación y afecto. Sin embargo, comúnmente los hombres cuestionan poco al padre. De hecho, hay hombres que ya adultos tienen mucho miedo a las figuras paternas, y las opiniones del padre, y los dictados de éstos no son cuestionados o criticados a pesar de que el varón “hijo” ya es adulto. Así con relación al padre, los hombres desean su aceptación, pero comúnmente éstos realizan juicios muy fuertes que terminan por alejar a los hijos adultos. Esto lleva a silencios que llegan a durar años.

## **La vida emocional de los hombres**

Para la mayoría de los hombres adultos la expresión pública de los sentimientos es difícil. En general, no expresan lo que sienten, que hablen de sus miedos, temores, de sus experiencias de dolor y es aún más difícil que los varones lloren frente a los hijos/as o la pareja, o que pidan ayuda cuando sienten que son sobrepasados por alguna situación. En general, los momentos de miedo e impotencia son silenciados. Ello tiene consecuencias para los varones: sufren depresiones, hay infartos al corazón por “aguantar” situaciones que no les agradan, racionalizan las relaciones con los demás, etc. Por esto, sería conveniente que los hombres hablarán más desde el corazón cuando les da temor algo, y con ello podrían tener mejor salud emocional.

# Anexo 1.2.3. Reflexiones sobre la sexualidad de los hombres.

## **Algunas reflexiones sobre la sexualidad de los hombres a partir de los estudios de la masculinidad. Ivonne Szasz<sup>1</sup>**

En años recientes, al privilegiar la perspectiva relacional, los estudios de género han propuesto rescatar la óptica de la experiencia masculina para entender las relaciones hombre-mujer. En especial a partir de los años ochenta surgieron corrientes que iniciaron el estudio sistemático de la construcción social de la masculinidad y de las relaciones entre lo masculino y lo femenino. En este trabajo sintetizamos –con el riesgo de simplificarlos– los planteamientos sobre la sexualidad de los varones que hacen algunos autores de esta corriente del pensamiento feminista. Estos autores son G. Horowitz, M. Kaufman, M. Kimmel, M. Lamas y V. Seidler. En particular, en este trabajo se reseñan los planteamientos de Horowitz y Kaufman sobre el tema.

Estos autores han propuesto la existencia de ciertas características de la masculinidad dominante: la masculinidad de los hombres blancos, heterosexuales y de clase media de las sociedades occidentales protestantes y modernas. Éstos se definen básicamente por conductas que se separan de la feminidad, que establecen distancia de lo emocional y afectivo –para que se pueda depender de ellos– y requieren manifestar permanentemente su hombría ante otros hombres. En esta demostración, el desempeño sexual es clave (Kimmel, 1992; Seidler, 1995).<sup>2</sup>

Hasta antes de los años ochenta, en los que se inició el desarrollo de los estudios de género, el pensamiento feminista definía la sexualidad masculina como agresiva, cosificadora de las mujeres, dominadora y opresiva, considerando a éstas como víctimas y objetos de esta sexualidad masculina. Destacaba la presencia de un doble estándar de moral sexual, que estimula en los varones la actividad, la diversidad de parejas y de experiencias, y la expresión pública de su iniciativa sexual, mientras exige a las mujeres la conducta contraria (Horowitz y Kaufman, 1989).<sup>3</sup>

El desarrollo de los estudios de género, y en particular de los estudios de masculinidad, ha permitido pensar que existe una permanente tensión y confusión en los varones entre sus deseos sexuales y los imperativos de dominación, y que son las construcciones culturales de dominación masculina las que generan fantasías y formas de conducta opresivas para las mujeres (Horowitz y Kaufman, 1989).

Estos autores señalan que aunque las definiciones de masculinidad cambian constantemente de una cultura a otra, en el tiempo y según clases, razas, etnias, preferencias sexuales y etapas en la trayectoria de vida, los hombres de diversas culturas tienen en común la necesidad de demostrar de manera permanente su virilidad, y esto es particularmente intenso en aquellas sociedades en que la separación del niño de la madre es psicológicamente dolorosa (Kimmel, 1992). De esta manera, lo que una cultura define como el comportamiento sexual apropiado para los varones, requiere ser usado para demostrar su virilidad, independientemente de los deseos y preferencias de éstos, en una permanente tensión entre el deseo de placer y el de poder.

Seidler se refiere a las tensiones entre los deseos de los varones y la construcción occidental de la masculinidad, que se expresan en su sexualidad. Junto con la noción de la sexualidad como una “necesidad irresistible”, que es expresión de la “naturaleza animal” de los humanos, la modernidad occidental protestante proclama el dualismo cartesiano entre mente y cuerpo e identifica la masculinidad con la racionalidad, situando al cuerpo como una entidad separada, que necesita ser controlada por la mente, entrenada y disciplinada (Seidler, 1995).

Este autor expresa que los varones insertos en esta masculinidad dominante crecen con la idea de la sexualidad en términos de conquista y rendimiento, como una manera de probar su masculinidad frente a los pares, y no en relación con sus deseos y emociones. De esta manera, los varones se sienten acosados por el temor a la intimidad y al rechazo y tienden a separar la sexualidad del contacto y las emociones (Seidler, 1995).



Según este autor, el aprendizaje del autocontrol racional de sus emociones y sentimientos, fuentes de determinación y falta de libertad, aparece como necesario para alcanzar la autonomía e independencia que requiere el ser masculino. Puesto que la razón se sitúa en oposición a la naturaleza y la sexualidad –entendida como los deseos, las fantasías, las atracciones– es concebida como parte de esa naturaleza, la superioridad masculina se construye en parte a través del control de la sexualidad. En esta construcción de la masculinidad, las mujeres son identificadas con lo irracional –las emociones, la sexualidad, la naturaleza– pero al mismo tiempo se les niega la autonomía de sus propios deseos sexuales. Siendo objeto del deseo masculino, provocadoras de su descontrol, responsables de la excitación masculina (Seidler, 1995).

Afirma Seidler que para demostrarse a sí mismos y a sus iguales que son hombres, los varones usan el lenguaje para defender su imagen y no para expresar sus necesidades emocionales, resultando difícil conciliar la forma en que necesitan comportarse con otros varones y la forma en que quieren ser en una relación íntima con una mujer. Sienten que hablar de sexo es la manera más segura de matar sus sentimientos, estando poco inclinados a hablar de sus necesidades y vulnerabilidades. La ruptura entre sexo e intimidad y la relación externa y posesiva de la mente con el propio cuerpo convierte al sexo en un asunto de rendimiento. La inestabilidad de la identidad masculina, la necesidad permanente de demostrar y afirmar que se es hombre, genera una presión interna hacia el tener relaciones sexuales –independientemente de un reconocimiento íntimo de deseos–, transformando al rendimiento sexual en una meta, un medio para demostrar y afirmar masculinidades (Seidler, 1995).

Horowitz y Kaufman, por otro lado, proponen que la sexualidad masculina debe ser interpretada en el contexto de una sociedad clasista que reprime la polisexualidad y sobrepone la masculinidad y la feminidad al dualismo actividad/pasividad. Refiriéndose a las sociedades capitalistas, proponen que independientemente de las diferencias culturales, de clase, étnicas y generacionales, la mayoría de los hombres en estas sociedades tienen sentimientos confusos respecto de su sexualidad, sintiéndose atrapados entre sus deseos sexuales y las necesidades de afirmación de la masculinidad, que encierran fantasías y formas de conducta agresivas y posesivas (Horowitz y Kaufman, 1989).

Apoyándose en el constructivismo social y el psicoanálisis, señalan a la sexualidad como un sistema socialmente construido de conflicto y tensión interna. Expresan que una de las principales tensiones presentes en la sexualidad masculina es la imposibilidad de abrigar simultáneamente deseos activos y pasivos sin que esto genere conflicto y temor. Los autores sitúan esos temores en sociedades que atribuyen un valor simbólico de actividad y poder a los genitales masculinos, y que fundan su sistema cultural en la oposición de dualismos que se superponen (Horowitz y Kaufman, 1989; Lamas, 1998).<sup>4</sup>

Estos autores dicen que a la polaridad actividad/pasividad se sobrepone fálico/castrado, y es esta superposición lo que da lugar a la masculinidad y la feminidad. Independientemente de las relaciones entre las personas, es un conjunto de instituciones, de normas sobre la familia y el parentesco, toda una cultura lo que enseña que ser hombre equivale a ser activo, agresivo, extrovertido, ambicioso, independiente. Oposiciones binarias tales como sujeto/objeto, actividad/pasividad y nociones de causa y efecto se sitúan en la estructura básica de las lenguas indoeuropeas de las sociedades modernas. En ellas, la construcción social de la sexualidad reprime y suprime una amplia gama de placeres sexuales en la medida que se interiorizan las divisiones básicas de esa sociedad: masculino versus femenino, activo versus pasivo, sujeto versus objeto, normal versus anormal, clases dominantes versus clases dominadas, humano versus naturaleza (Horowitz y Kaufman, 1989; Lamas, 1998).

Una de esas superposiciones consiste en el proceso de cosificación sexual o reducción de las mujeres a su cuerpo, como objetos del deseo sexual masculino, así como la concentración de lo sexual en ciertas partes del cuerpo y la reducción del cuerpo de las mujeres a una de dos “funciones” posibles: reproductiva o erótica (Horowitz y Kaufman, 1989).

Los autores reseñados señalan que mediante este proceso, la polisexualidad se reduce a la heterosexualidad como norma y a la sexualidad genital. La masculinidad –agresión y la feminidad– pasividad se superponen a la división natural de los sexos. Para ser hombre se requiere dominar la naturaleza (la sexualidad), las mujeres y la pasividad. Junto con la represión de la polisexualidad y la tendencia

inconsciente a que el cuerpo y partes del cuerpo representen a la persona objeto del deseo, fragmentando a esa persona en partes y procesos componentes, se agrega la definición social de las mujeres en relación con ciertos atributos físicos, que son objeto de deseo sexual. La concentración en ciertas actividades o partes del cuerpo se relaciona con experiencias que proporcionan simultáneamente alguna forma de satisfacción sexual y formas de seguridad frente a la ansiedad y el miedo: la visión del cuerpo de una mujer como un cuerpo carente de falo confirma que se es hombre (Horowitz y Kaufman, 1989).

Expresan que otra supresión consiste en la represión de la pasividad en los hombres, que conlleva la represión de la ternura y la receptividad, así como la represión de la actividad sexual en las mujeres. "La estructura de la masculinidad es inseparable de una feminidad proyectada, adorada, despreciada y temida que existe como su opuesto" (Horowitz y Kaufman, 1989, p 92). Si masculino es activo, femenino tiene que ser pasivo. La masculinidad, como objetivo escurridizo e inalcanzable, se confirma teniendo como reflejo opuesto a una feminidad pasiva, dominada. Y la confirmación de la masculinidad, en una sociedad basada en el género, confirma la hombría (Horowitz y Kaufman, 1989).

Para estos autores, el comportamiento sexual activo frente a mujeres sexualmente pasivas, así como una atracción intensa y permanente hacia las mujeres, confirman esa hombría. El varón requiere apropiarse del cuerpo de la mujer y también de su deseo y actividad. La búsqueda sexual no es solamente una búsqueda de placer, sino un intento de colmar ansiedades, de aumentar la autoestima, de confirmar la masculinidad (Horowitz y Kaufman, 1989).

Esta breve revisión de algunos planteamientos de autores de la corriente feminista de los estudios de la masculinidad señala interesantes dimensiones de la relación entre sexualidad y género que pueden ser exploradas como líneas de investigación. Aunque se trata de reflexiones generadas en contextos sociales anglosajones e industrializados y se refieren a los segmentos dominantes de esas sociedades, proponen relaciones que pueden ser exploradas empíricamente en un contexto heterogéneo, diverso y desigual como México.

## Referencias

1. Investigadora del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano en El Colegio de México. Correo-e: [iszasz@colmex.mx](mailto:iszasz@colmex.mx)
2. M. Kimmel, "La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes", *Isis Internacional, Ediciones de las mujeres*, núm. 17, Santiago de Chile, 1992, pp. 129-138; Seidler, V., "Los hombres heterosexuales y su vida emocional", en *Debate feminista*, año 6, vol. 11, México, abril de 1995, pp. 78-111. Correo-e: [michaelskimmel@compuserve.com](mailto:michaelskimmel@compuserve.com)
3. G. Horowitz, y M. Kaufman, "Sexualidad masculina: hacia una teoría de liberación", en M. Kaufman, *Hombres: placer, poder y cambio*, Centro de Investigación para la Acción Femenina (CIPAF), República Dominicana, 1989, pp. 65-99. Correo-e: [mkmk@sympatico.ca](mailto:mkmk@sympatico.ca)
4. Marta Lamas, "Sexualidad y género: la voluntad de saber feminista", en I. Szasz y S. Lerner (comps.), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, 1998, pp. 49-67. Correo-e: [gire@laneta.apc.org](mailto:gire@laneta.apc.org)

Este artículo fue publicado en *Salud Reproductiva y Sociedad* (órgano informativo del programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México), Año III, No. 8, 1999.

# Anexo 1.3.1. Las etiquetas

## Etiquetas discriminatorias

<b>Joto</b>	<b>Marica</b>
<b> </b>	
<b>Vestida</b>	<b>Sidoso</b>
<b> </b>	
<b>Marimacha</b>	<b>Mojado</b>
<b> </b>	
<b>Bicicleta</b>	<b>Se hizo la jarocho</b>
<b> </b>	
<b>Tuberculoso</b>	<b>Prostituta</b>
<b> </b>	
<b>Indito</b>	<b>Preso</b>
<b> </b>	

Tipos de discriminaciones  
Términos políticamente correctos

<b>Persona Homosexual</b>	<b>Persona Gay</b>
<b>Travesti, Transgénero</b>	<b>Persona con SIDA</b>
<b>Persona Lesbiana</b>	<b>Persona Migrante</b>
<b>Persona Bisexual</b>	<b>Persona Transexual</b>
<b>Persona con Tuberculosis</b>	<b>Trabajadora Sexual</b>
<b>Indígena</b>	<b>Persona Privada de su Libertad</b>

## Tipos de discriminaciones

<b>Origen étnico o Nacional</b>	<b>Sexo</b>
<b>Edad</b>	<b>Discapacidad</b>
<b>Condición social o Económica</b>	<b>Condiciones de Salud</b>
<b>Embarazo</b>	<b>Lengua</b>
<b>Religión</b>	<b>Opiniones</b>
<b>Preferencias Sexuales</b>	<b>Estado Civil</b>
<b>Xenofobia</b>	<b>Antisemitismo</b>

# Anexo 1.3.2. Las Discriminaciones

---

## **Por edad**

Niño, niña, adolescente, de la tercera edad.

## **Por condiciones de salud**

Sana/o, enferma/o

## **Condiciones físicas**

Normal, sorda/o, ciega/o, con trastorno neuromotor.

## **Por condición social**

Rica/o, clase media, pobre.

## **Por género**

Hombre, mujer

## **Por su condición civil**

Soltera/o, casada/o, divorciada/o, viuda/o, unión libre

## **Por su preferencia sexual**

Homosexual, bisexual, transexual, heterosexual.

## **Por la escolaridad**

Ser analfabeta/o

Por la religión

Por el color de la piel

Por ser débil

Por vivir sola/o

Por no tener hijas/os

Por ser madre soltera

Por el trabajo que realiza

Por no cumplir roles y estereotipos

Por haber estado en prisión

# Anexo 1.3.3. Tigre o gacela.

## EL TIGRE Y LA GACELA.

“Un día, estaba una manada de gacelas bebiendo agua en un lago. De pronto escucharon unos sonidos raros que no podían identificar. Curiosas se acercaron a averiguar el origen de éstos. Lo que encontraron las llenó de tristeza: era un cachorro de tigre, recién nacido que lloraba al lado del cuerpo muerto de su madre.

Las gacelas sintieron compasión y luego de discutirlo, decidieron llevarse al cachorro, cuidarlo y educarlo como si fuera una gacela.

Así lo hicieron. El tigre fue creciendo y aprendió a comportarse como gacela. Comía hierba fresca, saltaba, jugaba con las demás gacelas.

Así pasó el tiempo. Un día, mientras mordisqueaba hierba un poco lejos de la manada, el joven tigre escuchó una voz que le decía: “Oye ¿y tú que haces allí?”. Al mirar quién le hablaba, descubrió un gigantesco tigre adulto. Con voz grave y fuerte, el gran tigre volvió a preguntar: “¿qué haces aquí?, ¿por qué vives con las gacelas si tu eres un tigre?”.

El tigre joven estaba asombrado: “¿yo? ¿un tigre? ¡pero, si soy una gacela!”.

“No –respondió el tigre adulto- eres un tigre como yo. Mirémonos en el lago juntos y verás que eres igual a mi”. Así lo hicieron, y el joven comprobó lo que le decía el tigre adulto. Decidió irse con el tigre adulto y poco a poco fue aprendiendo a ser tigre. Aprendió a trepar a los árboles usando sus garras, aprendió a comer carne fresca y aprendió a cazar para alimentarse.

Todo estaba muy bien hasta que un día, buscando una buena presa para comer se encontró con una manada de gacelas. El tigre adulto le dijo que fuera tras ellas y las atacara, después de todo era un tigre, y los tigres comen gacelas. El tigre joven se acercó a la manada. De un lado estaban las gacelas, del otro, el tigre adulto.

## Anexo 1.3.4. El gato y el ratón.

1. Sentadas/os en círculo, pide al grupo que cierre los ojos y da las siguientes indicaciones: Inhala y exhala, relajando tu cuerpo. Sal del salón o el espacio en el que te encuentras. Busca una casa abandonada, abre la puerta, entra y ubícate en el espacio. Sube las escaleras, entra a un cuarto y visualiza una cama. Sube a la cama, y en este momento, te conviertes en gato. Sientes todas las sensaciones como gato. Miras a un ratón... ¿qué sientes? En el momento que casi alcanzas al ratón, te conviertes en ratón. ¿Qué sientes ahora que eres ratón? Experimenta la sensación de ser ratón. En ese momento ves a un gato. ¿Qué sientes? ¿Qué haces? Sales corriendo, el gato casi te alcanza, y en ese momento te vuelves a convertir en gato. ¿Qué haces? ¿Cómo cambia tu manera de ver y sentir las cosas? Vuelve a subir a la cama. Relájate. Te vuelves a convertir en persona. Bajas las escaleras. Sales de la casa. Regresas al lugar donde iniciaste. Inhala profundo, y al exhalar, abre los ojos.



# Anexo 1.3.5: Frases incompletas

---

Nombre: \_\_\_\_\_

**Completa las siguientes frases:**

Yo opino que los homosexuales

---

Todas las prostitutas son

---

Si tuviera una hija lesbiana

---

Las vestidas son

---

Los bisexuales me parecen

---

Todas las que usan minifalda

---

Las personas con SIDA son

---

Las mujeres con VIH deberían

---

\* Bibliografía: CENSIDA. (2009). CAPASITS Libres de homofobia y discriminación. Estrategia de sensibilización. México: (Autor).

---

# Anexo 1.3.6: Cuestionario de homofobia

Nombre:

---

Característica a diferenciar	Si	No
La sola idea de sentirme atraído/a por personas de mi propio sexo, me repugna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los gays y lesbianas deben mantenerse lejos de las demás personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me avergonzaría tener un hermano homosexual o una hermana lesbiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respeto a los gays siempre y cuando no se exhiban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una cosa es la homosexualidad, pero vestirse de mujer o cambiarse de sexo está en contra de la naturaleza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agrediría físicamente a una persona homosexual si intentara "ligarme"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podría reconocer que he tenido sueños o fantasías eróticas con personas de mi mismo sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acepto ver a una pareja del mismo sexo besándose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si un amigo o una amiga me dijera que es homosexual le daría todo mi apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las parejas homosexuales tienen derecho a adoptar y a criar hijos o hijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Notas:

Una vez contestado dale un puntaje de acuerdo a la siguiente escala:

- Asigne un punto a cada pregunta si contestaste afirmativamente de las preguntas 1 a 6.
- Asigne cero puntos a cada pregunta si contestaste afirmativamente de las preguntas 7 a 10.
- Asigne cero puntos a cada pregunta si contestaste negativamente de las preguntas 1 a 6.
- Asigne un punto a cada pregunta si contestaste negativamente de las preguntas 7 a 10.

## Resultados

- De 0 a 2 puntos: Felicidades, puedes considerarte un ciudadano(a) respetuoso de las diferencias sexuales.
- De 3 a 5 puntos: Aún tienes algunos prejuicios, recuerda que la mejor manera de combatirlos es con información.
- De 6 a 10 puntos: Cuidado, tu actitud es homofóbica.

## Anexo 1.4.1. El volante.

### Volante que se difundió en 1987



Este volante fue rescatado por Carlos Monsiváis.

Parece ser que se distribuyó sólo en el D.F.

## Anexo 1.4.2. Casos para reflexionar.

- Erika y su hermana María están en la preparatoria. Ellas se enteran que el ex novio de Erika, Héctor, murió de SIDA.
- Sonia es una estudiante brillante que ganó una beca para la Universidad. Cuando recibe los resultados de su examen médico se entera que tiene VIH, después le llaman de la oficina de admisión de la universidad para informarle que la beca ha sido revocada.
- Gustavo y Mónica han salido por seis meses. Gustavo quiere tener relaciones sexuales, Mónica está temerosa de contraer una infección sexual.
- El esposo de Sofía trabaja en otra ciudad y tiene que viajar cada tres meses. Ella está preocupada porque no quiere contraer VIH y no está segura de que su esposo no tenga alguna infección, así que lo convenció de usar condones. Sin embargo, ahora quiere tener un bebé.
- Hace tres semanas Carolina recibió la noticia de que está embarazada. Pero en su consulta médica, el día de hoy, se enteró que también tiene VIH.
- Andrea vive con VIH y no le ha dicho a nadie excepto a las personas de la clínica donde va a sus revisiones. Tania una enfermera de la clínica, ve a Andrea caminando de la mano con el hijo de su amiga Fabiola. Ella está casi segura que ni Fabiola ni su hijo saben el estado de salud de Andrea.
- Karla y su esposo viven con VIH. Cuando ella se empezó a enfermar una organización que trabaja con gente que vive con VIH la ayudó a tener acceso a tratamiento con retrovirales, y ha estado bien desde entonces. Ahora su esposo se está enfermando y ni el centro de salud ni la organización que la ayudó a ella puede dar medicamentos a su esposo.
- Sandra fue violada. Esta preocupada por la posibilidad de haber contraído el VIH.

## Anexo 1.4.3. Información para la caja de pandora.

### MITOS

Sólo las personas homosexuales viven con VIH.

Sólo los usuarios de drogas viven con VIH.

Las amas de casa no tienen ITS.

Las mujeres casadas que son fieles no pueden contagiarse de VIH.

El SIDA es un padecimiento de la gente pobre.

No debemos donar sangre pues podemos contraer VIH.

El condón falla en un 25% de los casos.

Si no practica el sexo anal, es imposible contraer VIH.

El VIH se transmite por medio de la saliva.

Un resultado negativo en la prueba ELISA garantiza que la persona no tiene VIH.

### REALIDADES

El VIH puede contraerse en la primera relación coital.

El VIH puede contraerse si sólo se practica el sexo oral.

La píldora anticonceptiva no previene la transmisión de VIH.

Una persona que vive con VIH puede transmitir VIH si tiene relaciones sin condón.

Los mosquitos no transmiten el VIH.

El SIDA es provocado por un virus.

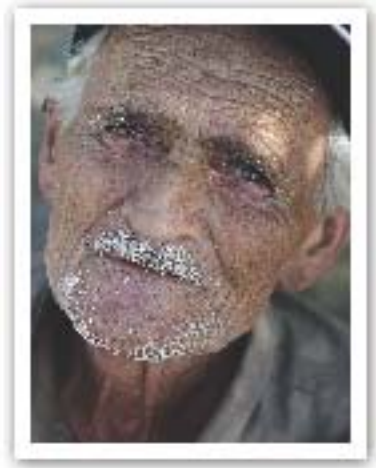
Si una persona que vive con VIH acude al médico y usa antirretrovirales, puede tener una buena salud.

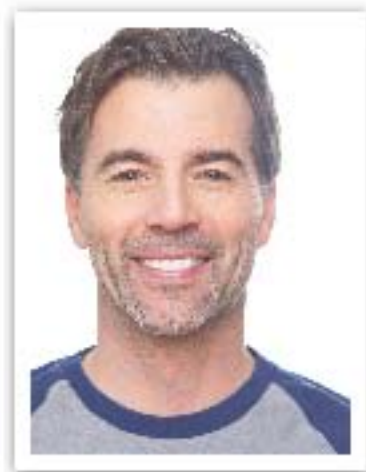
Una persona puede vivir con VIH durante varios años y no desarrollar SIDA.

Existen pruebas rápidas y la prueba Elisa para determinar si vives con VIH.

Una mujer con VIH puede dar a luz un bebé sano si usa antirretrovirales en el embarazo y durante el parto.

# Anexo 1.4.4. Fotografías.





## Anexo 1.4.5. El VIH no es un juego.

**1**

¿La migración es una condición de riesgo frente al VIH y Sida?

**2**

¿VIH es lo mismo que el Sida?

**3**

¿La prueba voluntaria para detectar el virus de VIH y Sida, puede ser una exigencia para el ingreso a un centro educativo o trabajo?

**4**

¿Todas las personas que viven con VIH y Sida, deben acceder a tratamiento médico cuando lo necesitan?

**5**

¿El VIH y Sida se puede transmitir a través de la sangre, semen, secreción vaginal y leche materna?

**6**

¿Generalmente las personas que usan piercings o tatuajes viven con VIH?

**7**

¿Las relaciones sexuales penetrativas sin protección son una conducta de alto riesgo frente al VIH y Sida?

**8**

¿La falta de educación es una condición que podría colocar a las personas en situación de vulnerabilidad frente al VIH y Sida?



**9**

¿Los niños/as no necesitan información sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos y sobre la prevención del VIH y Sida?

**10**

¿El Sida es una etapa en la que el virus se ha reproducido lo suficiente para que el organismo de las personas no pueda resistir a infecciones y enfermedades?

**11**

¿Es de alto riesgo dar de lactar a un niño/a si su madre vive con VIH y Sida?

**12**

¿La prueba de detección del virus del VIH y Sida es un requisito que deben cumplir las personas para ingresar a la universidad?

**13**

¿Una persona de orientación homosexual y que vive con el VIH, debe ser tratada de forma diferente a una persona heterosexual que vive con el VIH?

**14**

¿La violencia intrafamiliar es una condición de riesgo para adquirir el VIH?

**15**

¿El VIH fuera del cuerpo humano vive muy poco tiempo y puede morir al contacto con el aire o agua?

**16**

¿Las personas que son víctimas de explotación sexual viven condiciones de vulnerabilidad frente al VIH y Sida?

**17**

**¿El preservativo o condón es una alternativa de alta seguridad en la protección frente al VIH?**

**18**

**¿Algunas personas que enfrentan condiciones de empobrecimiento, buscando mejorar su ingreso económico, podrían involucrarse con redes de trata y tráfico de personas y explotación sexual y ponerlas en riesgo frente al VIH?**

**19**

**¿Los/as adolescentes necesitan mayor información y sensibilización para prevenir el VIH por razones de inmadurez, pérdida de valores y conductas de riesgo relacionadas con su vida sexual?**

**20**

**¿El virus del VIH y Sida se puede transmitir a través del beso?**

**21**

**¿Las mujeres que viven con VIH son trabajadoras sexuales?**

**22**

**¿No es posible la transmisión del VIH a través de mosquitos o zancudos?**

**23**

**¿En la realidad del VIH y Sida, los Derechos Humanos deben ser defendidos especialmente en el caso de mujeres amas de casa, niños, niñas y adolescentes?**

**24**

**¿Un estudiante que vive con VIH debe ser tratado con mayores medidas de bio-seguridad en el consultorio médico del colegio?**

**25**

**¿El VIH no puede transmitirse a través del sudor y las lágrimas de una persona que vive con el virus?**

**RESPUESTAS:**

**1**

Sí, las personas que migran internamente o salen de su país cambian sus condiciones habituales, relaciones sociales y estos cambios podrían volverlos vulnerables al VIH. Si la migración se realiza en condiciones de ilegalidad las personas son expuestas a violencia sexual, entre otros riesgos.

**2**

No, el VIH es el virus que causa el Sida. El Sida es una etapa avanzada de la reproducción del VIH que causa la destrucción de las defensas que protegen al organismo de las enfermedades oportunistas.

**3**

No, la prueba es voluntaria y no debe ser exigida. Realizarse la prueba es un acto libre y se recomienda primero tener información científica y actualizada sobre todo lo relacionado al VIH.

**4**

Sí, el médico debe ir realizando evaluaciones periódicas a la persona que vive con VIH, para decidir sobre el momento oportuno y el tipo de medicamento que deberá recibir.

**5**

**Sí, el virus del VIH y Sida se encuentra en altos niveles de concentración en la sangre, semen, secreción vaginal y leche materna.**

**6**

**No, el uso de piercing o tatuajes no es un indicativo de que las personas que los usan podrían vivir con VIH, este es un estigma social. Sin embargo, es importante que cuando se coloquen piercing o realicen tatuajes se tomen las debidas medidas de bio-seguridad**

**7**

**Sí, las relaciones sexuales penetrativas sin el uso del preservativo o condón son una conducta de alto riesgo frente al VIH- Sida.**

**8**

**Sí, la ausencia de educación podría ser una causa porque la población no tiene información adecuada y actualizada para prevenir el VIH**

**9**

**Falso, los/s niños/as Si necesitan información sobre el ejercicio de sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y sobre la prevención del VIH.**

**10**

**Sí, en esta etapa el virus del VIH ha destruido gran parte de las defensas que protegen al organismo de las Infecciones y enfermedades de todo tipo.**

**11**

**Sí, el VIH se encuentra en alta concentración en la leche materna, además existe el riesgo de que el/la niño/a lastimen el pezón de la madre, presentándose una segunda puerta de transmisión.**

**12**

**No, en ningún caso la prueba de detección del virus del VIH debe ser requisito para ingresar a la escuela, colegio, universidad o trabajo.**

**13**

No, los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH y Sida, deben ser respetados tanto en las personas de orientación heterosexual como homosexual, así como de todo Ser Humano.

**14**

Sí, las relaciones de violencia Intrafamiliar son una condición de riesgo porque hay abuso de poder y esto conlleva a la infidelidad, violencia sexual, hijos e hijas que buscan escapar de esta realidad y enfrentan condiciones de vulnerabilidad, ejemplo: explotación sexual o embarazos no planificados.

**15**

Sí, el Virus fuera del cuerpo humano vive muy poco tiempo, muere al contacto con el aire o el agua.

**16**

Sí, las personas víctimas de explotación sexual viven condiciones de vulnerabilidad frente al VIH y Sida, al ser violentadas sexualmente, obligadas a relaciones coitales desprotegidas y otras graves condiciones sociales.

**17**

Sí, el preservativo o condón es una alternativa de alta seguridad en protección frente al VIH y Sida

**18**

Sí, las condiciones de empobrecimiento pueden estar relacionadas con la trata y tráfico de personas y la explotación sexual, estas condiciones vulneran la salud Integral de las personas y pueden adquirir el VIH.

**19**

No, los y las adolescentes no son las únicas personas que necesitan información y sensibilización para prevenir el VIH, esta es una necesidad de todas las personas, para que puedan tomar decisiones saludables en el ejercicio de sus Derechos Sexuales.

**20**

No, para que exista alguna posibilidad de transmisión del virus se necesita de varios litros de saliva y que se acompañe de otra puerta de entrada, como por ejemplo, una herida muy profunda en la boca.

**21**

**No, estadísticamente se conoce que la mayoría de las mujeres que llegan a adquirir el VIH y Sida son mujeres monógamas, amas de casa.**

**22**

**Sí, la transmisión del VIH no es posible a través de moscos o zancudos porque es un virus de transmisión únicamente entre seres humanos.**

**23**

**No, los Derechos Humanos en la realidad del VIH y Sida deben ser ejercidos por todas las personas, sin importar su condición social, económica, religión, etnia, orientación sexual, género, edad, etc.**

**24**

**No, las medidas de bioseguridad deben aplicarse con todas las garantías en todos los/as estudiantes del colegio.**

**25**

**Sí, el Virus se encuentra en baja concentración en estos líquidos corporales de manera que se hace imposible la transmisión.**

# Anexo 1.5.1: Cuestionario sobre VIH/Sida

Nombre:

## Característica a diferenciar

Si

No

Notas:

1. ¿Es verdad que cualquiera de nosotros podemos infectarnos de sida?

2.2. Creo que el VIH se transmite a través de:

a. La saliva

b. La sangre

c. El semen

d. El sudor

e. Fluidos vaginales

f. Leche materna

g. La piel

h. El vómito

i. Las heces

j. La orina

k. Las lágrimas

# Anexo 1.5.1: Cuestionario sobre VIH/Sida

---

3. Creo que el VIH se transmite:

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Al besar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Al compartir rasuradoras                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Por transfusiones de sangre                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Al abrazar                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Al tener contacto sexual desprotegido            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Al usar drogas                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Al practicar sexo oral                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Al masturbarse                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Por picadura de insectos                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Al ejercer la prostitución                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Al tener relaciones sexuales utilizando condones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Si una persona tiene anticuerpos positivos al VIH:

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Tiene sida                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tiene un pronóstico de vida de 5 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



# Anexo 1.5.1: Cuestionario sobre VIH/Sida

---

- c. Es una fuente de infección para otras personas
5. Si una persona tiene anticuerpos negativos al VIH:
- a. El inmune al sida
- b. No necesita cambiar su comportamiento sexual
- c. No ha tenido contacto con el VIH
6. Una mujer viviendo con VIH, debería evitar quedar embarazada
7. Una mujer embarazada con anticuerpos positivos al VIH:
- a. Transmitirá el virus a su hijo recién nacido
- b. Deberá tener un aborto
8. Si usted tuviera anticuerpos positivos al VIH, usted debería decírselo a:
- a. Su médico familiar
- b. Su aseguradora
- c. Su compañero sexual

# Anexo 1.5.1: Cuestionario sobre VIH/Sida

---

- d. Su empleador
- e. Su dentista
9. Los siguientes son grupos de riesgo:
- a. Homosexuales
- b. Heterosexuales
- c. Bisexuales
- d. Hemofílicos
- e. Drogadictos
- f. Africanos
- g. Trabajadoras/es sexuales
- h. Todos los anteriores
- i. Ninguno de los anteriores

## Anexo 1.5.2. En los tacones y zapatos de otras y otros.

### Humberto

Humberto, un joven zoque (O'depüt), de Chiapas, que dejó su población de origen a los siete años, cuando la erupción del volcán Chichonal hizo trashumar a su familia por varios sitios. Su historia da cuenta de una infancia de carencias, trabajos obligados y variados, discriminación en la escuela, pero también de un carácter audaz y precoz, que lo llevó a experimentar su sexualidad de modos distintos y disidentes, en clara relación con su particular biografía. A él nunca le gustaron las cosas de niñas como a los banchú (mariconcitos en su lengua), pero tuvo experiencias homoeróticas tempranas debido al abuso de un tío y un amigo. A los 16 años conoció una pareja de gringos en Cancún, con los que tuvo algo de sexo: "Pero pasó que empecé a tener más miedo que antes, a que un hombre me llegara a tocar". Anduvo de un lado a otro hasta que terminó como albañil en Veracruz, donde comenzó a vivir el ambiente gay en cines, baños y cantinas, y a recibir donaciones económicas a cambio de favores sexuales. Conoció también el "cotorreo" entre albañiles y aprendió con ellos que la masculinidad puede poseer códigos ambiguos, y que la sexualidad no sólo es desahogo, sino también un medio más para ahuyentar la soledad, en el cual las precauciones son inversamente proporcionales al gusto por una persona, y especialmente si se involucran los asuntos del corazón, como aquí señala: "El condón a veces yo lo usaba pero a veces no, este, nomás lo metía y lo sacaba rápido nomás. Pero esa vez duramos mucho. Fue algo muy especial". Se advierte la existencia de un proceso de aceptación creciente de sí mismo, en etapas que van reivindicando paulatinamente sus distintas facetas: indígena, hombre que gusta de hombres, albañil, pobre, "paisanito", chiapaneco, migrante. Por eso dice: "Yo por eso digo que yo no soy gay porque no tengo dinero para ser gay, no tengo dinero para pagar un taxi a media noche para ir a un lugar gay. Yo soy, pues, no sé, como se quiera decir, soy choto, homosexual, no sé, no me importa, lo que sí es que soy hombre, no me siento mujer, ni me gusta vestirme de mujer, ni nada de eso, soy hombre y me gustan otros hombres, pero hombres bien, o sea hombres, varoniles, no así todas locas, esas no me gustan".

Haro, Jesús Armando. (2010). Historias palpables de disidencia sexual, etnicidad y vulnerabilidad al VIH-sida. Reseña del libro: Guillermo Núñez (2010) *Vidas vulnerables. Hombres indígenas, diversidad sexual y VIH sida*. México, CIAD-EDAMEX. Estudios sociales (Hermosillo, Son.), 18(36), 295-303.

## Alex

Alex es un joven tzotzil a quién "ya se le notaba desde niño" que era antsilvinik ("mujer-hombre" en su lengua). A pesar de que el padre era regidor municipal, Alex comenzó a trabajar a los ocho años en el corte de café, algo que no le gustaba como tampoco los juguetes masculinos. Nos relata una adolescencia florida en la cual compartía libremente su sexualidad con numerosos jóvenes y adultos, y que en la secundaria le enseñaron sobre enfermedades de transmisión sexual y el uso del condón, que usaba a veces. "La verdad es que yo nunca conocí a nadie que tuviera ninguna enfermedad, o sida o algo así, nunca supe de nada. Por eso yo nunca tuve miedo. Además mis compañeros no andaban con mujeres ni nadie, no tenían sexo con mujeres todavía. Los más grandes sí, pero la mayoría no". El rechazo de su padre condujo a Alex a un intento fallido de suicidio y después a emigrar a San Cristóbal de las Casas, donde comenzó a prostituirse por necesidad económica, aunque confiesa que ocasionalmente no cobraba ni usaba preservativo con quién le gustaba. "Yo siento que no soy eso, gay, tampoco homosexual que viene siendo lo mismo que gay, viene a ser lo mismo. Yo me siento así más bien como loca, eso soy, como una loca. O sea, soy entre homosexual y loca. Loca porque siempre me visto así de amujerada. Homosexual es cuando me visto también de hombre (...). Antsilvinik pues sí soy, es lo primero que me dijeron, pero a la vez ya no soy antsilvinik, porque ya no vivo en el pueblo, ya estoy en San Cristóbal". Su aceptación no le basta pues Alex se emborracha todas las noches para no sentir el rechazo y la soledad. Y le prende velas a la Santa Muerte, pues piensa que se va a morir joven.

Haro, Jesús Armando. (2010). Historias palpables de disidencia sexual, etnicidad y vulnerabilidad al VIH-sida. Reseña del libro: Guillermo Núñez (2010) *Vidas vulnerables. Hombres indígenas, diversidad sexual y VIH sida*. México, CIAD-EDAMEX. Estudios sociales (Hermosillo, Son.), 18(36), 295-303.

## Cha an K'íñ

La historia de Cha an K'íñ es la de un hombre de etnia chol a quien le dejaron de dar pecho materno a los cuatro años, "pues su mamá no tenía nada que darle" y que fue huérfano de padre desde su primer año. A partir de entonces el hambre estuvo presente en su vida, "con desesperación, con dolor en la panza y el corazón, con coraje, tristeza y muchas ganas de llorar". Relata que su infancia fue tan desdichada que una vez intentó suicidarse a causa de maltratos, y que de ahí se le metió la idea de hacerse militar. En el ejército conoció la ambigüedad de la moral castrense, pues "la tropa era un desmadre en lo sexual, porque estaban agarrándose las nalgas o algo así. Luego tiraban carrilla a alguno porque era maricón". Si bien en el ejército nunca tuvo relaciones sexuales, allí aprendió que entre soldados era de lo más normal "irse con tíos" y también con mujeres. Por eso comenzó a sentir un cambio consistente en "...querer hacerlo con un hombre y hasta querer así, disfrutarlo, de no sentirse culpable". Por eso no dudó cuando un profesor universitario lo llevó a vivir con él y Cha'an K'íñ dejó el ejército para trabajar en un hotel y estudiar matemáticas. Hasta que le diagnosticaron el VIH-sida y comenzó su viacrucis como paciente. No obstante, culmina: "A mí nunca, por nada del mundo, me gustaría regresar al pasado, a mi infancia, ¡nunca! (..) Me gusta mi vida ahora, me gusta mi vida desde que vivo con Fausto, realmente siento que soy como soy, me siento que me quiero, siento que él dice las cosas que yo quiero oír, que realmente me quiere (..) El VIH lo voy a superar".

Haro, Jesús Armando. (2010). Historias palpables de disidencia sexual, etnicidad y vulnerabilidad al VIH-sida. Reseña del libro: Guillermo Núñez (2010) *Vidas vulnerables. Hombres indígenas, diversidad sexual y VIH sida*. México, CIAD-EDAMEX. Estudios sociales (Hermosillo, Son.), 18(36), 295-303.

## Vicky

"Antes no estaba viviendo. Vivía sin voluntad de vivir. El VIH me despertó", dice Vicky, una joven madre de 35 años, quien recuerda que en su casa no tenía voz ni voto, ni opinión.

La ironía de su vida es que al encontrarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), encontró también la fuerza y el valor para afrontar situaciones difíciles. "La vida no es fácil, pero es más fácil si la vas enfrentando, si te vas atreviendo, si vas rompiendo eslabones".

Esta mujer está orgullosa de su nueva vida: "Uno decide que quiere: perder el tiempo o luchar".

Ofrece su rostro y testimonio a los delegados de la Conferencia Internacional sobre el SIDA, en la Casa de la Sal, la asociación civil que le ofreció la información y la terapia emocional necesaria para aceptar su condición de seropositivo, revelada hace un año y medio, tras hacerse el test por sugerencia de su médico, quien le detectó primero el virus del papiloma humano.

Como ella, muchas mujeres amas de casa se están infectando en el país, por creer que la pareja única es suficiente, por confiar o evadir su responsabilidad, pese a las muestras de alerta. "Uno sabe con quien estás, pero no sabes del otro lado con quien se está metiendo tu pareja".

Ella sabía que su esposo tenía relaciones sexuales con otras mujeres, pero hacía como que no veía para "ahorrarme problemas". Tenía la errónea creencia de que el condón era un anticonceptivo y como ella ya estaba operada para no tener hijos, no lo necesitaba. Por muchos años quiso dejar a quien era su marido y padre de sus dos hijos, pero por miedo y el prejuicio a ser "la separada", no lo hizo a tiempo.

"En un principio lo odie con toda el alma (a su esposo), pero a raíz de este proceso y de que te vas reencontrando a ti misma, lo pude perdonar y eso me ayudó a perdonarme a mí misma", relata Vicky, quien atravesó el proceso de la culpa a la responsabilidad y la tranquilidad. Ahora además siente la necesidad de informar a otras mujeres para que no les suceda lo mismo.

"La mujer debe ponerse alerta y pelear sus derechos, como usar el condón. Si ya no quiere vivir con él, porque le es infiel, también debe exigir ese derecho. O de plano decir ya no quiero tener relaciones".

Acepta que el hecho de exigir condón es muy difícil, "pero en la actualidad debemos de hacerlo. Ya debemos de romper con todo eso".

Madre y sostén de dos niños de 8 y 11 años, Vicky no tiene un trabajo fijo pero lava, plancha, hace faciales, trabajos en la computadora, lo que se le ocurra. Lamenta que por el machismo cada día haya más mujeres infectadas y que la discriminación y el estigma lleven a la gente a

morir.

"Él (su marido) nunca quiso enfrentarlo, prefirió dejarse morir, cuando quiso ya era demasiado tarde. Incluso nunca quiso darles una explicación a los niños... Antes de que muriera pude hablar con él y eso me llenó de paz y tranquilidad y de verdad lo perdoné de corazón".

Su percepción sobre si misma dista mucho de ser la de una víctima del VIH/SIDA. Ya no le tiene miedo. "Esto me hace vivir más plena y no dejar nada pendiente. Vivo el sólo por hoy", dice.

Fue en La Casa de la Sal donde Vicky encontró compañeros, amigos, información y mucha paz. "Vas escuchando a otras personas con la misma situación, eso te va relajando y lo vas aceptando. Pero, ellos podrán ser los mejores psicólogos, al final la que decide eres tú".

Testimonio disponible en:

<http://liderazgoets.blogspot.mx/2008/10/testimonios-de-portadores-vih.html>

## Natalia

A Natalia Anaya la diagnosticaron el VIH un 14 de febrero de hace 15 años y dice, con mucha tranquilidad, que es lo mejor que le ha sucedido en la vida.

Hoy es una mujer transexual y bisexual, pero en aquel entonces acababa de separarse de su pareja, con la que tuvo dos hijos y mantuvo una relación heterosexual.

-Había vivido en una situación de negar mi sexualidad y mis identidades, aunque las vivía por dentro, sabía que estaban ahí, desde la infancia sabía que me atraían hombres y mujeres, en la adolescencia tuve sexo con niños y niñas.

No fueron, sin embargo, esas identidades las que causaron la separación, fue más bien un asunto social, él -pues entonces era varón- no podía darle a su pareja los lujos a los que estaba acostumbrada por su familia.

-Nos separamos y me busco un amor, me encuentro dos varones, los dos vivían con VIH y en algún descuido se nos rompió el condón, me infecto, no me doy cuenta, pero a los 6 meses de llevar la relación un amigo me pide que done sangre porque iban a operar a su hermano y ahí me dicen que tengo VIH.

En ese momento Natalia no sabía si se había infectado desde antes, había muy poca información sobre el virus y ni siquiera los médicos la tenían, así que para descartar riesgos su ex pareja y sus hijos se hicieron la prueba. Salió negativa.

La tranquilidad que le dio saber sana a su familia no le quitó el miedo. No sabía a qué se enfrentaba. Buscando en internet, que apenas comenzaba a popularizarse, encontró información pero no en español, poco en inglés y más en francés.

Después supo que existía Ave de México, una ONG donde tomó su primer curso de Sexualidad y Sida, y conoció a una persona que se autoidentificaba como bisexual. El término, sintió entonces, también la definía.

-Todo lo que hice en ese curso fue terapéutico, me dio más piso, me fui encontrando conmigo misma, como ser humano, sin enojo, disminuyó el dolor y el miedo ante el VIH, y fue disminuyendo el miedo ante mi propia sexualidad.

A partir de entonces se inició en el activismo bisexual.



-Por eso digo que fue una buena noticia, porque me llevó a tener mucha información sobre activismo bisexual y sobre VIH, tomando terapia individual, terapia de grupo y yendo al grupo de apoyo. Conocí a gente muy parecida a mí. Me fui empoderando.

Ya dentro de ese camino se encontró luego con el tema de la transgeneridad,; así, comenzó a tener contacto con las vivencias y testimonios de personas trans, con las que poco a poco se fue identificando hasta que hace siete años comenzó su propio proceso hormonal.

A partir del diagnóstico, y a pesar de las expectativas de los médicos que le recomendaron hacer su testamento y le daban de 6 meses a 8 años de vida, Natalia continuó creciendo y desarrollándose, conociendo y aceptando su condición de vivir con el VIH, su bisexualidad y su transgeneridad.

Su trabajo con las organizaciones, las redes que fue creando, la información que obtenía y compartía con otras personas le dieron fuerza, la hicieron sentirse acompañada y la llenaron de vida.

De su madre aprendió a meditar, a callar su mente para relajar y sanar su cuerpo. Pensaba en sus hijos, se aferraba a la idea de verlos crecer.

-Durante 15 años no tuve que tomar medicamentos contra el VIH, apenas en enero de este año comencé a necesitarlos. Hace un tiempo me llamaron del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), del Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (Cieni), donde me hacen los estudios de carga viral y atienden a gente con VIH, para un protocolo de investigación. Me sacaron un chorro de sangre para ver por qué en mi cuerpo el virus avanzaba tan despacio. Dijeron que mi sangre se iría a EU y otra parte se congelaría para estudios futuros. Soy de las poquititas personas en el mundo con progresión lenta del virus y yo lo atribuyo, aunque a los médicos les cuesta aceptar esta parte, a la meditación vipassana y al sentido de la vida que me dieron mis hijos, a las redes sociales, al sentido de la vida que me daba el activismo bisexual y estar me encontrando con mi parte trans, que también le dio sentido a mi activismo. Todo eso me dio mucha fuerza y me fui sintiendo más empoderada ante el VIH.

Natalia lleva 12 años de relación con su actual pareja, una mujer seronegativa. Su familia y sus hijos saben que vive con el VIH, que es bisexual y que es trans. Ha sido esto último lo que más trabajo les ha costado aceptar, pero están –dice ella- en el proceso.

En este año ha comenzado a salir de sus clósets en todas las áreas de su vida: en su trabajo ya lo hizo.

-Ha habido lágrimas, ganas de suicidarme, de abandonarlo todo, no ha sido fácil, pero bueno, ahí vamos. Y digo que lo mejor que me he pasado es que me haya infectado y me hayan dado el diagnóstico rápido, porque eso me sacó de una vida muy “normal”, muy heterosexualizada, para encontrarme con lo que verdaderamente soy yo y, poco a poco, irlo digiriendo en esos tres grandes bocados: VIH, bisexualidad y el tema trans.

Arellano, Melly. (2012). Vivir con VIH. Suplemento Reversible. Disponible en: <http://ladobe.com.mx/2012/12/vivir-con-vih/>

## Pepe y Deme

Desde hace dos años, Pepe y Deme viven una relación sentimental en la que han quedado de lado factores como la edad o las creencias. Para ellos, lo más importante es aceptar a la persona como tal, sin juzgar, por lo que el hecho de que uno sea VIH positivo y el otro negativo no ha sido un impedimento para forjar una vida en común.

“Cuando estás enamorado de una persona y quieres entablar una relación, su estado serológico pasa a segundo término. No puede ser que por saber que la otra persona es VIH positiva no quieras saber nada de ella. Una relación va más allá de lo sexual”, relata Deme para explicar por qué decidió tener una relación de pareja con Pepe, su novio desde hace dos años, quien es seropositivo desde 2005.

Amantes de la naturaleza, uno biólogo y otro veterinario, viven inmersos en el canto de pájaros, pavorreales, y una gran cantidad de plantas que dan a su hogar un toque de tranquilidad en medio de un barrio céntrico de esta ciudad. Para ambos, la convicción de una salud integral va más allá del prejuicio que podría pesar sobre quien es seropositivo, pues una pareja requiere de armonía y convicciones para salir adelante, razón por la que enfocan sus energías a la salvaguarda del medio ambiente y los recursos naturales.

También evitan caer en el consumo excesivo de alcohol, llevan una dieta a base de verduras, frutas y oleaginosas, hacen meditación y ejercicio. Este ritmo de vida beneficia a ambos, coinciden. “Si promovemos la salud entonces tenemos que ser congruentes y vivir sanamente”.

Besos, sonrisas, abrazos y caminar de la mano son aspectos de la vida cotidiana que les gusta compartir. Incluso la parte más polémica “para algunas conciencias”, como son las relaciones sexuales, la realizan con el mayor cuidado posible. Para ellos es importante no renunciar al placer. Se puede tener sexo con condón o juegos sexuales que no requieren de penetración, asegura Deme. Además, Pepe ha mantenido su carga viral indetectable debido a la alta adherencia a su tratamiento antirretroviral, hecho que, cuando han ocurrido accidentes como la ruptura del condón, ha contribuido a que Deme no se haya infectado.

A pesar de saber esto, la confianza no cede y cuando ocurren accidentes acude a realizarse pruebas rápidas de detección después del correspondiente periodo de ventana, así como las confirmatorias. Nunca ha considerado tomar tratamiento postexposición ya que, asegura, en caso de que no haya condones prefiere no tener relaciones, pues no es fácil tomar terapia antirretroviral.

Deme reconoce que el riesgo de infección provocó ciertos momentos de tensión en la pareja, los cuales fueron superados por el diálogo y la confianza, aunque aclara: “para Pepe no es tan difícil, el que tendría más problemas sería yo. A veces dice que soy un exagerado, pero lo prefiero a infectarme”.

Sin embargo, para ambos, lo más importante ha sido repensar el sexo. En primer lugar, explica Deme, se debe entablar una buena comunicación en la que se establezcan “las reglas del juego”, ya que, considera, se deben proteger ambos para hacer las “cosas” con precaución y sin problema. Al respecto, explican, que ahora le apuestan más a los juegos sexuales que no necesariamente deben culminar en una penetración, hecho que, en un principio, reconoce Pepe, no le gustaba del todo, pues él prefiere la penetración, pero ahora ha aprendido a disfrutarlos plenamente.

La pareja está a la expectativa de los resultados de investigaciones que han demostrado que en las parejas serodiscordantes –con un integrante VIH positivo y el otro negativo– como ellos, la adherencia al tratamiento antirretroviral evita nuevas infecciones debido a que la carga viral del miembro positivo permanece indetectable, aunque confiesan, por más pruebas que haya, es fundamental practicar el sexo seguro para evitar la infección.

Al paso del tiempo, reconocen que se han acabado las tensiones y se dedican a disfrutar. Incluso, narra Deme, cuando se conocieron en un centro deportivo, y Pepe le dijo ocho días después que era VIH positivo, le reclamó por no haber conocido esa información desde un principio. Para él, si alguien desea estar contigo es importante saber todo de esa persona, sin importar lo que sea.

Pepe comenta que hace casi siete años, cuando supo su condición serológica, sintió que el mundo se derrumbaba. Su frustración fue muy grande. En primer lugar, fue internado en un hospital como consecuencia de una pelagra –enfermedad en la piel causada por la falta de vitamina B<sub>3</sub>– pero su condición de hombre homosexual mayor de 50 años hizo que le practicasen una prueba de VIH en la que resultó positivo.

Además, confiesa, desde que supo sobre la existencia del VIH/sida practicó sexo protegido, sin embargo, sospecha que fue su primer pareja sexual quien lo infectó. Sin tapujos afirma que es frustrante tener un estado serológico positivo cuando ha dedicado muchos años de su vida a la prevención de la infección por VIH.

Para él, se debe acabar con la visión de que la vida acaba con el virus. Por el contrario, él ha logrado encontrar una pareja y se considera muy afortunado por tener “otra almita que te escuche, que te acompañe”. Aunque reconoce que puede ser difícil una convivencia, “debe haber una empatía y condiciones que favorezcan que se armonicen esas dos personas”.

El paso del tiempo y diversas experiencias le hicieron reflexionar, lo que le permitió iniciar una relación sentimental. El hecho de que Deme lo acompañe a su consulta mensual a la Clínica Especializada Condesa o que hagan proyectos juntos como la agricultura urbana, el diseño de azoteas verdes o el estudio de la medicina cuántica le hacen reconocer que “es muy padre que alguien en libertad de no enfermar pueda apoyar al otro, así nos vamos dando la mano”.

Publicado en el número 185 del Suplemento Letra S del periódico La Jornada el jueves 1 de diciembre de 2011. Disponible en:

<http://testimonios-diversummexico.blogspot.mx/2011/12/y-en-medio-de-nosotros-el-vih.html>

## Daniela

Encuentro A Daniela en un restaurante de la calle Roosevelt, en Queens, NY. La acompaña Luis, a quien no conozco pero que ella ha traído a platicar. Ella es menuda y su rostro es añado, aun para sus 23 años. Me dice que solía ser lo que los mexicanos llamamos "rechonchita" (gordita), pero ha perdido en el último año cerca de 20 libras. "El Sida hizo lo que ninguna dieta pudo", dice sonriendo amargamente.

La historia de Daniela es la de muchas mujeres migrantes en la actualidad. La frontera entre México y Estados Unidos de Norteamérica es cruzada 300 millones de veces al año. Ninguna otra frontera en el mundo recibe un flujo humano semejante.

Las ciudades fronterizas mexicanas como Tijuana, Ciudad Juárez, Laredo y Matamoros reciben diariamente el impacto de una enorme población flotante que espera poder cruzar al otro lado. No sólo mexicanos sino también centroamericanos y sudamericanos en menor medida llegan en busca de una oportunidad; algunos y algunas, los menos, se quedan por un tiempo, trabajando en las maquiladoras del lado mexicano. La mayoría pasa al "otro lado", hacia un futuro incierto pero que parece prometedor.

"Yo vengo de un pueblito del estado de Puebla", me dice mientras sorbe lentamente un té. "Allá mi papá se dedicaba al campo y más o menos vivíamos de eso. Mi mamá hacía antojitos, ya sabes, chalupitas, tacos, que vendía en la noche; ponía su mesita en la calle y como tiene buen sazón, se le juntaba harta gente. Luego se les ocurrió hacer carnitas los domingos y fue un éxito. Pues ya no era cosa de tener una mesita sino que rentaron un localito que luego quisieron comprar".

"Como no ajustaban pidieron un préstamo al banco. Fue un sufrir para completar los papeles que pedía el banco. Como las tierras eran de mi papá, las dio como garantía y con el préstamo pudieron comprar. Luego la cosa se puso fea; mi papá se puso malo y pa' no hacerte largo el cuento, ya no pudimos pagar el mentado préstamo. Perdimos el restaurancito, las tierras, y nomás se salvó el terrenito de la casa porque mi mamá le pidió prestado a una tía que tenía yo aquí".

"Esa tía les dijo a mis papás que por qué no me venía acá a ayudarla, que había harto trabajo y como yo le sé a la costura, pues me iba a ir bien. Iba a ganar dólares y con lo que juntara me regresaba y poníamos de nuevo el restaurante. Y así, nos poníamos a hacer cuentas de lo que yo iba a ganar y cuándo me regresaría, y yo pensaba en las cosas que les iba yo a regalar cuando

regresara, además de regresar hablando inglés y entonces podría trabajar de secretaria en la capital".

Daniela se limpia las lágrimas, que son sal de dolor en su rostro moreno, se suena la nariz y continúa: "Ay, disculpa, es que nomás de acordarme de tantas ilusiones con las que yo venía... Bueno, pues la pasada a este lado ni te la platico. Conseguí trabajo en un taller de costura, pero aunque ganara dólares, igual gastaba en dólares y había que mandar a la casa. Un día hubo una inspección en el taller, de la migra. Se llevaron a muchas, yo me salvé porque estaba en un baño que había atrás y me pude salir. Pero ya me dio miedo regresar. Mi tía me dijo que buscara otra cosa y encontré trabajo de mesera en un restaurante como éste. El dueño me dijo que tenía que usar una falda chiquita porque aquí se usaba así. Los clientes luego se ponían pesados y te decían cosas o trataban de agarrarte, pero pues como necesitaba el dinero, me aguantaba. Pa' no alargarla, te digo que terminé un día yéndome con uno de los clientes. Parte porque me gustaba y me había hecho mucho la lucha y parte porque necesitaba el dinero, porque mi papá se había puesto malo de nuevo".

"Había yo conocido a otras muchachas en el trabajo, unas mexicanas, colombianas, dominicanas, de El Salvador, de muchos lados, y ya me habían dicho que ellas lo hacían a veces, pa' completarse. Así entré en esto..." Daniela baja la voz y el rostro, yo le digo que no se apene. "La vida es canija. El restaurante era pura fachada; el dueño, ya que supo que me había ido con el cliente, me dijo que pues que ya sabía ahora de qué se trataba, pero que me iba a ir muy bien. Tenía él un departamento en el que hacía fiestas a hombres. Les ponía cerveza y ron o lo que fuera; íbamos tres o cuatro muchachas y había como 10 ó 12 clientes, o sea que cada una tenía relaciones con dos, tres o cuatro en una noche".

"De condones o de cómo cuidarme yo no sabía nada", me contesta cuando le pregunto si tomaba precauciones. "Nomás sabía de la píldora para no embarazarme. Sí, me había dicho una de las muchachas que le dijera al cliente que usara condón y me dijo del Sida, pero los clientes nunca querían usarlo. Te decían que eran limpios y que no estaban enfermos y que no iban a pagar para hacerlo con un hule metido ahí. Ni siquiera se les ocurría que podía ser al revés, que ellos se podían contagiar. Uno me dijo una vez: 'A los latinos no nos da el Sida, eso es cosa de gringos'".

"Cuando yo me enteré que tenía Sida, creí que era un castigo de Dios, que así pagaba yo mis pecados, pero luego ya me entero, por el grupo de autoayuda, que ahora hay muchas mujeres casadas o con una sola pareja que se infectan porque su esposo o su novio las contagia...¿Cómo va a ser la enfermedad un castigo de Dios si hay tanto niño recién nacido con VIH? Ellos

son inocentes y lo mismo padecen. Se contagian de su mamá, en el vientre o cuando les dan de mamar".

Ciberbrujas. (2000). Testimonios. Disponible en:  
<http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal00/s00040103.html>



## Luis

Luis es salvadoreño tiene muchos años en este país y se contagió de Sida hace cuatro, por medio de una aguja infectada.

"Yo no me contagié por sexo, sino porque soy drogadicto. Suena feo pero así es. Esa es otra forma de no tener precaución. Ahora sé que hay organizaciones y programas de ayuda que cambian las jeringas usadas por nuevas para que no usen varios la misma y se contagien, pero yo eso no lo sabía. Lo peor es que por mi culpa paga ahora gente inocente. Yo contagié a mi esposa. Ella no se inyecta ni nada, siempre se ha dedicado a cuidar a los dos niños que tenemos, es una mujer buena y trabajadora. Yo creo que siempre me ha sido fiel, pero siempre tuve relaciones con ella sin usar condón. Yo decía pa' qué, si es mi mujer, o sea que yo consideraba que era como una propiedad mía".

"Una vez ella me preguntó, porque había visto un programa en la tele sobre lo del Sida y el condón, que si yo había tenido relaciones con otras mujeres mejor usara condón. Me enfurecí, le dije que para eso ella era mi mujer y que a lo mejor ella era la que andaba con otros. Yo nunca le había pegado, hasta esa vez..." A Luis se le quiebra la voz pero continúa: "Peor aún cuando uno ya sabe que tiene Sida y sigue como si nada. Uno no quiere ni aceptarlo ni decir nada, no quiere uno que lo marginen, que los amigos se alejen o perder el trabajo. Te da vergüenza. Los mejores aliados del Sida son el silencio y la ignorancia".

Luis asegura: "Lo de las drogas es un problema serio aquí y el contagio por agujas contaminadas es ahora una de las principales causas. Y aun así hay quien se opone a los intercambios de agujas usadas por nuevas, hay políticos que dicen que es promover la drogadicción. Lo único que se promueve así es el Sida. De acuerdo con los estudios más recientes, aunque la transmisión sexual sigue siendo la principal causa de contagio, los casos de infección por uso de agujas contaminadas entre los adictos han aumentado en forma alarmante en Estados Unidos: por lo menos el 26 por ciento de contagios se debe a esta causa".

"Mira, además la bronca es que el virus viaja junto con el migrante, o sea que lo lleva de regreso a su país cuando se va. Allá contagia a su mujer o a otros, a veces ni está enterado o enterada de que tiene Sida o que es portador de VIH", explica Luis, que ahora trabaja de tiempo completo en el grupo de autoayuda y se ha convertido en un experto en el tema. "La mayoría de los migrantes latinos, son hombres solos, acá tienen relaciones con otras mujeres, o con otros hombres incluso. Hay que reconocer que algunos hacen aquí lo que no harían en su pueblo, porque allá luego los señalarían. O también, como yo, te drogas, cosa que antes ni conocías.

Una parte importante de los casos de Sida en países con mucha migración se da porque los que se van regresan luego con el virus. También hay casos al revés: en las ciudades fronterizas de México, sobre todo en Ciudad Juárez, el índice de Sida es alto, porque hay droga también".

"Algunos se quedan ahí un tiempo, se contagian y luego cruzan. El virus viaja para todos lados. Ese es un grave problema. En nuestros países, sobre todo en los pueblos alejados de las ciudades grandes, de donde venimos muchos, a veces no hay suficiente información o ayuda para los seropositivos, o sea, los que son portadores del virus".

Ciberbrujas. (2000). Testimonios. Disponible en:  
<http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal00/s00040103.html>



# Anexo 1.5.4. Derechos de las personas que viven con VIH y del personal de salud.

## **DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS CON VIH O SIDA Y LOS DERECHOS DEL PERSONAL DE SALUD**

- 1.- Como cualquier otra persona en México y el mundo, las personas que viven con VIH o SIDA deben gozar de los derechos humanos fundamentales.
- 2.- Vivir con VIH o SIDA no debe ser motivo de discriminación de ningún tipo.
- 3.- Nadie está obligado a someterse a la prueba de detección de VIH, ni a declarar que vive con VIH o con SIDA. La prueba de anticuerpos es voluntaria.
- 4.- Si decides realizarte la prueba, tienes derecho a recibir información suficiente; a que los resultados sean manejados de forma anónima y confidencial, y a que éstos se te entreguen de forma individual y por personal capacitado. No deben informarse resultados positivos o negativos en listado de manejo público ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa de quien se sometió a la prueba.
- 5.- Si el resultado de tu prueba fue positivo, tienes derecho a recibir servicio de consejería o apoyo emocional para favorecer tu adaptación a la nueva situación.
- 6.- La aplicación de la prueba del VIH no debe ser requisito para recibir atención médica, obtener empleo, contraer matrimonio, formar parte de instituciones educativas o tener acceso a servicios.
- 7.- Vivir con VIH o SIDA no puede ser considerado como causal para la negación de servicios de salud, despido laboral, expulsión de una escuela, desalojo de una vivienda o expulsión del país. Tampoco se te puede limitar el libre tránsito dentro del territorio nacional, la salida del país o el ingreso al mismo.
- 8.- Vivir con SIDA o VIH no debe ser motivo de detención, aislamiento o segregación.
- 9.- Si vives con VIH o SIDA nadie puede limitar tu derecho a ejercer tu sexualidad libre y responsablemente.
- 10.- Como todo ser humano, tienes derecho a asociarte libremente y afiliarte a las instituciones sociales o políticas que desees.
- 11.- Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información veraz, objetiva, científica y actualizada sobre el VIH o SIDA.
- 12.- Tienes derecho a servicios de salud oportunos y de calidad idónea; atención personal cálida, profesional y éticamente responsable, así como a un trato respetuoso y un manejo correcto y confidencial de tu historial médico.

- 13.- Tienes derecho a que en las instituciones de salud pública se te proporcione información clara, objetiva y científicamente fundada sobre el VIH/SIDA, los tratamientos a los que puedes someterte, así como sus riesgos, consecuencias y alternativas.
- 14.- Tienes derecho a servicios de asistencia médica y social para mejorar tu calidad y tiempo de vida.
- 15.- Tienes derecho a conocer los procedimientos de las instituciones de salud para presentar una queja, reclamo o sugerencia, ante cualquier irregularidad o atropello de tus derechos y garantías individuales.
- 16.- Si eres madre o padre de familia, tienes derecho a la patria potestad de tus hijas e hijos. Igualmente, tienes derecho a designarles el tutor que desees cuando ya no sea posible hacerte cargo de ellos y a contar con la protección de instituciones para tal fin.
- 17.- Las niñas y los niños que viven con VIH o SIDA tienen derecho a servicios de salud, educación y asistencia social en igualdad de circunstancias.
- 18.- Tienes derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.

## **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

### **Artículo 1°**

En los Estados Unidos Mexicanos queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y las libertades de las personas.

## **Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación**

### **Artículo 4**

Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

También se entenderá como discriminación la xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones.

# Anexo 1.5.5. Derechos sexuales y reproductivos.

## POR LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE MUJERES Y ADOLESCENTES



1994  
2014

20 AÑOS DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO REALIZADA EN CAIRO

Con el apoyo de UNFPA Argentina



FUNDACIÓN PARA EL ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DE LA MUJER

[www.feim.org.ar](http://www.feim.org.ar)